

Sofie Van Hecke & Kathy Van Renterghem

Professionele Bachelor Voedings- en dieetkunde

Academiejaar 2016/2017

**Mindful Eating bij verstoord eetgedrag
Een onderzoek naar de mogelijke meerwaarde binnen
de conventionele diëtistenpraktijk**

Sofie Van Hecke & Kathy Van Renterghem

Professionele Bachelor Voedings- en dieetkunde

Academiejaar 2016/2017

**Mindful Eating bij verstoord eetgedrag
Een onderzoek naar de mogelijke meerwaarde binnen
de conventionele diëtistenpraktijk**

SAMENVATTING

Mindful Eating bij verstoord eetgedrag

Een onderzoek naar de mogelijke meerwaarde binnen de conventionele diëtistenpraktijk

Verstoord eetgedrag, Mindful Eating, Extern (over)eten, Emotioneel (over)eten, Lijngericht (over)eten

Verstoord eetgedrag, zoals lijngericht, extern en emotioneel eten, komt onder druk van de hedendaagse maatschappij steeds frequenter voor. Effectieve behandelingen voor dergelijke afwijkende eetgedragingen zijn binnen de diëtetiek momenteel nog onvoldoende gekend. Conventionele voedingsinterventies zijn hoofdzakelijk gericht op het extrinsiek aanbrenge van voedings- en leefstijladvies. Deze methode blijkt echter niet altijd voldoende om patiënten met verstoord eetgedrag adequaat te behandelen. Mindful Eating is een aandachtstraining gericht op bewustwording, intrinsieke motivatie en zelfzorg. Mogelijks kan deze methode een aanvulling bieden binnen de reguliere diëtistenpraktijk.

In deze bachelorproef wordt een kleinschalig onderzoek gevoerd naar de mogelijke meerwaarde van Mindful Eating binnen het kader van de conventionele diëtetiek, aan de hand van statistisch onderbouwde diepte-interviews bij zowel conventionele als Mindful Eating-diëtisten.

De resultaten wijzen uit dat een aantal technieken gebruikt binnen Mindful Eating, zoals een niet-gewichtsgeoriënteerde benadering van de therapie, een geïnternaliseerd gewichtsstigma bij de patiënt met verstoord eetgedrag kan verzwakken of voorkomen. Bovendien kan het vermijden van een restrictief voedingsadvies cognitieve stress bij patiënten voorkomen en bijgevolg vormen van restrictie en eetbuien verminderen. Met behulp van verschillende Mindful Eating technieken kan zelfregulatie bevorderd worden, waardoor gedragsverandering en een autonome motivatie op lange termijn in de hand gewerkt worden. Een paradigmashift binnen de reguliere diëtistenpraktijk met deze aanvullingen kunnen een meerwaarde bieden bij de behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag.

RÉSUMÉ

Mindful Eating et habitudes alimentaires perturbées

Une enquête de la valeur ajoutée potentielle au sein de la diététique conventionnelle

Traitement des habitudes alimentaires perturbées, Mindful Eating, manger de façon restreinte, manger de façon externe, manger de façon émotionnelle

Sous la pression de la société contemporaine, des habitudes alimentaires perturbées sont de plus en plus fréquentes sous la forme de manger de façon restreinte, externe et émotionnelle. Il se traduit par des habitudes alimentaires divergentes dont un traitement effectif est actuellement encore insuffisamment connu au sein de la diététique. Les interventions d'alimentation conventionnelles visent principalement à fournir de façon extrinsèque des conseils au niveau de l'alimentation et du mode de vie. Cependant, cette méthode ne semble pas toujours suffisante afin de traiter de manière adéquate les patients avec ce type d'habitudes alimentaires. Mindful Eating consiste à un entraînement d'attention visant la sensibilisation, la motivation et la prise en charge de soi-même de manière intrinsèque et pourrait apporter le complément manquant dans le domaine de la diététique classique.

À travers des entretiens avec des diététiciens conventionnels ainsi que des diététiciens en matière de Mindful Eating, une enquête est menée à petite échelle sur les deux méthodes de traitement. Chaque entretien a été écrit, décodé et analysé à l'aide de SPSS.

Les résultats indiquent que certaines techniques utilisées dans le domaine de Mindful Eating, comme une approche non orientée sur le poids faisant partie de la thérapie, prévient ou atténue que le patient ayant des habitudes alimentaires perturbées se sente stigmatisé de façon internalisée en raison de son poids. En outre, le fait d'éviter un conseil d'alimentation restrictif peut prévenir le stress cognitif chez les patients et par conséquent diminuer les formes de restriction et la compulsions alimentaires. À l'aide de différentes techniques, l'autorégulation peut être favorisée, contribuant à un changement de comportement et une motivation autonome à long terme. Un changement de paradigme au sein de la diététique classique complété par une thérapie en matière de Mindful Eating peut donc constituer à plusieurs égards une valeur ajoutée lors du traitement des patients ayant des habitudes alimentaires perturbées.

ABSTRACT

Mindful Eating and disturbed eating behavior

An investigation into possible added values within conventional dietary practice

Disturbed Eating, Mindful Eating, External (over) eating, Emotional (over) eating, Restraint (over) eating

The prevalence of disturbed eating behavior, such as restricted, external and emotional eating, is increasing under pressure of the contemporary society. Effective treatments of these abnormal eating behaviors are currently insufficiently known in dietetics. Conventional nutritional interventions are mainly aimed at extrinsic application of nutrition and lifestyle advice. However, this method is not always sufficient to adequately treat patients with disturbed eating behavior. Mindful Eating is an attention training focused on awareness, intrinsic motivation and self-care and may possibly complement the conventional dietitian's practice.

