

GEEN DIEET, MAAR ENKELE EENVOUDIGE VOEDINGSPRINCIPES...

Dr. Jean-Yves Hindlet, op basis van een interview met professor Jean-Paul Thissen*

* Afdeling Endocrinologie en Voeding, Clin. Universitaires St-Luc, UCLouvain - BASO (Belgian Association for the Study of Obesity)

Obesitas is een chronische ziekte en moet als zodanig worden behandeld. De meeste patiënten wijten hun overgewicht aan een gebrek aan lichaamsbeweging. Ze bewegen inderdaad bijna systematisch onvoldoende, maar in werkelijkheid is het vaak wat op hun bord ligt dat we moeten veranderen! Om duurzaam gewichtsverlies te bereiken zijn diëten in het beste geval ondoeltreffend, maar enkele eenvoudige en duurzame voedingsadviezen kunnen wel worden uitgevoerd. Wij stellen ze hier voor, samen met enkele vaak genoemde actuele kwesties.

EVALUATIE VAN DE VOEDING IN VIJF PUNTEN

1) Eerst de **hoeveelheden**. Dit punt is gemakkelijk te onderzoeken. Voor een eerste schatting kan de arts de patiënt vragen om zich te vergelijken met anderen, of het nu gaat om een partner, collega's of vrienden.

2) Vervolgens kijken we naar wat er tussen de maaltijden gebeurt en dus naar het **snacken**. Meestal zijn snacks ongepland, calorierijk, en krijgen patiënten er een goed gevoel van.

3) Daarna komen de **calorierijke dranken**, of ze nu gezocht zijn (de Belgen zijn Europees kampioen in frisdrankverbruik!) en/of alcoholisch. *Vergeet niet dat ook vruchtensappen echte caloriebommen zijn (zelfs als ze vers, biologisch, enz. zijn).*

4) *We eten steeds meer buitenshuis – in restaurants of bij vrienden – en nuttigen kant-en-klaarmaaltijden. De*



Prof. Jean-Paul Thissen

patiënt moet de voorkeur geven aan maaltijden die thuis met het gezin worden bereid en gegeten.

5) Een cruciaal punt is de **energiedichtheid** van de regelmatig geconsumeerde levensmiddelen (kcal/g). *In de praktijk neem ik de lijst van voedingsmiddelen door en maak ik een onderscheid tussen 'rijke' voedingsmiddelen (vleeswaren, kazen, sauzen, gefrituurd voedsel, ijs, enz.) en voeding die weinig of geen calorieën bevat (eigenlijk dus groenten).*

Heel vaak zien we in de anamnese dat patiënten weinig groenten consumeren, vooral mannen dan.

HET PROBLEEM VAN ULTRABEWERKTE VOEDINGSMIDDELEN

Ultrabewerkte voedingsmiddelen worden omschreven als industriële bereidingen, gewoonlijk gemaakt van een groot aantal ingrediënten. Ze zijn gemakkelijk te consumeren en zijn bijna verslavend. Bovendien zijn ultrabewerkte voedingsmiddelen goed voor bijna een derde van de dagelijkse energie-inname van de Belgen. In vergelijking met minimaal of onbewerkt voedsel hebben ultrabewerkte voedingsmiddelen over het algemeen een lagere nutriëntendichtheid, een hogere energiedichtheid en lagere kosten per calorie.

Het is aangetoond dat een hoge consumptie van ultrabewerkte voedingsmiddelen in verband wordt gebracht met ongezonde eetgewoonten, overgewicht en zwaarlijvigheid, alsook met diverse chronische ziekten (kanker, diabetes type 2, hart- en vaatziekten, prikkelbaredarmsyndroom, depressie, enz.) en dat ze leidt tot een verhoogde mortaliteit.

We moeten ze natuurlijk vermijden.

ALLEEN ETEN ALS JE HONGER HEBT?

De diëtiste met wie ik werk, raadt aan alleen te eten als je honger hebt. Ze vraagt patiënten een onderscheid te maken tussen honger en de behoefte aan een beloning of om stress te beheersen. Persoonlijk denk ik dat we eten als we honger hebben, maar ook om te anticiperen op toekomstige behoeften. Ik kan bijvoorbeeld lunchen zelfs als ik geen honger heb, omdat ik weet dat als ik die maaltijd oversla, ik 's namiddags misschien een energierijk tussendoortje neem.

