

HOOGLERAAR PSYCHOLOGIE ANNE ROEFS:

‘Afvallen lukt alleen met lekker eten’

Om obesitas tegen te gaan, moeten we veel meer inzetten op gedragsverandering, vindt eetgedragexpert Anne Roefs. ‘Mensen met overgewicht eten niet zozeer uit honger, maar uit gewoonte.’

tekst: Anne Pek // foto: Ilya

Hoe wordt een gepassioneerd hobbykok onderzoeker naar abnormaal eetgedrag? Anne Roefs wilde topkok worden, maar de hotelvakschool beviel haar niet: te weinig op lekker eten gericht. Dus werd het haar tweede keuze, psychologie studeren aan de Universiteit Maastricht. Daar werd ze in 2000 van de gang geplukt door hoogleraar Anita Jansen, die experimentele onderzoeken deed naar eetstoornissen: of ze wilde promoveren?

De promotie leverde haar een academische carrière op, al werkte ze tussendoor toch nog even in een restaurantkeuken. Sinds vier jaar is Anne Roefs hoogleraar psychologie en neurowetenschappen van abnormaal eetgedrag, in Maastricht. Dit voorjaar kreeg ze een prestigieuze subsidie van anderhalf miljoen euro voor haar nieuw uit te voeren onderzoek. Dat gaat over de oorzaken waardoor mensen te veel eten, en vooral welke consequenties dat zou moeten hebben voor de behandelingen en adviezen die mensen met overgewicht aangeboden krijgen. Wat werkt voor wie?

Eerder deed ze al veel onderzoek naar wat er gebeurt in het brein als dat zich bezighoudt met eten. Want als je ontspoord eetgedrag beter wilt begrijpen en bijsturen, is het interessant om meer te weten over de hersenprocessen van mensen met over- of ondergewicht. Roefs onderzocht wat de fMRI-scanner aan het licht bracht als ze proefpersonen daarin plaatjes van hun lievelingseten toonde en hun om een smaakoordeel vroeg. En wat gebeurde er als ze vroeg hoeveel calorieën dat voedsel bevatte, of hoeveel kleur het had? Maakte het nog uit welk gewicht de proefpersoon had?

Over die laatste vraag kan ze kort zijn: nee. Het brein van mensen met obesitas reageert niet structureel anders, ‘in elk geval niet in de MRI-scanner’, op het zien van eten dan het brein van mensen met een gezond gewicht. Zelfs niet als ze moeten bepalen hoe dol ze zijn op het getoonde voedsel. Daarmee plaatste Roefs’ onderzoek vraagtekens bij de gangbare breintheorie dat mensen met overgewicht een overactief beloningssysteem hebben. ‘Lekker eten zou op hen een verhoogde aantrekkingskracht uitoefenen, en dat zou terug te zien zijn in het brein,’ licht Roefs toe. ‘Dat wordt ook wel “het verslavingsmodel van obesitas” genoemd. Maar de onderzoeken zijn erg inconsistent op dit punt. Soms werd bij mensen met overgewicht juist het controlesysteem in de hersenen actiever wanneer ze naar hun favoriete eten keken; dan dachten ze eerder: dat mag ik niet eten, dan: oeh, wat lekker. Al kan het natuurlijk dat hun brein in het dagelijks leven vaker in de “lekker”-stand staat dan in de controlestand.’

En hoe zit het met een uitgesproken foodie-brein als het uwe? Heeft u weleens in een MRI-scanner gelegen om te kijken hoe sterk uw eigen hersenen reageren op plaatjes van eten?

‘Ja. Maar zo’n eenpersoonsmeting zegt niet zo veel om uitspraken te kunnen doen over foodies in het algemeen. Je zou metingen van een grote groep lekkerbekken moeten hebben voor je daarover iets zinnigs kunt zeggen. Als het over obesitas gaat, is het maar de vraag of je iets aan zulke gegevens zou hebben. Want iemand kan dol zijn op lekker eten en toch slank zijn. Of niet zo met “lekker” bezig zijn en toch overgewicht hebben. Mensen met een eetbuistoornis, bijvoorbeeld, eten niet alleen dingen die ze heel lekker vinden. Ze werken soms zelfs bevroren voedsel naar binnen. Dat heeft natuurlijk weinig met hedonisme te maken. Ze worden dus door iets anders tot overeten aangezet.’

De oorzaken van overeten, daar gaat uw nieuwe onderzoek over. De ondertitel is Verder kijken dan het gemiddelde. Uw uitgangspunt is dus dat mensen met overgewicht niet één groep vormen?