In this thesis, a small-scale study is conducted to investigate the possible added values of Mindful Eating within the conventional dietary practice, based on statistically substantiated in-depth interviews with both conventional and Mindful Eating dietitians.

The results indicate that a number of techniques used in Mindful Eating, such as a non-weight oriented approach to therapy can prevent or impair an internalized weight stigma for patients with disturbed eating behavior. In addition, avoiding restrictive nutrition advice can prevent cognitive stress in patients and, consequently, reduce forms of restriction and reduce episodes of binge eating. Using different techniques, self-regulation can be promoted, leading to behavior modification and autonomous motivation in the long run. A paradigm shift within the regular dietitian practice with the necessary additions from a Mindful Eating therapy can thus provide added value in the treatment of patients with disturbed eating behavior.

WOORD VOORAF

Deze bachelorproef vormt het sluitstuk van onze opleiding voedings- en dieetkunde aan de Hogeschool Odisee Gent. De professionele en persoonlijke ondersteuning van enkele bijzondere mensen heeft ons geholpen deze bachelorproef tot een goed einde te brengen. Wij, Sofie Van Hecke en Kathy Van Renterghem, wensen mevrouw Nina Van Den Broecke te bedanken voor haar supervisie, advies en coaching waardoor deze bachelorproef in de goede richting gestuurd werd en aan kwaliteit heeft gewonnen. Tevens verdient mevrouw Caroline Baerten als onze externe promotor onze oprechte dankbaarheid voor haar uitstekende begeleiding. Zij stond steeds voor ons klaar, beantwoordde alle vragen en bracht verduidelijking waar nodig. Bovenal deelde ze haar passie voor Mindful Eating en bracht ze ons een schat aan inzichten aan. Tot slot willen we ook onze dankbaarheid uiten aan alle docenten die zich doorheen de jaren van onze opleidingen hebben ingezet om ons te vormen tot professionele diëtisten. Ze brachten ons vaardigheden en kennis bij om het beroep als diëtiste op verantwoorde manier te kunnen uitvoeren.

Persoonlijk had ik, Kathy, mijn man, Mostafa Elkallouki, willen bedanken voor zijn geloof in mijn mogelijkheden en motiverende aanmoedigingen, maar in het bijzonder voor de kans die hij me gaf een late droom alsnog te realiseren. Mijn kinderen, Iyaas, Safa en Marwan voor hun tomeloze geduld wanneer 'iets leuks' weer eens moest wijken voor het studeren van mama. Ook naar mijn familie en vrienden wens ik mijn dankbaarheid te uiten voor hun steun en het luisterend oor als ik 'weer' eens wou ventileren. Tot slot ben ik ontzettend veel dankbaarheid verschuldigd aan mijn bachelorproefpartner Sofie Van Hecke, een dame met een ongelooflijke creatieve, analytische en positieve geest, met oog voor detail en nauwkeurigheid. Het was een plezier met haar te hebben samengewerkt.

Ook ik, Sofie, had graag mijn partner Kristof De Baets, bedankt voor zijn onvoorwaardelijke steun tijdens het uitwerken van deze bachelorproef. Zijn nuchtere visie op voeding en het ontbreken aan passie voor alles wat met Mindfulness of Mindful Eating te maken heeft, zorgden voor een heldere kijk in datgene wat neergeschreven werd. Daarnaast speelden mijn familie en vrienden het voorbije jaar evenzeer een belangrijke rol. Zij gaven me steeds hun mening op een opbouwende manier waardoor deze bachelorproef een extra dimensie kreeg. Ook Thea Langeroot en Bjorn Gehesquière wil ik bedanken voor hun taalkundige en analytische hulp tijdens de laatste loodjes. Als laatste wil ook ik mijn bachelorproefpartner Kathy Van Renterghem enorm bedanken voor haar doorzettingsvermogen, enthousiasme, steun en eindeloze geduld met mijn perfectionistische kant. Samen kwamen we tot heel wat inzichten die ons zonder twijfel tot enigszins 'bijzondere' diëtisten in spé vormden.

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING

RÉSUMÉ

ABSTRACT

WOORD VOORAF

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	10
2	LITERATUURSTUDIE	11
2.1	VERSTOORD EETGEDRAG	11
2.1.1	Omschrijving	11
2.1.2	Oorzaken van verstoord eetgedrag	11
2.1.3	Gevolgen van verstoord eetgedrag	12
2.1.4	Prevalentie van overgewicht en obesitas.....	14
2.1.5	Conventionele interventie model bij verstoord eetgedrag	15
2.1.6	Tekortkomingen bij conventionele interventies	16
2.2	MINDFULNESS	18
2.2.1	Basis Mindfulness	18
2.2.2	Mindfulness in de medische setting.....	19
2.3	MINDFUL EATING	20
2.3.1	Oorsprong	21
2.3.2	Principes en inhoud	21
2.3.3	Invloed op de gezondheid, het lichaam en het eetgedrag	31
2.3.4	Doelgroep.....	32
2.3.5	Opleiding tot Mindful Eating Teacher.....	33
2.3.6	Vaardigheden	34
2.3.7	Hulpmiddelen om Mindful Eating toe te passen	34
3	METHODE	35
3.1	INLEIDING	35
3.2	GEBRUIKTE METHODE.....	35
3.3	SAMENSTELLING VAN DE STEEKPROEF.....	36
3.4	OPSTELLING VAN HET INTERVIEW	37
3.5	HET VERLOOP VAN DE INTERVIEWS.....	39
3.6	VERWERKING VAN DE INTERVIEWS.....	39
4	RESULTATEN & BESPREKING	40
4.1	BESPREKING VAN DE STEEKPROEF.....	40
4.2	VERSTOORD EETGEDRAG BINNEN DE DIËTISTENPRAKTIJK	40

