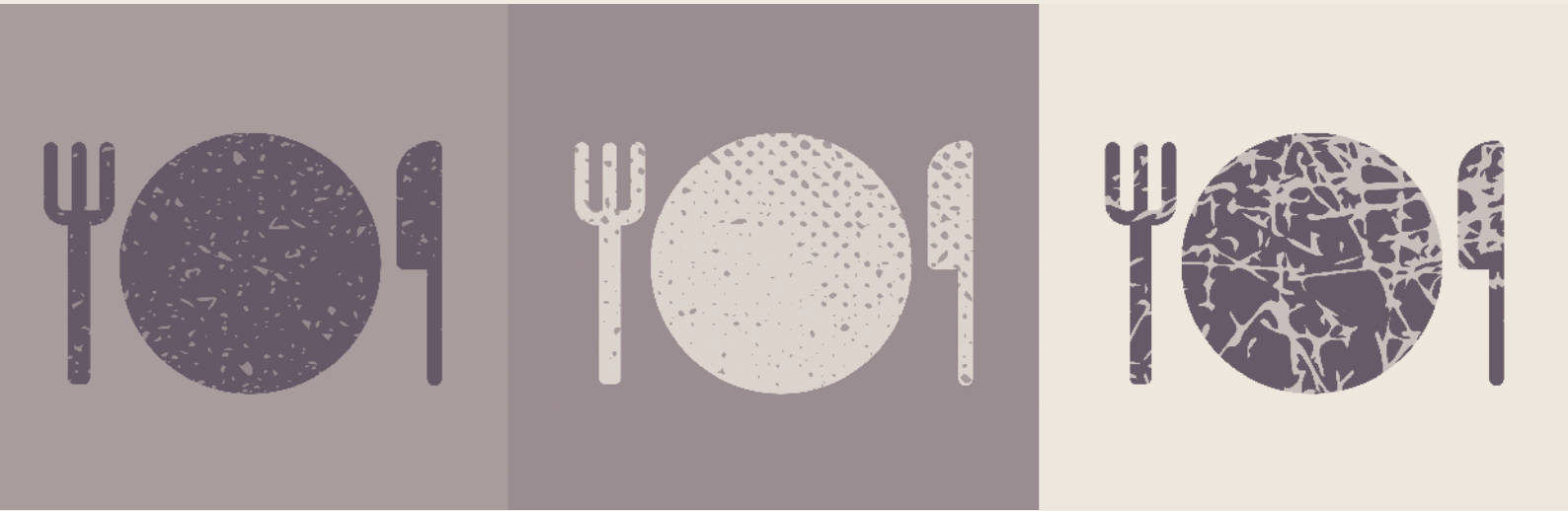




(Eet)gedrag veranderen: een uitdagend proces

Als diëtist gespecialiseerd in obesitas zie ik veel cliënten die, al dan niet gekomen op verwijzing, worstelen met overgewicht en gerelateerde gezondheidsproblemen. Deze cliënten zoeken mijn hulp voor gewichtsverlies, vaak nadat ze zelf al meerdere lijnpogingen hebben ondernomen. Veelal hebben ze een specifiek streefgewicht in gedachten, een getal dat ze willen en moeten bereiken. Want volgens de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie is immers een BMI van 25 of lager pas gezond.

ER IS OP internet een enorm aanbod aan diëten, soms in combinatie met sportprogramma's, door influencers, personal trainers of tv-koks. Ze beloven snelle resultaten. Recentelijk zijn bijvoorbeeld de Kardashians aan de trend toegevoegd, die laten zien hoe je wel tot 5 of 10 kg gewicht kunt verliezen met een GLP-1 (glucagonachtig peptide-1) agonist, die schommelingen in de bloedsuikerspiegel tegengaat en de eetlust remt. Dit lijkt zo een aantrekkelijke oplossing voor mensen die snel resultaten willen behalen zonder er zelf al te veel voor te hoeven doen. Snel gewichtsverlies is met crash-diëten op korte termijn mogelijk, maar door allerlei fysiologische veranderingen werken ze op lange termijn juist averechts.¹ Fysiologische veranderen die onder andere kunnen leiden tot een verstoring van het honger- en verzadigingsmechanisme en een lager basaal metabolisme. Bij het gebruik van een GLP-1 wordt bovendien niet goed nagedacht over eventuele bijwerkingen en onvolgende beseft dat leefstijlveran-