‘Inderdaad. Tot nu toe wordt daar in de meeste onderzoeken wel van uitgegaan. En ja, ze hebben natuurlijk met elkaar gemeen dat ze een hoger BMI hebben. Bij een deel zal daar een verstoring van hun honger- en verzadigingshormonen achter zitten. Bij een ander deel zit er waarschijnlijk achter dat ze zoveel financiële problemen hebben dat gezond eten



‘Een aangeleerde drang, zoals wijn bij het koken, kan in een paar weken uitdoven’

en bewegen wel het laatste is waarvoor ze energie hebben. Sommigen gaan overeten bij stress en anderen plunderen de koelkast als ze niet kunnen slapen. En er zullen meer subgroepen zijn. Als we al die groepen beter van elkaar weten te onderscheiden en snappen hoe hun situatie zich vertaalt naar ongezond gedrag in het dagelijks leven, zouden we overgewicht veel gericht kunnen aanpakken.’

Is de leefstijlbegeleiding, die sinds een paar jaar door de zorgverzekeraars wordt vergoed, dan niet voldoende? Die is toch op bewijs gebaseerd?

‘Toch blijkt de effectiviteit daarvan in de praktijk maar beperkt, en zijn ze vaak niet intensief genoeg. Ik denk dat ze nog veel meer moeten worden gepersonaliseerd. En daarvoor moeten we gaan begrijpen voor wie een lifestyle-interventie nou wel werkt en voor wie niet, en waarom niet. Ik vermoed bijvoorbeeld dat mensen met financiële problemen er meer aan hebben dat je ze eerst helpt hun schulden af te handelen. En als iemand door een depressie nauwelijks beweegt, bereik je waarschijnlijk meer door eerst die depressie te behandelen.’

Is het niet zo dat alle mensen met overgewicht hoger scoren op depressie?

‘Nee, ook dat is een misvatting. Het is wel zo dat mensen met overgewicht gemiddeld genomen hoger scoren op depressie. Maar er zijn ook veel mensen met overgewicht die helemaal niet depressief zijn. En aan de andere kant veel mensen met een gezond gewicht die wel depressief zijn. Want sommige mensen gaan van een depressie meer eten, maar anderen juist minder. Datzelfde geldt voor stress. Het is dus interessant om op individueel niveau te achterhalen wat er precies achter dat overgewicht zit, en via welk specifiek gedrag zo’n factor in het dagelijks leven bijdraagt aan overgewicht. Als je dat weet, kun je behandelingen op maat aanbieden.’

In een eerder onderzoek bood u proefpersonen die op dieet waren al gepersonaliseerde begeleiding op hun telefoon. Hoe werkte dat?

‘Eerst kregen ze twee weken lang acht keer per dag een piepsignaal waarna ze een serie vragen moesten invullen. Zoals: heb je nu zin in eten? Zo ja, wat voor eten? Ben je aan het eten? Zo ja, wat precies? Maar ook: waar ben je, met wie, hoe voel je je? Daarna hebben we geanalyseerd wat bij al die mensen specifieke voorspellers van ongezond eetgedrag waren. In de zes weken daarna bleven ze dezelfde vragen beantwoorden. En als het algoritme dan een risicosituatie opmerkte, kregen ze een waarschuwing – “In het verleden ben je in een vergelijkbare situatie gaan overeten” – plus tips hoe ze met de situatie konden omgaan. Daarbij maakten we onder andere gebruik van technieken uit de cognitieve gedragstherapie.’

Hoe pakte die persoonlijke begeleiding uit?

‘Het duurde maar kort, maar ze vielen af. Dat gold overigens ook voor de controlegroep die gewoon die twee maanden lang op eigen houtje een dieet volgde. Maar op psychologisch niveau zagen we wél verschil. Zo was bij de begeleidde groep het geloof in zogeheten “disfunctionele cognities” afgenomen: verstorende gedachten zoals “Op een feestje mag ik geen eten afslaan”, of “Na een rottag heb ik chocolade verdiend”.’

Dat zou uiteindelijk toch verschil moeten maken?

‘Dat moet een analyse van de vervolgegegevens nog uitwijzen. Maar in een eerder onderzoek heeft een collega van mij inderdaad vastgesteld dat cognitieve gedragstherapie op de lange termijn meer effect heeft. Ze bood al haar proefpersonen begeleiding door een diëtist; daarnaast kreeg de ene helft begeleiding door een fysiotherapeut en de andere

helft cognitieve gedragstherapie. Direct na afloop was er geen verschil, beide groepen waren evenveel afgevallen. Maar terwijl de fysiotherapiegroep na een jaar weer was aangekomen, was de groep die cognitieve gedragstherapie had gekregen op gewicht gebleven.’