4.3	ZELFBEELD EN LINK MET GEWICHTSFOCUS EN DIEETGEDRAG	41
4.3.1	Focus op BMI, gewicht en lichaamssamenstelling	41
4.3.2	Streefgewicht en de weegschaal	43
4.3.3	Link met zelfbeeld en lichaamsacceptatie	44
4.4	RESTRICTIEF VOEDINGSADVIES EN LINK MET EETBUIEN	45
4.5	ZELFREGULATIE EN MOTIVATIE IN KADER VAN GEDRAGSVERANDERING ..	48
4.5.1	Fysiologische signalen van honger en verzadiging	48
4.5.2	Inzicht in emotionele triggers tot overeten	49
4.5.3	Motivatie en gedragsverandering	50
4.6	ALGEMENE DISCUSSIE.....	52
5	ALGEMEEN BESLUIT	55

LITERATUURLIJST

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GOOD PRACTICE GUIDELINES

BIJLAGE 2: DEDUCTIEVE CODERING VAN HET INTERVIEW

BIJLAGE 3: ANALYSE DIEPTE-INTERVIEWS CONVENTIONELE DIËTISTEN

BIJLAGE 4: ANALYSE DIEPTE-INTERVIEWS MFE-DIËTISTEN

1 INLEIDING

De Hoge Gezondheidsraad, het wetenschappelijk adviesorgaan van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, raadt aan om dagelijks drie hoofdmaaltijden en maximum drie tussendoortjes te consumeren in kader van een gezond voedingspatroon. Binnen de conventionele diëtistenwerkingen kunnen echter heel wat verschillende benaderingen op vlak van gewichtsmanagement en een gezond voedingspatroon teruggevonden worden. Mogelijks is dit ontstaan onder druk van de groeiende obesitasepidemie, die steeds vaker in de spotlight staat. Terwijl een diëtist vroeger uitsluitend voedingsadvies gaf, en hierdoor als expert in gewichtsmanagement werd aanzien, wordt er vandaag de dag steeds vaker een gedragsgerichte aanpak gehanteerd met als doel een gezond voedingspatroon en voldoende lichaamsbeweging in de leefstijl op te nemen.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat een eenzijdige, externe opgelegde focus en/of motivatie wat betreft gedragsverandering niet volstaat om gewicht te verliezen of verloren gewicht op lange termijn te behouden. Bovendien krijgen diëtisten steeds vaker patiënten met lichaamsontevredenheid en verstoord eetgedrag op bezoek. Dit zijn vaak patiënten die, naar eigen zeggen, niet diëten maar wel nauwgezet en weinig flexibel leven volgens (eigen) opgelegde voedingsrichtlijnen in kader van extreme gewichtscontrole. Ook patiënten die onder druk van dagelijkse stress of onder verleiding van het overvloedige voedingsaanbod niet kunnen weerstaan, en zich op regelmatige basis overeten, komen steeds frequenter voor. Kan Mindful Eating, een therapie die meer de focus legt op bewustwording, interne motivatie en zelfzorg, hier een aanvullende meerwaarde bieden?

In het theoretische deel wordt eerst de betekenis, mogelijke oorzaken en gevolgen van verstoord eetgedrag nagegaan. Aan de hand van een theoretisch kader wordt geschetst hoe de conventionele diëtetiek met verstoord eetgedrag omgaat, en welke tekortkomingen om verstoord eetgedrag adequaat te behandelen er wetenschappelijk onderbouwd zijn omschreven. Vervolgens wordt nagegaan wat Mindful Eating inhoudt, hoe het functioneert en welk(e) doel(en) het nastreeft.

In het praktische deel wordt aan de hand van statistisch onderbouwde diepte-interviews, afgenomen bij zowel conventionele als Mindful Eating diëtisten, nagegaan welke verschillen er in de praktijk bestaan tussen beide methoden in de behandeling van verstoord eetgedrag. Er wordt nagegaan 'of' en 'hoe' beide behandelingsmethoden een antwoord bieden op de reeds omschreven tekortkomingen, met als doel een antwoord te bieden op de volgende vraag: kan Mindful Eating een passende aanvulling bieden voor eventuele hiaten die worden teruggevonden binnen de conventionele behandeling voor personen met een verstoord eetgedrag?

2 LITERATUURSTUDIE

2.1 VERSTOORD EETGEDRAG

2.1.1 Omschrijving

Verstoord eetgedrag refereert naar iemands verstoorde relatie met voeding, en manifesteert zich in afwijkende voedingsgewoonten en gedragingen, zoals overmatig eten gekoppeld aan een specifieke interne of externe gebeurtenis, buitensporig bewegen, gewichtsschommelingen en chronisch diëten. Wanneer het eetgedrag in die mate verstoord is dat het de lichamelijke gezondheid (zoals bv. amenorroe, droge huid, nier-, lever-, darmstoornissen, ...) en/of het psycho-sociale functioneren schaadt, spreken we van een eetstoornis (American Psychiatric Association, 2000). In deze bachelorproef worden eetstoornissen verder niet behandeld.