ISMAY WIGGERS
diëtist, sociaal wetenschapper en ACT-trainer

dering noodzakelijk blijft voor een duurzaam resultaat. Cliënten geven aan dat ze hun hoop op mij als deskundige hebben gevestigd om op een verantwoorde manier hun leefstijl aan te passen en gewicht te verliezen, bij voorkeur zonder of anders met zo min mogelijk medicatie. Tijdens consulten is het belangrijk om een vertrouwensrelatie op te bouwen en daarbij eerst te onderzoeken welke factoren bijdragen aan het overgewicht van een cliënt. Overgewicht is vaak het gevolg van een complex samenspel van leefstijl, medische problemen en psychologische factoren.²

Casus: mevrouw M.
Aan de hand van een casus laat ik zien hoe het proces van (eet)gedragsverandering er in de praktijk uit ziet.

- Gegevens anamnesegegesprek**
- ⌘ Sociaal: 51 jaar, samenwonend met partner (ook overgewicht) en drie uitwonende kinderen.
 - ⌘ Beweging: dagelijkse activiteiten zoals stalwerk (hobby) en tweemaal daags dertig minuten honden uitlaten, huishoudelijk werk, tweemaal sportschool met Gecombineerde Leefstijl Interventie-Coaching op Leefstijl (GLI-COOL), maar alle activiteiten met veel pijn ten gevolge van artrose. Is erg snel moe, waardoor weinig activiteiten met gezin en vrienden. Onder meer ten gevolge van slaapapneu; gebruikt ter verlichting daarvan een CPAP-apparaat (*Continuous Positive Airway Pressure*, overdrukmasker).
 - ⌘ Medicatie: voor hypertensie en schildklier, is goed ingesteld. Paracetamol voor de pijn.
 - ⌘ Middelengebruik: geen alcohol, rookt niet, geen andere middelen.
 - ⌘ Financiën: geen betaalde baan, maar hebben gezamenlijk voldoende financiële middelen.

Mevrouw worstelt al jarenlang met overgewicht en voelt zichzelf 'een dikkerd'. Sinds haar jeugd heeft ze meerdere pogingen gedaan om snel af te vallen met allerlei crash-diëten en eenmaal, zes jaar geleden, met een maagbandje. Mevrouw heeft last van eetbuien. Deze veroorzaken steeds weer terugval. Haar BMI

is 40 en ze heeft een middelomtrek van 125 cm. Zij wil het liefst 30 kg afvallen.

Huidig voedingspatroon
Mevrouw gebruikt als basis een oud dieet: streng koolhydraat- (<40 g) en energiebeperkt (<1.200 kcal). Zij heeft structureel eetbuien in de avond, met veel koek en snoep. Ook worden er geregeld vette maaltijden besteld door haar partner, waardoor de intake vele malen hoger is dan haar bedoeling is. De eerste stap is om de motivatie te peilen ten aanzien van de bereidheid tot gedragsverandering. Een cliënt noemt vaak excuses op waardoor het nooit gelukt is om blijvend gewicht te verliezen en kan eindigen met een opmerking als: 'U móet mij helpen, zeg maar wat ik moet doen'. Dan is het belangrijk om achterover te leunen en de cliënt te laten beseffen dat ze het echt zélf moet doen. En of ze bereid is om het dit keer anders te gaan doen dan ze tot nu toe gedaan heeft. De vraag is nu: waarom denkt mevrouw dat het nu wel gaat lukken om duurzaam af te vallen? Ze geeft aan dat ze zich realiseert dat ze er niet met een snelle aanpak gaat komen. Ze is vastbesloten om de tijd te nemen en erkent dat ze in een vicieuze cirkel zit van waaruit