Aan de andere kant ben ik helemaal voor 'bewust eten'! Als je eet, moet je je alleen daarop concentreren! Je kunt dit niet 'automatisch' doen, zonder het minste plezier, voor de televisie of de computer! Vaak gaat snacken bijna automatisch. Bewust eten stelt je in staat om snacks te vermijden, maar ook om de hoeveelheden die je eet beter onder controle te houden.

HET BELANG VAN DE TEXTUUR VAN VOEDING

Eet langzaam en kauw, zodat er sneller een verzadigingsgevoel optreedt en je zo minder calorieën binnenkrijgt.

Kauwbaar voedsel verdient de voorkeur (boven zacht voedsel dat snel wordt doorgeslikt). Vast voedsel is ook te verkiezen boven vloeistoffen. Een glas

Diëten, gewicht verliezen, meer aankomen omdat honger lijden frustratie opwekt die leidt tot ontsporingen. Dit jojo-effect veroorzaakt zwaarlijvigheid.

sinaasappelsap bevat bijvoorbeeld ongeveer 3 sinaasappels, en we eten zelden 3 sinaasappels na elkaar. (Principe: je neemt vloeistof om aan te komen en vaste stof om af te vallen).

Tot nu hebben we gesproken over bewust eten, textuur, energiedichtheid en ultrabewerkte voedingsmiddelen, maar niet over diëten! De boodschap moet positief en bemoedigend zijn. Iedereen is het erover eens dat diëten tot frustratie leiden, waardoor de kans op 'voedselmisbruik' toeneemt. Al in de jaren zeventig toonde de Amerikaanse psychologe Janet Polivy aan dat diëten zwaarlijvigheid in de hand werkten. Mijn ervaring is dat het gemakkelijker is om de frequentie te verminderen dan de hoeveelheid. Als een patiënt me bijvoorbeeld zegt dat het "onmogelijk" is om geen frietjes meer te eten, vraag ik hem om ze maar één keer per week te eten, in plaats van twee keer. Dat is minder frustrerend en zelfs als ze een grote portie nemen, zal de hoeveelheid kleiner zijn dan wanneer ze ze bij twee maaltijden eten.

COGNITIEVE BEPERKING

De meeste mensen wegen hun voedsel niet af. Sommige dagen eten ze meer en andere dagen minder. Uiteindelijk blijft hun gewicht vrij stabiel dankzij onbewuste mechanismen om de voedselinname te reguleren. Anderzijds controleren sommige patiënten vrijwillig hun voedselinname. Meer controle leidt echter tot meer overdaad, zoals Gérard Apfeldorfer (psychotherapeut, specialist in eetgedrag en de behandeling van gewichtsproblemen) heeft aangetoond. Deze controle kan niet blijven aanhouden. Patiënten verliezen de controle zodat hun gewicht in het beste geval niet afneemt. Natuurlijk vermelden de patiënten deze perioden van ontsporing niet in de anamnese (uit schuldgevoel). Meestal hebben ze al veel diëten gevolgd. Deze patiënten moeten leren te luisteren naar wat ze voelen en in overeenstemming daarmee te eten.



HET WETEN IS NIET GENOEG OM HET OOK TE DOËN

De meeste rokers zijn zich bewust van de schadelijke gevolgen van roken, maar dit is niet voldoende om hen te doen stoppen. In hun beroemde boek *Motivational Interviewing* leggen de Amerikanen Miller & Rollnick uit hoe men de patiënt ertoe kan brengen zijn gedrag te veranderen. Ze dringen er met name op aan dat niet alleen de formulering van belang is, maar ook de **motivatie**. De enige 'mirakel'-oplossing is heel persoonlijk. Op mijn inleidende vragen "Waar hebt u last van?" en "Wat kan ik voor u doen?" reageren patiënten vaak verbaasd. Ze verwachten richtlijnen: als ik hen erover vertel, zeggen ze dat ze ze kennen, althans in grote lijnen. De vraag is dus niet zozeer "wat te doen" als wel "waarom zouden we het doen". Wat motiveert hen? Een gezondheidsprobleem, gewichtsverlies voor een operatie, druk van leeftijdsgenoten/familie, etc. Motivatie lijkt ook te verschillen voor mannen en vrouwen. Schematisch gezien gaat het meestal over gezondheidsgerelateerde redenen bij de mannen en is het vooral psychosociaal bij de vrouwen (de manier waarop anderen naar hen kijken, enz.).