Hoe doet cognitieve gedragstherapie dat precies?

‘Mensen leren dan bijvoorbeeld om aan de gedachte “Ik heb een rottag gehad” te verbinden dat ze een vriendin bellen of gaan wandelen. En dat ze best nee mogen zeggen als iemand hun taart aanbiedt. Ook werken we eraan dat mensen hun doelen helder voor ogen hebben: waarom wil je precies afvallen? Dat kan helpen in lastige situaties. Ook belangrijk: straf jezelf niet met dieet-eten dat je niet lekker vindt. Want dat houdt je nooit vol. Het is heel belangrijk dat je op zoek gaat naar gezond voedsel dat je lekker vindt. Het komt erop neer om stapje voor stapje een gezondere leefstijl aan te leren die je de rest van je leven kunt volhouden.’

Dus de sleutel ligt bij duurzame gedragsverandering?

‘Ja. Ik ontken niet dat de biologie ook een rol speelt, maar ik denk dat onderzoekers daar momenteel te veel op inzoomen. Ik was onlangs op een obesitascongres en 80 procent van de lezingen ging over hormonale en andere lichamelijke processen! Er wordt nu bijvoorbeeld veel over het verzadigingshormoon leptine gesproken. Maar als je kritisch kijkt naar de onderzoeken op dat gebied, zie je dat die niet con-

sistent zijn. Je kunt echt niet zeggen: geef alle mensen met obesitas gewoon leptine, dan hebben ze geen honger meer en stoppen ze dus met eten.’

Want mensen met overgewicht eten niet uit honger?

‘Nee, vaak speelt gewoontegedrag een grote rol. Als ik mezelf aanwen bij het koken een glas wijn in te schenken, krijg ik op een gegeven moment om zes uur automatisch zin in wijn. Want zes uur staat voor mij dan gelijk aan koken en een wijnfles opentrekken. Mijn lichaam heeft dat geleerd. Als ik dat niet meer wil omdat het niet gezond is, zal ik dus eerst een tijdlang die drang naar wijn bij het koken moeten zien te weerstaan. Dat kan heel lastig zijn, maar op een gegeven moment dooft zo’n associatie wel uit.’

Hoelang duurt het afvennen van zo’n gewoonte?

‘In ons lab is onderzoek gedaan bij mensen met eetbuien. Die kregen een aantal sessies lang hun lievelingsvoedsel aangeboden en moesten er dan naar kijken en eraan ruiken en likken, maar ervan eten mocht niet. Daaruit bleek dat zo’n aangeleerde drang in een paar weken kan uitdoven. Dat was overigens wel een heel intensieve aanpak. Een diep ingesleten drang zonder begeleiding veranderen is waarschijnlijk moeilijker. Maar uit andere onderzoeken is bekend dat nieuw gedrag op een gegeven moment toch echt een natuurlijke respons kan worden.’

Klopt het dat dat wel een jaar kan duren?

‘Daar zeggen mijn onderzoeken niets over, maar je zou zo iets kunnen afleiden uit data van de National Weight Control Registry. Dat is een Amerikaans onderzoek onder mensen met overgewicht die 10 procent zijn afgevallen én die dat gewichtsverlies langer dan een jaar hebben weten vast te houden. De meeste lijners lukt zo iets helaas niet, dus werd onderzocht wat mensen kenmerkt die daar wel in slagen. Daaruit kwam naar voren dat ze niet waren opgehouden om hun gewicht te monitoren, op hun voeding te letten en te blijven bewegen. Kortom, ze bleven bezig met het reguleren van hun leefstijl. Maar ze rapporteerden dat het na verloop van tijd wel makkelijker werd, doordat hun nieuwe gedrag een gewoonte werd.’ //

ANNE ROEFS (1976) is sinds 2018 hoogleraar psychologie en neurowetenschappen van abnormaal eetgedrag aan de Universiteit Maastricht. Het centrale thema in haar onderzoeken is de vraag welke cognitieve processen ons eetgedrag beïnvloeden. Vaak onderzoekt ze dat met behulp van neurowetenschappelijke methoden, zoals fMRI-scans. Sinds 2016 is ze voorzitter van het Eetlab, een onderzoeks- en behandellaboratorium van de Universiteit Maastricht. Ze zit in de redactie van een aantal internationale wetenschappelijke tijdschriften over voeding, gedrag en gezondheid.