ze wil ontsnappen. Haar motivatie komt voort uit de wens om haar leven weer te leven en weer goed voor zichzelf te zorgen. Ze geeft aan te beseffen dat ze haar eetgedrag blijvend zal moeten veranderen en daarover ook goede afspraken moet maken met haar partner. Dat is tot nu toe nog niet gelukt.

Acceptance and Commitment Therapy

Om mevrouw te ondersteunen in haar gedragsverandering maak ik gebruik van de Acceptance and Commitment Therapy (ACT), een therapie die cliënten helpt om flexibel om te gaan met obstakels en zich te blijven richten op wat werkelijk belangrijk voor hen is. ACT bestaat uit zes processen (zie figuur 1):

1. **Acceptatie en bereidheid:** ruimte maken voor vervelende ervaringen
2. **Cognitieve defusie:** afstand nemen van negatieve gedachten
3. **Zelf als context:** flexibel omgaan met je zelfbeeld
4. **Hier en Nu:** bewust zijn van het moment (mindfulness)
5. **Waarden:** wat werkelijk belangrijk is voor jou, jouw drijfveren
6. **Toegewijde actie:** actie gericht op waarden

Bij ACT gaat het om bewust te ervaren wat er gebeurt. In het behan-

delingsproces worden metaforen en oefeningen gebruikt om mevrouw te helpen inzichten te krijgen en veranderingen te realiseren. ACT is vooral een vaardigheidstraining. Er wordt niet gegraven in het verleden, maar gewerkt vanuit het Hier en Nu. Dat maakt deze methode ook zo geschikt voor andere (zorg)professionals dan alleen psychologen. En er wordt veel humor bij gebruikt!

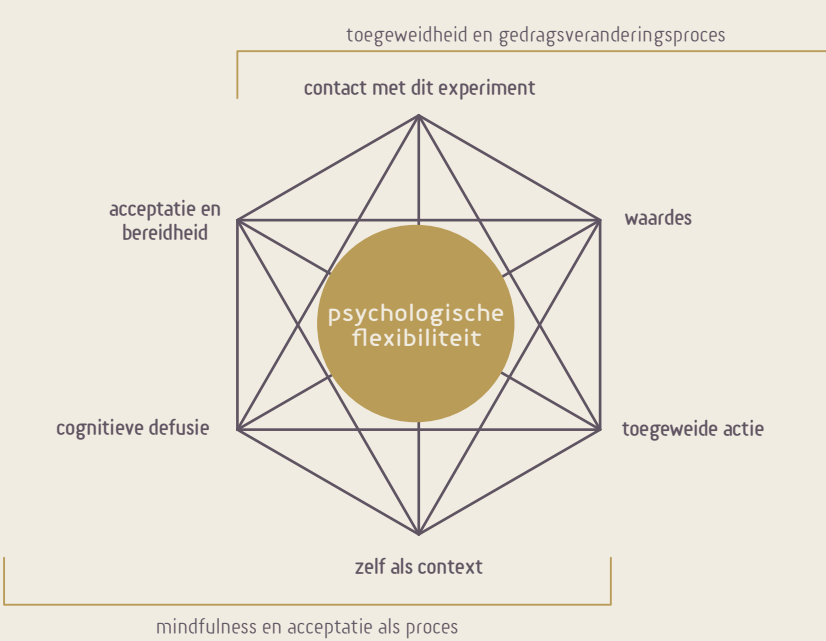
Waarden van de cliënt
Mevrouw wil weer goed voor haar gezondheid zorgen. Ze wil weer kunnen paardrijden, wat nu niet mag vanwege haar gewicht, wandelen en fietsen met haar partner en vriendinnen en zich vrijer, fitter en energiever voelen met minder pijn. Een lager lichaamsgewicht is een van de doelen om dit te bereiken. Mevrouw wil een gezonde relatie met eten en meer grip op haar eetbuien krijgen.