GEDAAN MET CLICHÉS OVER OBESITAS (FAT SHAMING)

We moeten het hebben over de stigmatisering van zwaarlijvige mensen, een echte plaag. De schadelijke gevolgen ervan zijn onmiskenbaar en van lange duur. Ze variëren van emotionele onrust – depressieve symp-

tomen, angst, laag gevoel van eigenwaarde – tot eetstoornissen, ongezond eetgedrag, minder lichaamsbeweging, gewichtstoename, meer fysiologische stress en vermijding van gezondheidszorg.

Luiheid, gebrek aan motivatie, gebrek aan zelfdiscipline, gebrek aan wilskracht... Het zijn maar enkele van de vooroordelen die algemeen worden gebruikt om te verklaren waarom sommige mensen overgewicht hebben of te zwaar zijn.

Helaas is ook de medische wereld niet immuun voor dit verschijnsel. Hoeveel patiënten vertellen niet dat een arts hen heeft gezegd dat "ze alleen maar hoeven af te vallen" (de beroemde 'yaka!'). Het is bedrieglijk eenvoudig! Het is alsof je tegen iemand met een depressie zegt dat hij zich beter moet voelen omdat het mooi weer is! **Obesitas is een chronische ziekte met een complexe etiologie** die factoren in verband met genetica, omgeving, persoonlijke en familiegeschiedenis combineert... **Overgewicht is absoluut geen persoonlijke keuze!**

Anderzijds betreuren we een nogal ongelukkige campagne, die in de tegenovergestelde richting gaat. Zwaarlijvige mensen worden ertoe aangezet om met hun overgewicht te leren leven en desondanks geluk te vinden. Natuurlijk moet je tevreden zijn met wat je hebt, maar tegelijk gelukkig en zwaarlijvig zijn, lijkt me moeilijk. Obesitaspatiënten zullen altijd de voorkeur geven aan een lager gewicht. Een compromis is echter mogelijk. Normalisatie van het gewicht is een utopie op maatschappelijke schaal en wordt (heel) zelden bereikt op individueel niveau. Er is namelijk bewezen dat wanneer overgewicht een bepaalde periode aanhoudt, **het lichaam het bereikte maximumgewicht onthoudt en alles in het werk stelt om dit te behouden**. Als twee patiënten evenveel wegen, zal de ene patiënt die ooit overgewicht heeft gehad, dus meer moeite hebben om zijn of haar (nieuwe) gewicht te behouden dan de andere patiënt die altijd zoveel heeft gewogen. Dit kunnen we verklaren door de lagere niveaus van leptine ('het verzadigingshormoon'), hogere niveaus van ghreline ('het hongerhormoon') en een lagere basale stofwisselingssnelheid bij patiënten die obesitas hebben gehad. In totaal wordt **gestreefd naar een gewichtsafname van (5-)10%**. Blijkt namelijk dat een afname met 10% volstaat om 'metabool gezonde zwaarlijvigheid' (diabetes, steatose, enz.) te verkrijgen. Natuurlijk hopen veel patiënten op meer. Dus stel ik voor dat we eerst die 10% halen, en dan proberen verder te gaan. Al snel duiken twee vragen op: "wat is er veranderd?" en "kan het blijven duren?". Het is heel belangrijk dat de patiënten de veranderingen en hun nieuwe levensstijl zonder frustratie aanvaarden, anders zullen de resultaten van korte duur zijn.

TWEE UITWEGEN

Zoals hierboven vermeld, zoek ik in de anamnese naar 'fouten' in het voedingspatroon en soms vind ik er geen. Ik vraag dan: "Ik zie er nu geen, maar kunt u mij garanderen u altijd zo hebt gegeten? Veel patiënten geven dan toe dat ze **in het verleden** bepaalde fouten hebben gemaakt (veel uit eten, snoepen, enz.). Dan moeten we uitleggen dat we niet zijn wat we vandaag doen, maar dat we het resultaat zijn van wat we in het verleden hebben gedaan. Overtollig lichaamsvet ontstaat over een lange periode.

Een ander element is het **onderschatten van de in te nemen voedingsmiddelen**, niet zozeer wat hun hoeveelheid als wel wat hun calorie-inhoud betreft.

HOE ZIT HET MET INTERMITTENT FASTING?