Een verstoord eetgedrag ontwikkelt zich meestal tijdens de adolescentie en vroege volwassenheid, bij zowel mannen als vrouwen, en wordt gekenmerkt door een vervormd eetpatroon. In veel gevallen begint het onschuldig met kleine dieetveranderingen, om geleidelijk aan verder te ontwikkelen tot zeer restrictieve eetgewoontes en/of het episodegewijs overmatig consumeren van vet- en energierijke voedingsmiddelen.

2.1.2 Oorzaken van verstoord eetgedrag

Verstoord eetgedrag wordt steeds multicausaal veroorzaakt en kan benaderd worden op maatschappelijk, socio-cultureel, psychologisch, biologisch en individueel gebied.

Op maatschappelijk niveau wordt een onevenwicht in aanbreng en verbruik van energie vaak in de hand gewerkt door een combinatie van enerzijds een passieve levensstijl (sedentaire activiteiten, automatisatie, minder lichamelijke arbeid, ...) en anderzijds een nutrientdens en excessief voedselaanbod. Daarnaast spelen ook de gezondheidsindustrie en de federale gezondheidszorg een belangrijke rol. Er wordt steeds vaker een maatschappelijke focus gelegd op een 'gezond gewicht' waarbij het 'gezonde welzijn' naar de achtergrond verschoven wordt. Het onbereikbare schoonheidsideaal onder invloed van agressieve voedingsmarketing spelen hierbij ook een grote rol. Deze sociale gewichtsfocus heeft een aantal ongewenste uitwerkingen op de algemene bevolking, zoals periodes van gewichtsschommelingen (stijgingen en dalingen), afleiding van andere gezondheidsdoelstellingen, verlaagd zelfvertrouwen, eetstoornissen, gewichtsstigmatisatie en –discriminatie (Bacon & Aphramor, 2011) en lichaamsontevredenheid (Alberts, Thewissen & Raes, 2012).

Op psychologisch niveau wordt eerder rekening gehouden met de copingvaardigheden, interpersoonlijke factoren en emotieregulatie. De excessieve psychologische stress, aanwezig in onze huidige maatschappij wordt vaak chronisch, en heeft bijgevolg ook heel

wat fysieke gevolgen. Chronische stress kan leiden tot overeten, een verhoging van cortisol en insuline, cellulaire veroudering en bijgevolg een metabool ongezonde toestand (Daubenmier *et al.*, 2011a).

Bovendien kunnen voedsel- en bewegingsvoorkeuren binnen de familiale of socio-culturele context eveneens van invloed zijn. Denk hierbij aan de ouderlijke voorbeeldfunctie en druk, culturele voorkeur voor een zwaardere lichaamsbouw, financiële mogelijkheden, toegang tot gezonde voeding, ... Tenslotte bestaat er ook een oorzakelijk verband tussen verstoord eetgedrag en genetische invloeden, gebruik van medicatie, motorische beperkingen, ... (Eetexpert, 2015).

Op individueel niveau kan het eetgedrag in onderstaande eetprofielen ingedeeld worden. Deze blijken in de praktijk vaak gecombineerd voor te komen (Eetexpert, 2015).

Externe (over)eters ervaren blootstellingen aan externe cues (geur, smaak en aantrekkelijke presentatie) als een trigger om hun fysiologische signalen van honger en verzadiging te negeren. Externe eters neigen naar overeten ten gevolge van een verhoogde gevoeligheid voor verleidende voedingscues. Extern eetgedrag blijkt echter geen predictor van een verhoogde BMI op lange termijn te zijn (Van Strien, Herman & Verheijden, 2012).

Emotionele (over)eters beschikken over een onvermogen om te discrimineren tussen fysiologische prikkels gerelateerd aan honger en verzadiging, en fysiologische waarnemingen die samenhangen met emoties. Onderzoek wees uit dat hoog emotionele eters geassocieerd worden met een slecht interoceptief bewustzijn, hoge alexithymie, depressie en problemen met affectregulatie (Van Strien, Herman & Verheijden, 2009).

Lijngerichte eters negeren bewust hongergevoelens en verliezen hierdoor het lichamelijke contact met gevoelens van honger en verzadiging. Verschillende onderzoeken benadrukken dat lijngericht eten bijdraagt tot overeten en eetstoornissen. Het staat echter nog niet vast of het lijngericht eten een oorzaak of een gevolg is van emotioneel of extern overeten (Van Strien, Herman & Verheijden, 2009).

Verstoord eetgedrag, zoals emotioneel of extern (over)eten, kan gecompenseerd worden door een periode van lijngericht eten waarbij het gewicht niet persé beïnvloed wordt (Van Van Strien, Herman & Verheijden, 2009). Het gewicht is dus niet steeds een indicator. Verstoord eetgedrag kan echter wel wijzen op een onderliggend probleem (Eetexpert, 2015).

2.1.3 Gevolgen van verstoord eetgedrag

In de meeste gevallen evolueert een verstoord eetgedrag tot meetbare afwijkingen in de lichaamssamenstelling en het -functioneren, en bijgevolg tot ondergewicht, overgewicht of obesitas. In situaties waarbij restrictie en overeten elkaar afwisselen, ontwikkelt men echter

een malnutritie door een tekort aan belangrijke voedingsstoffen, vitaminen en mineralen. Hierbij is vaak geen sprake van een opvallende gewichtsproblematiek.