Toegewijd handelen
Mevrouw heeft al positieve stappen gezet: ze heeft psychologische hulp ingeschakeld, volgt al zes maanden trouw een GLI-programma (valt echter niet af), heeft zoeltjes via een podotherapeut gekregen, gebruikt medicatie voor haar klachten en een CPAP-apparaat voor haar slaapapneu. Daarbij heeft zij de stap gezet om naar een obesitasdiëtist te gaan voor persoonlijke begeleiding bij haar eetgedrag en het bereiken van gewichtsverlies. Wat kan mevrouw nog meer doen?

Haalbare doelen
Haar doel om 30 kg kwijt te raken, hebben we ook besproken. Op zich is 5-10% gewichtsverlies al zeer goed en levert veel gezondheidswinst op³ en dat is haalbaar bij de diëtist. Daarnaast hebben we besproken wat het effect is van (snel) veel gewichtsverlies en het belang van duurzame gedragsverandering. Mevrouw wil vooral grip krijgen op haar eetbuien en gezond leren eten. We hebben besloten om het stap voor stap te doen en de aandacht vooral naar het proces uit te laten gaan.

Voedingsaanpassingen
Haar voedingspatroon hebben we in overleg aangepast, omdat zij struc-

FIGUUR 1 De zes processen van de Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



tureel veel te weinig calorieën en voedingsstoffen binnenkreeg en dit tekort leek aan te vullen met eetbuien in de avond. Daarbij hebben we rekening gehouden met insulineresistentie^{4,5,6} door de voeding wel matig koolhydraatbeperkt (80 gram per dag) te houden. Ze was bang dat een hogere energie- en koolhydraatinname gewichtsverlies in de weg zou staan. Maar met de eetbuien kreeg zij veel meer koolhydraten binnen dan zij zich realiseerde. Daarbij hebben we niet alleen het belang besproken van volwaardige, onbewerkte voeding, maar ook van ACT als methode voor gedragsverandering.

