

Thema:
eetstoornissen

Prof. dr. Anne Roefs

Obesitas succesvol te lijf met gedragstherapie

De leefstijlinterventies tegen overgewicht zouden veel intensiever moeten zijn en uitgaan van een persoonlijk profiel waarin behalve de biologische factoren ook de psychologische, gedrags- en omgevingsfactoren meetellen. Hoe dat vormgegeven kan worden, onderzoekt hoogleraar Psychologie en Neurowetenschap van eetgedrag Anne Roefs in het groots opgezette The End of Average-project.

vrij succesvol om de eetbuien te verminderen. Onze biologie is niet veranderd in de loop van de tijd. Onze omgeving is veranderd, en daarmee ons gedrag. Dat gedrag wordt natuurlijk deels bepaald door genen, maar het blijft gedrag, en interventie op dat niveau blijft dus mogelijk. Het is moeilijk om op gezond gewicht te blijven of te komen in deze omgeving, zeker als je gevoelig bent voor zwaarder worden, maar je gewicht staat niet genetisch vast.”

Kan je spreken van verschillende fenotypen van obesitas?

“Daar gaat mijn nieuwe onderzoeksproject over, The End of Average (www.theendofaverage.nl). Waar we vanuit gaan is dat obesitas een bio-psycho-sociaal probleem is. De focus ligt de laatste tijd - maar eigenlijk altijd al wel - voornamelijk op de biologie. Wij testen drie keer tweehonderd proefpersonen, met een gezond gewicht, met overgewicht en met obesitas. We maken van elke persoon een profiel, van variabelen in hun biologie, waaronder hun hormoonspiegels, ghreline en leptine, maar ook van hun psychologie, zoals depressieve klachten en eetstoornissen. Verder van hun gedrag, eetgewoonten en lichaamsbeweging, en hun sociale en fysieke omgeving. Dat zijn de vier hoofdgroepen van de variabelen die we meten.

In een tussenfase kijken we of er subgroepen bestaan van mensen met gezond gewicht, overgewicht en obesitas. In die subgroepen is het BMI wellicht hetzelfde, maar ik verwacht dat de persoonlijke profielen die erachter

Prof. dr. Anne Roefs is ervan overtuigd dat betere levensstijlinterventies veel mensen kunnen begeleiden naar een gezond gewicht. Maar er is onvoldoende aandacht en geld voor en de aanpak van obesitas is veel te gemakkelijk gemedicaliseerd. De reden is duidelijk. “Als je het moet geloven zijn wij slachtoffers van onze biologie”, zegt Roefs. “Maar alle gedrag is psychologie.”

In hoeverre is obesitas een eetstoornis?

“De schattingen lopen uiteen, maar een flink deel van de mensen met obesitas heeft ook een eetbui-stoornis. Er zijn verschillende psychologische interventies voor, waaronder exposuretherapie. Dan word je blootgesteld aan het voedsel dat je binge-eet. Je mag eraan ruiken, een beetje proeven en voelt dan drang om dat te gaan eten, maar je mag het niet eten. Dan ervaar je na een aantal sessie met een therapeut dat die drang uitdooft. Het is

► Anne Roefs

Geboren: Liempde, 30 april 1976

Werkzaam als: hoogleraar.

Onderzoek richt zich voornamelijk op de neurowetenschappen en de psychologie van obesitas en eetstoornissen

Opleiding: Cognitieve psychologie, Maastricht University

De afwijking van de norm is niet genetisch vast. Het is een combinatie van factoren, zoals de leefstijl, de omgeving en de genetica. Het is belangrijk om te weten dat de afwijking van de norm niet betekent dat je niet gezond bent. Het is een signaal dat je aandacht moet besteden aan je gezondheid. Het is belangrijk om te weten dat de afwijking van de norm niet betekent dat je niet gezond bent. Het is een signaal dat je aandacht moet besteden aan je gezondheid.

► Anne Roefs: 'Je gewicht staat niet genetisch vast.'

liggen kunnen verschillen. Die informatie kan relevant zijn voor een succesvolle interventie. Wat we willen weten is of we van tevoren, op basis van het profiel, al kunnen voorspellen hoe succesvol een intensieve leefstijlinterventie is. En als dat niet werkt, wat zou dan wel werken. Als er een heel duidelijke afwijking is in het hormoonprofiel, kan het goed zijn dat te corrigeren. Maar als iemand sociaaleconomisch in de problemen zit, of psychologische problemen heeft, zou je wellicht beter daarop inzetten.”