2.1.3.1 Ondergewicht

Wanneer het verstoorde eetgedrag leidt tot een lagere opname van energie ten opzichte van het lichamelijke energieverbruik, veroorzaakt dit een katabole toestand waarbij op termijn ondergewicht ontstaat. Ondergewicht kan bepaald worden door gebruik te maken van de Body Mass index of BMI (zie Tabel 1). Verschillende onderzoeken wijzen uit dat personen met een BMI lager dan 18,5 een verhoogd mortaliteitsrisico hebben (Tylka *et al.*, 2014).

2.1.3.2 Overgewicht of obesitas

Indien er sprake is van een te hoge opname en een te laag verbruik van energie, zal het verstoorde eetgedrag na verloop van tijd resulteren in een toename van het gewicht en een accumulatie van overtollig lichaamsvet. Bij de bepaling van overgewicht of obesitas kan gebruik worden gemaakt van de BMI (zie Tabel 1).

Een tweede courante techniek die toegepast wordt om overgewicht en obesitas te detecteren, is de antropometrische meting van de buikomtrek. De WHO benadrukt in een rapport van 2011 dat abdominale obesitas, in combinatie met een verhoogd BMI, een belangrijke parameter is voor de ontwikkeling van metabole complicaties zoals diabetes type 2, dyslipidemie, hoge bloeddruk, cardiovasculaire ziekten en andere metabole complicaties en mortaliteit (zie Tabel 1).

Tabel 1 Classificatiesysteem voor ondergewicht, normaal gewicht, overgewicht en obesitas op basis van de Body Mass Index (BMI) en middelomtrek, volgens het Waist Circumference and Waist–Hip Ratio rapport, WHO (2011)

Classificatie	BMI (kg/m ²)	Obesitas klasse	Risico op ziekte t.o.v. normaal gewicht en middelomtrek	
			Mannen < 102 cm Vrouwen < 88 cm	Mannen > 102 cm Vrouwen > 88 cm
Ondergewicht	< 18,5	-	-	-
Normaal	18,5 – 24,9	-	-	-
Overgewicht	25 – 29,9	-	Verhoogd	Hoog
Obesitas	30 – 34,9	I	Hoog	Erg hoog
Ernstige obesitas	35 – 39,9	II	Erg hoog	Erg hoog
Morbide obesitas	≥ 40	III	Extreem hoog	Extreem hoog

Alhoewel de BMI al jaren als een standaard evaluatiemethode in de gezondheidszorg gehanteerd wordt, wijst recent onderzoek uit dat de BMI en het percentage lichaamsvet geen sluitende gezondheidsindicaties geven. Verschillende epidemiologische studies ontcrachten de obesitasparadox en tonen aan dat sommige mensen met overgewicht of lichte obesitas, waarbij sociaal-economische en andere risicofactoren onder controle zijn, minstens even lang, en vaak langer, leven dan mensen met een normaal gewicht (Bacon & Aphramor, 2011).

De psycho-sociale gevolgen voor een persoon met overgewicht of obesitas zijn echter niet te onderschatten. Ten gevolge van maatschappelijke stigmatisatie, vooroordelen en discriminatie bouwen mensen met overgewicht en obesitas veelal een tekort aan zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld op. Daarnaast hebben deze personen sneller de neiging tot depressie, eetbuien en boulimisch gedrag (Tylka *et al.*, 2014).

2.1.3.3 Malnutritie ten gevolge van een nutriëntentekort

Een groot deel van de bevolking heeft het moeilijk met eetgewoonten en lichaamsontevredenheid. Hierdoor werd diëten ondanks een normaal gewicht standaard in de huidige maatschappij. Wanneer periodes van overeten afgewisseld worden met periodes van vasten ontstaat er metabole stress waarbij afbraak en opbouw van lichaamssweefsel elkaar afwisselen. Dit heeft vaak fysieke gevolgen zoals vitamine- en mineraletekorten, stoornissen in het sociale leven, verstoorde copingskills en onrust. Verschillende onderzoeken correleren gewichtsschommelingen met verhoogde mortaliteit, en benadrukken dat het zogenoemde 'jojo-diëten' samenhangt met een verhoogd sterftcijfer en een verhoogd risico op hart- en vaatziekten (Tylka *et al.*, 2014). Het is vooral het diëten dat leidt tot extreme gewichtscontrolepraktijken, een nog lager zelfbeeld en zelfs binge eating en andere eetstoornissen (Lowe & Levine, 2005 ; Smart *et al.*, 2015). De mogelijke gevolgen van gewichtsgerichte voedingsinterventies worden in 2.1.6 besproken.

2.1.4 Prevalentie van overgewicht en obesitas

Op basis van beschikbare cijfers uit 46 Europese landen bleek dat in 2008 meer dan 50% van de volwassenen ouder dan 20 jaar overgewicht had, waarvan meer dan 20% obees. Het WHO rapport voerspelt dat deze cijfers in de toekomst nog verder zullen toenemen. Hun prognose (2010-2030) geeft aan dat in 2020 13% van de mannen en 14% van de vrouwen obees zal zijn. Op langere termijn voorspellen verschillende modellen dat in 2030, 15% van de mannen en 14% van de vrouwen obees zal zijn (WHO, 2013).