ACT-aanpak

Met behulp van ACT willen we werken aan gedragsverandering door

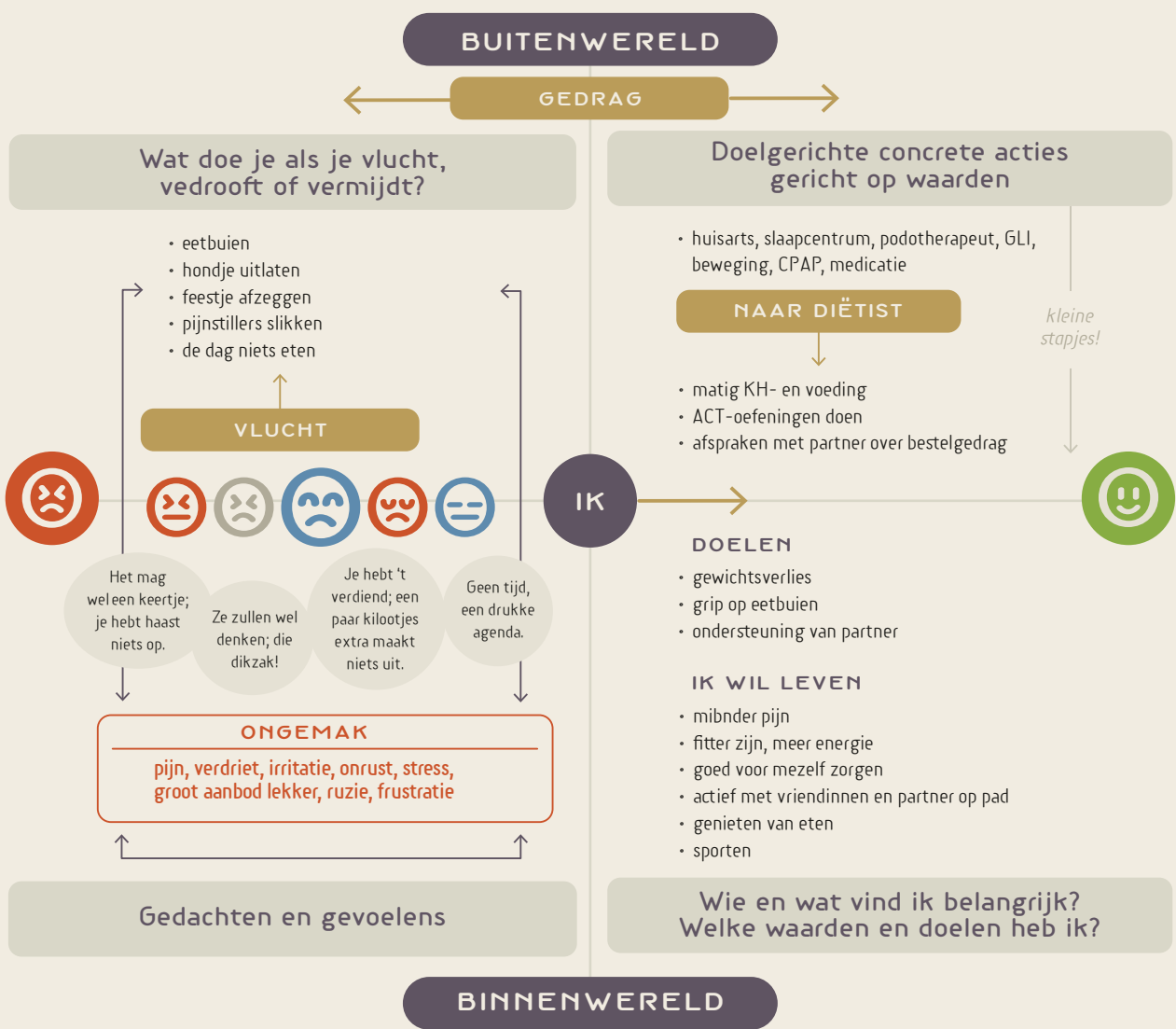
inzicht te krijgen in haar eigen voedingsgedrag en door daar grip op te krijgen. We doen oefeningen tijdens het consult en mevrouw krijgt opdrachten mee voor thuis. Mevrouw koos ervoor om haar waarden in kaart te brengen door het maken van een collage van haar ideale leven. Hoe hangt haar gewicht hiermee samen? Zo kan mevrouw leren inzien dat gewichtsverlies haar dichter bij haar waarden brengt en dat 80 kg niet de waarde is. Zo kunnen we het getal en de weegschaal wat beter loslaten en beter focussen op het waardengerichte proces:

- Bewustwording van de functie van ongewenst gedrag, waaronder eetbuien: vechten, vluchten of vermijden van ongemak? Hoe voelt het gedrag op korte termijn? En hoe op lange termijn?

Welke triggers leiden tot ongemak? En wat gebeurt er als je het ongemak gaat ervaren (mindfulness)?

- Exposure-oefeningen (met yoghurtgums) tijdens het consult om in de avond zelf toe te kunnen gaan passen, om ongemak op te wekken, te gaan ervaren en de ruimte te geven.
- De rol van saboterende gedachten en afstand nemen van die gedachten. Mevrouw noemde de saboteur haar 'duiveltje' (Defusie). Dat haar duiveltje haar steeds 'dikzak' noemde, hebben we met het zingen van het liedje Dikkertje Dap van lading kunnen ontdoen.
- Herkennen van de interne strijd met de saboteur. We hebben samen denkbeeldig staan touwtrek-

FIGUUR 2 Matrix van de ACT-aanpak bij mevrouw M.



ken en ik speelde haar duiveltje. Zo kon mevrouw ervaren dat er een andere optie is dan blijven touwtrekken met haar duiveltje en uitgeput raken, namelijk loslaten (Bereidheid en Acceptatie).