In ieders leven veranderen de omstandigheden. Mannen en vrouwen met volle banen die een gezin krijgen op hun dertigste of veertigste sporten minder, zijn vaak veel minder actief, veranderen hormonaal, eten en drinken vaker ongezond. Er kunnen geldzorgen en stress spelen. Ze hebben een heel ander leven dan tien jaar daarvoor. Wat kan de psychologie daarmee aanvangen?

“Psychologie is alle gedrag, of dat nou gezond of ongezond is. In dit voorbeeld is al het gedrag veranderd. Als ik kijk naar interventies daarvoor vanuit de psychologie, zoals cognitieve gedragstherapie – dat is naast de aanpassing van het dieet en meer bewegen onderdeel van een goeie leefstijlinterventie – dan ga je op zoek naar disfunctionele cognities. Je wordt vader of moeder, gaat misschien verhuizen, krijgt het drukker, dus je kan dan denken: “ik heb geen tijd meer om dagelijks een rondje te fietsen of hard te lopen, dus gezond leven lukt nu gewoon even niet’. Cognitieve gedragstherapie helpt je om die

gedachten om te zetten naar functionelere gedachten, die gezond gedrag ondersteunen. Niet fietsen of hardlopen, maar lange wandelingen met de baby maken bijvoorbeeld.”

Je komt er pas achter dat je het verkeerd hebt aangepakt als je tien jaar en dertig kilo verder bent. Je moet op het juiste moment verstandig zijn, maar wie is dat?

“Dat is natuurlijk het hele probleem met de aanpak van overgewicht en obesitas. De GLI wordt pas vergoed bij een BMI van 30. Waarom niet bij 25 al? We worden gewaarschuwd voor hoge bloeddruk, dat is een sluipmoordeenaar. Dan kan je ook mensen gaan waarschuwen om hun gedrag aan te passen als ze een BMI van 25 hebben en grote kans lopen zwaarder te worden. ‘Als u zo doorgaat hebt u binnenkort een BMI van 30 en wordt het heel moeilijk en is de weg terug heel lang’.”

De praktijk leert toch dat het bijna niemand lukt om zo veel af te vallen?

“Omdat het voor veel mensen niet echt goed begeleid wordt! De GLI mag verspreid over twee jaar 1300 euro kosten, een schijntje toch? Wij vinden het als samenleving goed dat een GLI in totaal maar 1300 euro mag kosten, maar we hebben er geen probleem mee iemand levenslang Ozempic te geven. En als je stopt, val je terug, want Ozempic remt alleen je hongergevoel. Als je het heel plat zegt dan creëert de voedingsindustrie een probleem en Big Pharma mag het oplossen. Kun jij mij één leefstijlinterventiestudie laten zien waarbij hetzelfde budget dat besteed wordt aan chronisch medicijngebruik of aan



bariatrische chirurgie, geïnvesteerd wordt in de begeleiding van proefpersonen? Nee, want dat onderzoek bestaat niet. Het klopt dat maar weinig mensen veel afvallen, ik ken de cijfers ook, maar dat is gegeven de kwaliteit van de huidige leefstijlinterventies. Die moeten beter, intensiever zijn. Ga mensen goed begeleiden, zodat ze langzaam op gezond gewicht komen. We hebben dat niet goed genoeg geprobeerd en veel te snel gemedicaliseerd.”

De laatste tijd is er veel aandacht voor de aansturing en regulering in bepaalde gedeeltes van de hersenen waar kleine clustertjes neuronen al voor veel individuele verschillen in trek, verzadiging en energiebalans kunnen zorgen en een allesoverheersende invloed op iemands gewicht lijken te hebben. Daar kan je toch niets aan doen met psychologie?