In de Voedselconsumptiepeiling van 2014-2015 (Bel, Lebacqz, Ost & Teppers, 2015) werd de voedingstoestand van de Belgische bevolking onder de loep genomen. De peiling benadrukt dat 45% van de bevolking (3-64 jaar) een te hoge BMI heeft, waarvan 29% overgewicht heeft en 16% aan obesitas lijdt. Vanaf de leeftijd van 35 jaar lijdt meer dan één

derde aan overgewicht en meer dan één vijfde aan obesitas. Bovendien heeft 55 % van de bevolking (15-64 jaar) een te grote buikomtrek / lengte verhouding.

Ondanks onze obesogene omgeving (voeding in overvloed, gemakkelijk beschikbaar, agressieve marketing in combinatie met een verlaagde fysieke activiteit) blijft een groot deel van de Belgische bevolking toch binnen de BMI-marges van een normaal gewicht. De Vlaamse consumptiepeiling benadrukt dat 75% van de bevolking een normaal eetpatroon heeft, maar vermeldt ook dat 25% van de Belgische bevolking zich zorgen maakt over zijn/haar huidige gewicht. Bovendien heeft 25% de intentie te vermageren waarvan 31% dit door ongezonde dieetmethoden wenst te realiseren. Slechts 6% zoekt hiervoor professionele hulp (Bel *et al.*, 2015).

2.1.5 Conventionele interventie model bij verstoord eetgedrag

Zoals eerder vermeld is verstoord eetgedrag het gevolg van meerdere factoren, waardoor het op verschillende domeinen aangepakt moet worden. Een multidisciplinaire aanpak is hierbij veelal aangewezen en vaak essentieel. Aan de hand van een grondige voedings- en bewegingsanamnese, psychologische anamnese en een medische screening wordt bepaald welke interventies het meest geschikt zijn voor de desbetreffende patiënt (Desaive & Dereppe, 2010).

Voedingsinterventie, energie- en vetbeperkt dieet

Deze interventie is erop gericht 5 tot 10% van het oorspronkelijke gewicht te verliezen. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van een energierestictie van 500 tot 1000 kcal ten opzichte van de behoefte. De nadruk ligt hierbij voornamelijk op voedingseducatie en een verbetering van de huidige voedingsgewoonten. Hierbij wordt er in het algemeen gebruik gemaakt van een voorlichtingsmodel (Desaive & Dereppe, 2010).

Bewegingsinterventie

Door lichaamsbeweging aan te moedigen, wordt een reductie van het abdominaal vet en een verhoging van de vetvrije massa bevorderd, wat een gunstig effect heeft op het gewichtsverlies. Onrechtstreeks worden eveneens de cardiovasculaire risicofactoren aangepakt (Desaive & Dereppe, 2010).

Psychologische interventies

De meest gebruikte interventie is cognitieve gedragstherapie (CGT). Deze omvat technieken zoals zelfmonitoring, stressmanagement, stimuluscontrole, probleemoplossend denken en cognitief herstructureren. Het doel is patiënten inzichten en begrip bij te brengen over hun gedachten en overtuigingen met betrekking tot gewichtsregulatie, overgewicht/obesitas en de gevolgen daarvan. Dit bevordert de therapietrouw, het naleven van levensstijlmaatregelen en het gewichtsverlies, en beperkt bovendien de kans op een nieuwe gewichtstoename (Desaive & Dereppe, 2010).

Farmaceutische interventie

Enkel bij zorgvuldig geselecteerde risicopatiënten (BMI \geq 30, of BMI \geq 27 in combinatie met risicofactoren of comorbiditeiten die rechtstreeks verband houden met het overgewicht) kan binnen een langdurige multidisciplinaire aanpak gebruik worden gemaakt van erkende geneesmiddelen (Desaive & Dereppe, 2010).

Chirurgische interventie

Enkel patiënten met ernstige of extreme obesitas en ernstige comorbiditeit komen in aanmerking voor een bariatrische ingreep bij een chirurg (Desaive & Dereppe, 2010).

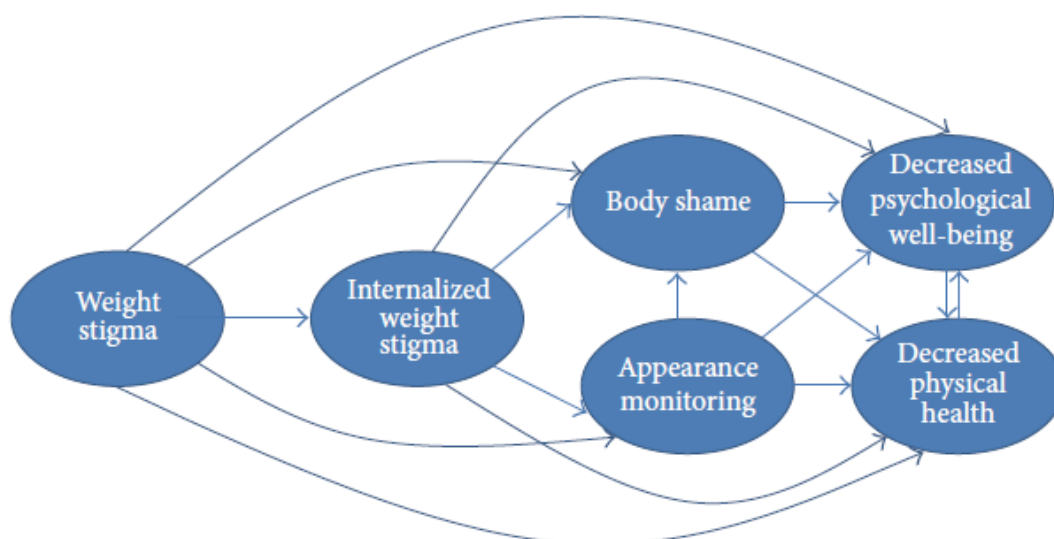
2.1.6 Tekortkomingen bij conventionele interventies