Door van een afstandje naar zichzelf te kijken (het Zelf) en zichzelf waardengericht te adviseren, leerde zij de regie te pakken door andere, betere keuzes te leren maken die waardengericht zijn (Toegewijde Actie). En goed gedrag bewust te belonen.

We bespreken de oefeningen steeds na, wat goed is gegaan, wat niet en wat dat met haar deed. Bijgevoegde matrix (zie figuur 2) hebben we samen ingevuld om meer inzicht te krijgen in haar proces.

Verloop

Mevrouw heeft bewust de triggers ervaren die leiden tot ongemak. Zij ervoer de strijd met haar 'duiveltje' en erkende de functie van haar eetbuien als vlucht uit haar ongemak en haar vicieuze cirkel. Zij weet intussen betere keuzes te maken, ze heeft goede afspraken met haar partner gemaakt en die werken ook. Mevrouw durft nu ook ongemak beter toe te laten.

Na acht maanden

Mevrouw is 13 kg kwijt, wat op zich een heel goed resultaat is (11%). De medicatie voor hypertensie kon

worden verminderd. Helaas had zij weliswaar minder, maar nog altijd veel pijnklachten, sliep ze nog matig en voelde ze zich nog steeds moe en niet in staat datgene te doen wat zij wilde doen. Na haar vakantie bleek zij bovendien zonder duidelijke oorzaak 3 kg aangekomen. Ze ervoer ook weer meer hongergevoel. Mevrouw gaf zichzelf de schuld. Dat hier geen sprake van was, maar dat fysiologische veranderingen daaraan ten grondslag konden liggen, heb ik uitgelegd aan de hand van figuur 3. Ook vertelde ik dat er sprake kon zijn van een obesogeen geheugen.⁷ Dat stelde mevrouw gerust. We hebben afgesproken het beleid verder met de huisarts te bespreken. Mevrouw is daarop in gezamenlijk overleg eerst gestart met bupropion/naltrexon, middelen waardoor eetlust en voedselopname worden afgeremd. Zij werd daar echter erg misselijk van en is al snel gestopt. Na uitgebreid te zijn geïnformeerd, is zij daarop gestart met een GLP-1. Voor haar gewrichtsklachten heeft zij andere medicatie gekregen.

Na vier maanden GLP-1

Na vier maanden GLP-1-gebruik zonder al te veel bijwerkingen heeft mevrouw nog eens 10 kg gewicht verloren. Middelomtrek is nu 115 cm. Voor het eerst ervaart ze rust in haar hoofd en is haar 'duiveltje' minder dominant. Ze heeft minder

pijn, slaapt beter en voelt zich fitter. Ze overweegt zelfs om te stoppen met het CPAP-apparaat, omdat ze in plaats van 52 nog maar 3 ademstops per nacht heeft. Haar kwaliteit van leven is aanzienlijk verbeterd.