“Mijn vorige onderzoeksproject ging precies over die vraag. Zijn afwijkingen in de hersenen de oorzaak van obesitas? Het korte antwoord is: nee. Als je goed in de literatuur gaat kijken lees je over onderzoeken waarin mensen met en zonder overgewicht in de MRI-scanner worden gelegd en dan plaatjes van hoogcalorisch eten te zien krijgen. Dan

meten ze hoe dat brein reageert. Er zijn minstens drie reviews over geschreven en die concluderen allemaal: het is één grote chaos, die studies.” Onderzoekers en bloggers die erin geloven citeren allemaal heel opportunistisch uit onderzoeken waarin beweerd wordt dat bepaalde regio’s in het brein sterker reageren afhankelijk van wel of geen obesitas. Maar er zitten zo veel problemen aan. Het grootste probleem is dat er helemaal geen één-op-één ‘mapping’ is van hersengebied naar functie. Er bestaat geen kaart van gebieden in de hersenen met hun bijbehorende functies. Elk hersendeel is betrokken bij veel en zeer verschillende cognitieve functies. Dat is het probleem, je kunt niet van activatie in hersengebied X naar cognitieve functie Y. Want hersengebied X is betrokken bij nog veel meer cognitieve functies.”

Dus het oplichten van een cluster neuronen in de hersenen zegt niets over wat daar wordt aangestuurd, laat staan over het gevolg daarvan? Toch lees je dat wel overal.

“Ja, dat klopt. En dat is ook heel irritant. Het hangt af van hoe goed de studie is. Als je heel precies weet wat het mentale proces is, als je heel goed bepaalde aspecten van bijvoorbeeld

visuele aandacht kan isoleren en controleren, dan heeft functionele MRI zin. Maar als ik jou een plaatje van een pizza laat zien, kan je van alles denken! ‘Dat zijn 1000 kCal’; ‘Hoe maak ik dat ook alweer’; ‘Mm, we gaan snel weer eens pizza eten’. Wat is het mentale proces, dat voor die oplichting zorgt? Dat weet je niet. Je brein reageert op dat eten afhankelijk van je mindset op dat moment. Heb je net getraind of kom je moe van je werk? Of ben je kleren aan het passen? Het is gewoon niet zo dat het brein van mensen met obesitas anders reageert. Dat hebben wij overtuigend aangetoond. Ik denk dat de meeste mensen hun gedrag kunnen veranderen als ze intensieve, goede, gepersonaliseerde therapie krijgen, met oog voor eventuele psychische problemen, sociaal-economische problemen, en omgevingsfactoren. Het kost de gezondheidszorg wel meer dan 1300 euro verspreid over twee jaar. En het kost veel inzet van iemand die je begeleidt. Maar uiteindelijk kan het lukken voor veel mensen, daar ben ik van overtuigd. Ik denk dat als je dat een jaar heel intensief doet, met daarna nog een jaar een onderhoudsbehandeling, dat je dan ver kunt komen. Maar dat eerste jaar moet wel heel intensief zijn. De focus moet zijn op duur-

zaam je gedrag veranderen. En het gaat uiteraard een stuk gemakkelijker als de omgeving zou meewerken.” ●

► *relevante literatuur:

Roefs A, Franssen S, Jansen A. The dynamic nature of food reward processing in the brain. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2018 Nov;21(6):444-448. Doi: 10.1097/MCO.0000000000000504. PMID: 30124477. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30124477/>

Cameron JD, Chaput JP, Sjödin AM, Goldfield GS. Brain on Fire: Incentive Salience, Hedonic Hot Spots, Dopamine, Obesity, and Other Hunger Games. Annu Rev Nutr. 2017 Aug 21;37:183-205. Doi: 10.1146/annurev-nutr-071816-064855. Epub 2017 May 31. PMID: 28564556. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28564556/>

Morys F, García-García I, Dagher A. Is obesity related to enhanced neural reactivity to visual food cues? A review and meta-analysis. Soc Cogn Affect Neurosci. 2020 Aug 12;18(1):nsaa113. Doi: 10.1093/scan/nsaa113. Epub ahead of print. PMID: 32785578; PMCID: PMC9997070. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32785578/>

Ziauddeen H, Farooqi IS, Fletcher PC. Obesity and the brain: how convincing is the addiction model? Nat Rev Neurosci. 2012 Mar 14;13(4):279-86. Doi: 10.1038/nrn3212. PMID: 22414944. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22414944/>

Pimpini L, Kochs S, Franssen S, van den Hurk J, Valente G, Roebroek A, Jansen A, Roefs A. More complex than you might think: Neural representations of food reward value in obesity. Appetite. 2022 Nov 1;178:106164. doi: 10.1016/j.appet.2022.106164. Epub 2022 Jul 19. Erratum in: Appetite. 2023 Oct 17;107079. PMID: 35863505. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35863505/>

Ga mensen goed begeleiden zodat ze langzaam op gezond gewicht komen