Een reductie van de voedingsinname is de meest gebruikte interventie bij overgewicht en obesitas. Onderzoek van MacLean, Bergouignan, Cornier & Jackman (2011) wees uit dat minder dan 20% van de personen die een poging onderneemt om 10% gewicht te verliezen, hierin slaagt binnen het jaar. Hierbij houdt het gewichtsverlies op korte termijn (3-6 maand) vaak stand. Bij één-derde wordt het verloren gewicht terug gewonnen binnen het daaropvolgende jaar. De meerderheid van de patiënten komt alle verloren kilo's terug bij binnen 3 tot 5 jaar, of heeft een hoger gewicht dan bij de start van de interventie.

Een andere tekortkoming kan gevonden worden bij het feit dat personen met overgewicht of obesitas vaak een psychologisch verstoorde relatie hebben met voeding. Voeding is vaak stressreducerend en emotieregulerend, met als gevolg dat voeding een sterk belonende functie krijgt. Na een periode van een klassiek restrictief dieet, waarbij vaak het geliefkoosde comfort voedsel (rijk aan vetten en suikers) weggelaten worden, stijgt het verlangen naar dit voedsel en zal het belonende effect hiervan nog versterkt worden. In een stressvolle situatie kan het verlangen (craving) naar dit soort belonend voedsel zo sterk zijn dat er niet aan weerstaan kan worden, en de kans op overeten reëel wordt. Na afloop hiervan treedt een gevoel van falen en schaamte op, die op zijn beurt opnieuw stress opwekt en eetbuien kan uitlokken. Op deze manier komt de persoon (terug) in een vicieuze cirkel terecht met toename van het gewicht als resultaat (Mason *et al.*, 2016).

Klassieke interventies zijn er voornamelijk op gericht een gedragsverandering teweeg te brengen, met als belangrijkste doelen een gezond dieet en voedingspatroon, en het bekomen van voldoende lichaamsbeweging. Volgens Schaefer & Magnuson (2014) gaan klassieke interventies hier voorbij aan het intuïtief eten (het innemen van voeding op basis van interne signalen van honger en verzadiging), lichaamsacceptatie en het maken van keuzes op basis van gezondheid en plezier. Hierdoor zouden deze interventies contraproductief werken en psychologische distress, ongezonde eetgewoonten en vervolgens eetbuien en eetstoornissen in de hand kunnen werken. Bovendien concluderen Tylka *et al.* (2014) dat de gewichtsgerichte interventie die veelvuldig worden gebruikt binnen de conventionele diëtetiek kan leiden tot een geïnternaliseerde gewichtsstigma en een vertekend zelfbeeld, wat op zijn beurt zorgt voor lichaamsschaamte, onzekerheid rond

het uiterlijke voorkomen en het verlagen van psychologische welzijn en fysieke gezondheid (zie Figuur 1).



Figuur 1 Theoretisch model van gewicht stigma en de bijbehorende variabelen (Tylka *et al.*, 2014)

Het onderzoek uitgevoerd door Teixeira *et al.* (2015) toont aan dat er eveneens moet worden ingezet op zelfregulatie en intrinsieke motivatie. Deze moderatoren vormen een essentieel onderdeel voor een positieve gewichtsdaling, en een stabiel gewicht eens het gezonde gewicht eenmaal is bereikt.

Om patiënten optimaal te kunnen ondersteunen is een multidisciplinaire samenwerking tussen diëtisten, psychologen en fysiologen de meest aangewezen strategie. Hierbij is transparantie tussen de verschillende zorgverstrekkers van groot belang. Toch geeft dit niet altijd de gewenste uitkomst: behandelingsstrategieën, therapeutische doelen en diensten overlappen elkaar vaak, maar de kennisdomeinen zijn niet dezelfde. Het gevolg kan zijn dat er onbedoeld tegenstrijdige informatie wordt verstrekt, wat de patiënt in verwarring kan brengen (Dejesse & Zelman, 2013). Ter illustratie: de psycholoog raadt aan om te luisteren naar het lichaam, te eten wanneer je het nodig hebt en geen enkele voedingsgroep uit te sluiten. De diëtist(e) daarentegen vraagt zich te houden aan drie hoofdmaaltijden, maximaal drie tussendoortjes en zuinig om te springen met voedingsmiddelen uit de restgroep. Zo is het ook mogelijk dat onvoldoende doordachte anti-obesitasboodschappen (zoals bv. "Je zou meer moeten sporten want je bent te dik", "dikke mensen eten te veel", ...) een negatief lichaamsbeeld en ongezonde dieetpraktijken kunnen aanwakkeren (Vandepuuten & Debray, 2013). Het spreekt voor zich dat dergelijke situaties de therapie niet ten goede komen.

2.2 MINDFULNESS

2.2.1 Basis Mindfulness

'Mindfulness' is gebaseerd op een 2500 jaar oud boeddhistisch concept. Brown, Ryan & Creswell (2007) definiëren Mindfulness als een ontvankelijke aandacht voor, en bewustwording van, de huidige gebeurtenissen en ervaringen. Ontvankelijk betekent met een open, nieuwsgierige en niet oordelende aandacht kijken naar interne en externe gebeurtenissen. Bewustwording of 'awareness' is het bewust registreren van stimuli, met inbegrip van de vijf zintuigen (voelen, ruiken, proeven, horen en zien), de kinesthetische zintuigen (met betrekking op beweging), en de activiteiten van de geest (emoties, gevoelens en gedachten). Wanneer daarentegen 'mindless' wordt waargenomen, gebeurt dit veelal snel, oordelend in goed, slecht of neutraal, gekleurd door eerdere ervaringen en geassimileerd in bestaande cognitieve schema's. Met de huidige gebeurtenis wordt op het heden gericht bewustzijn bedoeld, noch in het verleden noch in de toekomst maar hier en nu.