Periodiek vasten is een rage. Er zijn verschillende methoden:

- 1 à 2 dagen per week vasten (ongeveer een kwart van de gebruikelijke calorie-inname) en op de andere dagen zoveel eten als je wilt;
- een dag vasten afwisselen met een dag waarop je eet zoals je wilt;
- eten gedurende een beperkte periode – idealiter 8-10 uur per 24 uur zo lijkt het – en de rest van de tijd vasten ('beperkt' dagelijks vasten).

Het principe van *intermittent fasting* bestaat er dus in de tijd gedurende welke je mag eten, te beperken. Daardoor vermindert je calorie-inname door de momenten om te eten te beperken. Sommigen denken dat het gunstige metabolische effecten heeft, nog los van de caloriebeperkingen. Dat is tenminste de theorie. Over de resultaten ervan wordt nog gediscussieerd.

Templeman et al. meldden onlangs dat periodiek vasten zonder energiebeperking (0:200%) niet doeltreffend bleek voor een afname van de lichaamsmassa, maar ook dat om de andere dag vasten (0:150%) minder doeltreffend was voor de vermindering van het lichaamsvet dan een gelijkwaardige mate van dagelijkse energiebeperking (75:75%). Er waren geen aanwijzingen voor gunstige effecten van het vasten op de stofwisselingsregulatie of de cardiovasculaire gezondheid (1).

Bovendien is gebleken dat sommige mensen onbewust 'valsspelen' met hun periodiek vasten omdat ze compenseren, waarbij de calorie-inname wordt verhoogd en de lichamelijke inspanning (van lage intensiteit) de dag vóór de vastenperiode wordt verminderd (2).

De beste resultaten van beperkt dagelijks vasten worden verkregen wanneer het nachtelijk vasten vroeg

En wat met fysieke activiteit?

Regelmatische en volgehouden lichaamsbeweging verhoogt het energieverbruik, maar het effect op het gewicht is meestal verwaarloosbaar. In de praktijk is de aanbevolen 2,5 uur lichaamsbeweging per week ruim onvoldoende om een significant gewichtsverlies te bewerkstelligen, en wordt dit cijfer zelden gehaald, vooral door zwaarlijvige mensen, die zich moeilijk kunnen bewegen en heel snel buiten adem zijn. **Terwijl lichaamsbeweging helpt om op gewicht te blijven, is het de voeding die helpt gewicht te verliezen.**

in de ochtend wordt beëindigd. Daarbij mag je gedurende een korte periode (8 tot 10 uur per dag: bv. tussen 8 en 16 uur of tussen 8 en 18 uur) eten, maar moet je je voor de rest van de tijd aan het vasten houden en je alleen met water hydrateren. Dat is echter moeilijk te combineren met de kantooruren en nog minder met de gewoonte om 's avonds met het gezin te eten. Over de invloed ervan op het gewicht wordt nog gediscussieerd. Anderzijds zou het verschillende cardio-metabolische parameters verbeteren (glykemie, insulinegevoeligheid en -secretie, bloeddruk en oxidatieve stress, maar niet de bloedlipiden). Daarnaast wordt bij beperkt dagelijks vasten 's nachts gevast – dat lijkt voor de hand te liggen, maar het komt tegenwoordig steeds minder voor – hoewel het voldoet aan een aanbeveling van de AHA (2017). We weten dat 's nachts eten en werken samenhangen met risico's op gewichtstoename, metabool syndroom en diabetes, en zelfs met hart- en vaatziekten. Bovendien vermijd je met beperkt dagelijks vasten dat je 's avonds snackt en/of alcohol drinkt. Om nog maar te zwijgen van het feit dat hetzelfde voedsel een andere metabolische impact heeft als het 's morgens of 's avonds wordt geconsumeerd.

Voor sommige patiënten kan aandacht voor eetpatronen effectiever zijn dan focussen op het aantal calorieën of verboden/toegestane voedingsmiddelen. Deze aanpak kan ook leiden tot een verbeterde kwaliteit van iemands voeding, zonder dat het aanvoelt als een beperking. Laten we één simpel aspect over voeding niet vergeten: **we moeten voor iedereen een aanvaardbare methode vinden om minder en beter te eten.** ■

Referenties

1. Templeman I, et al. Science Translational Medicine 2021;13(598):eabd8034.
2. Clayton D. Intermittent fasting: if you're struggling to lose weight, this might be why. theconversation.com