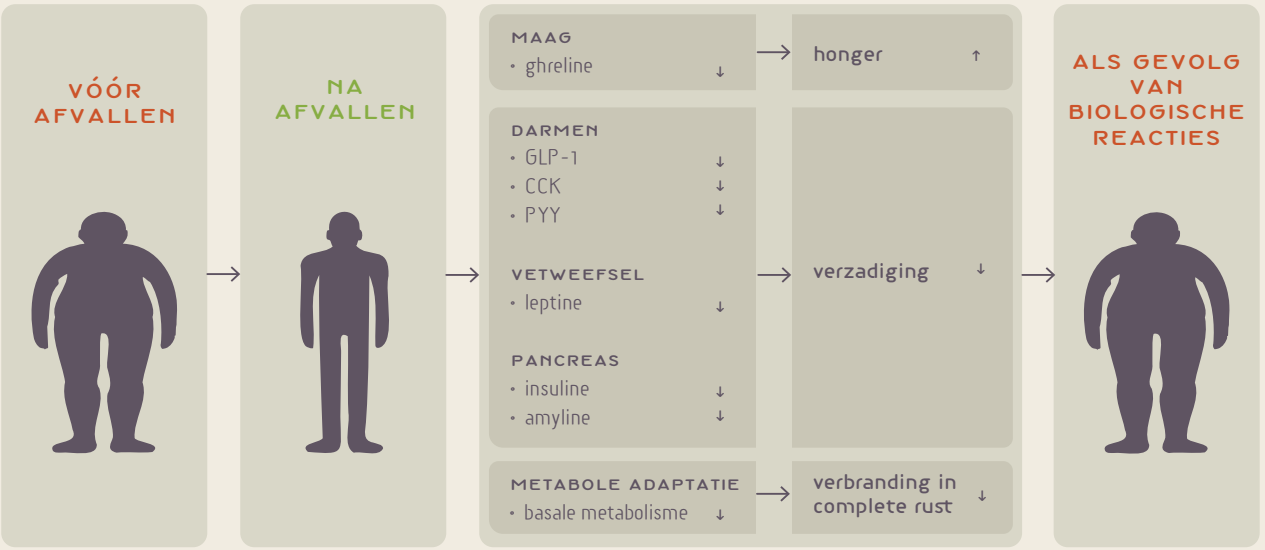
Stabilisatie

Haar voeding hebben we afgestemd op haar huidige behoefte, met nog steeds een matige tot lichte koolhydraatbeperking. Dit is haalbaar. Ze blijft onder begeleiding om terugval te voorkomen.

Conclusie

ACT is een gedragsveranderingsmethode gericht op positieve gezondheid en goed toepasbaar in de zorg bij leefstijlaanpak. De methode vergt specifieke vaardigheden van de zorgverlener. ACT biedt de cliënt handvatten om de regie te houden bij het maken van waardengerichte keuzes. ACT kan in groepen en individueel worden toegepast. Maar als een cliënt obesitas met insulineresistentie heeft of zelf behoefte heeft aan maatwerk, is het belangrijk om een obesitas/leefstijldiëtist in te schakelen. In deze casus betekende de diëtistische begeleiding meer grip op eetbuien en een aanzienlijk gewichtsverlies. Om de overige gezondheidsdoelen te bereiken, bleek aanvullende medicatie nodig voor

FIGUUR 3 Fysiologische veranderingen die een mogelijke terugval na gewichtsverlies kunnen verklaren





verder gewichtsverlies. Immers, door herhaalde afvalpogingen zijn fysiologische veranderingen opgetreden die het honger- en verzadigingsmechanisme hadden verstoord.

Slotbeschouwing

Mijn ervaring is dat een duurzame gedragsverandering gericht op leefstijl tijd kost, maar veel kan opleveren. Gewichtsverlies vormt bij obesitas een belangrijk doel. Als dat eenmaal bereikt is, is de kans op terugval, mede door fysiologische veranderingen, altijd aanwezig. Toch ken ik genoeg cliënten die 30 kg of meer blijvend zijn afgevallen met een leefstijlverandering bij de diëtist. Dat dit in alle gevallen meer tijd kost dan de beschikbare drie uur in het basispakket is evident. Motivatie is essentieel voor succes. Als iemand geen klachten ervaart, zit de motivatie vaak in het hoofd en niet in het hart. Het is belangrijk om dit goed met de cliënt te

bespreken. En het is een uitdaging om positieve gedragsveranderingen te bereiken en in stand te houden in een obesogene omgeving. In dat laatste ligt een belangrijke taak voor de overheid. Het traject waar veel huisartsen, diëtisten en cliënten momenteel mee geconfronteerd worden, is: eerst een GLL in groepsverband en na één jaar onder voorwaarden een GLP-1. Veel cliënten willen of kunnen niet kiezen voor een behandeling in groepsverband. Noch qua tijd, noch qua vorm. Bovendien horen zij thuis bij een obesitas/leefstijldiëtist die behandeling op maat kan geven. Hebben cliënten nog een keuze? Zou een huisarts niet beter samen met een diëtist en de cliënt kunnen bepalen wat welke cliënt nodig heeft? Nu gaat een groep cliënten op zoek op de vrije markt, doen verplicht de GLL om in aanmerking te komen voor betaalde medicatie of moeten in geval zij daar niet voor kiezen zelf de

medicatie betalen. Inzetten op de jeugd? Per slot hoeven we niet aan leefstijlverandering te werken en hebben we ook geen gewichtsreducerende medicatie nodig als we onze kinderen een goede leefstijl aanleren. Preventie dus. Zetten we daar nu al voldoende op in? Met een verschuiving van zorg naar het sociale domein ligt daar, zeker met het oog op de huidige kabinetsplannen, een zware taak. Als zorgverleners hebben we een belangrijke taak om binnen onze invloedssfeer gezonde leefstijlveranderingen te ondersteunen. Het traject van mevrouw M. toont aan dat een combinatie van leefstijlinterventies, psychologische ondersteuning en, indien nodig, medicatie een succesvolle aanpak kan zijn. Laten we samenwerken om voor elke cliënt een passende oplossing te vinden.

REFERENTIES

Voor geïnteresseerden in ACT als methode voor gedragsverandering:

1. Russ Harris. *ACT in de praktijk* (2022). Uitgeverij: Hogrefe Uitgevers. ISBN: 9789492297327
2. Gijs Jansen. *Het ACT Basisboek* (2023). Uitgeverij Thema. ISBN: 9789462723825
3. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med*. 2011;365(17):1597-604.
4. uit *Richtlijnen overgewicht en obesitas voor volwassenen en kinderen* en gemodificeerd van: Van der Valk ES, van den Akker ELT, Savas M, et al. *A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults*. *Obesity Reviews* (2019); 20:795-804. Zie ook: checkoorzakenvoorgewicht.nl
5. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults--The Evidence Report*. National Institutes of Health. *Obes Res*. 1998 Sep;6 Suppl 2:S1S-209S. Erratum in: *Obes Res* 1998 Nov;6(6):464. Dit rapport biedt uitgebreide richtlijnen voor het behandelen van obesitas en benadrukt het belang van gedragsverandering en professionele begeleiding, inclusief door diëtisten, voor succesvol gewichtsverlies.
6. Govers E, Otten A, Schuiling B, et al. Effectiveness of a Very Low Carbohydrate Ketogenic Diet Compared to a Low Carbohydrate and Energy-Restricted Diet in Overweight/Obese Type 2 Diabetes Patients. *Int J Endocrinol Metab Disord*, 2019, 5(2).
7. Goldenberg JZ, Day A, Brinkworth GD, et al. Efficacy and safety of low and very low carbohydrate diets for type 2 diabetes remission: systematic review and meta-analysis of published and unpublished randomized trial data. *BMJ*. 2021 Jan 13;372:m4743.
8. Kelly T, Unwin D, Finucane F. Low-Carbohydrate Diets in the Management of Obesity and Type 2 Diabetes: A Review from Clinicians Using the Approach in Practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 8;17(7):2557.
9. Hinte LC, Castellano-Castillo D, Ghosh A, et al. Adipose tissue retains an epigenetic memory of obesity after weight loss. *Nature*. 2024 Dec;636(8042):457-465.