Volgens Brewer (2016) is het doel van Mindfulness de onderliggende oorzaken van stress en/of lijden te leren identificeren. Het biedt een praktische instrument om dit lijden en deze stress te verzachten. Volgens dit boeddhistische concept zou de belangrijkste oorzaak van dit lijden (letterlijk vertaald als 'ziekte') een soort verslavend verlangen en een gehechtheid aan of onderhoud van dit verlangen zijn. Dit verlangen kan vele vormen aannemen, waaronder hunkering naar stoffen (bv. drugs, chocolade, ...), een bepaald type uiterlijk (bv. mager willen zijn, meer gespierd willen zijn, ...) en zelfs maatschappelijke status en macht (bv. gerespecteerd worden, ...). Het 'genezen' van lijden is de ontworteling van het verlangen zelf, en dit door het ontwikkelen van onderscheidingsvermogen via verschillende meditatieve en contemplatieve praktijken.

Met andere woorden: Mindfulness gaat over een actieve staat van de geest. Een staat waarin je waarnemingen in het hier en nu opmerkt: wat er is, wat er komt en wat er gaat qua gedachten, gevoelens, sensaties en emoties, zonder deze te willen veranderen of manipuleren. Deze gewaarwordingen kunnen zowel prettig als pijnlijk en onprettig zijn, maar ook bij deze laatste vraagt Mindfulness om volledig aandachtig te blijven en een houding van mildheid en mededogen te ontwikkelen tegenover het ongemak, de stress of het lijden. Dit lijkt eenvoudig maar we zijn vaak geneigd af te dwalen naar het verleden en/of de toekomst, en zijn experts in het negeren van negatieve gewaarwordingen.

*Yesterday is history,
Tomorrow is a mystery,
Today is a gift,
Which is why we call it "the present".
(Bil Keane)*

2.2.2 Mindfulness in de medische setting

2.2.2.1 Geschiedenis

Mindfulness werd voor het eerst geïntroduceerd in een medische setting door Jon Kabat-Zinn in 1990. Zijn methodiek, de Mindfulness Based Stress Reduction genoemd, wordt toegepast bij patiënten met pijn- en psychosomatische klachten. Van Vreeswijk, Broersen & Schurink (2009) beschrijven het pionierswerk dat Teasdale en collega's in 1995 hebben verricht. Het ontbreken van een succesvolle aanpak bij recidiverende depressie was voor hen de aanleiding om de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) te ontwikkelen. Beiden werden op effectiviteit onderzocht en worden als werkzame behandelingen beschouwd. Andere behandelingen waar Mindfulness een belangrijke plaats in neemt zijn Dialectische Gedragstherapie (DGT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) en Mindfulness-Based Eating Awareness Therapy (van Vreeswijk, Broersen & Schurink, 2009).

2.2.2.2 Plaats van Mindfulness binnen een behandeling

Ondanks de goed ondersteunde klinische efficiëntie van een Mindfulness behandeling, is het cruciaal te vermelden dat Mindfulness geen remedie is die de symptomen kan en zal wegnemen, maar daarentegen bedoeld is als ondersteuning. Mensen in nood hebben een natuurlijk verlangen een oplossing te vinden voor hun lijden. Dit is bijzonder relevant voor het westerse medische systeem, aangezien moderne geneeskunde met al zijn successen en voordelen niet altijd in staat is de chroniciteit van bepaalde ziekten weg te nemen. Mindfulness kan helpen om te leren leven met de realiteit van een huidig moment, te zoeken naar de beste manier om goed voor zichzelf te zorgen en een gepaste houding aan te nemen tegenover het symptoom of ongemak, in plaats van een directe poging te ondernemen om een symptoom weg te nemen (Sauer, Lynch, Walach & Kohls, 2011). Kortom, Mindfulness verlicht de ervaren pijn en de persoon leert met de pijn om te gaan, de pijn te accepteren of te gedogen door mindful te zijn.

2.2.2.3 Effecten van Mindfulness

Mindfulness is een meditatietechniek die door de meeste mensen beoefend kan worden op een willekeurige plaats. Er kan gesteld worden dat het een positief effect heeft op de algemene gezondheid, waaronder een verbetering van het geestelijk welzijn, de slaapkwaliteit, een vermindering van disfunctionele gedachten, angst, depressie, woede/vijandigheid, vermoeidheid en zelfredzaamheid (National Center For Complementary And Integrative Health, 2016). Verschillende studies geven bovendien aan dat Mindfulness meditatie kan helpen bij het voorkomen van, het omgaan met, en het verminderen of herstellen van medische aandoeningen. Bij ulcerosa colitis patiënten met een hoge stress reactiviteit (hoge gepercipieerde stress en urine cortisol) bleek er na Mindfulness based stress reduction (MBSR) training geen verschil terug te vinden in het aantal of de ernst van de klachten tijdens de remissie, maar wel een opmerkelijke hogere

levenskwaliteit tijdens periodes van opflakkingen (Jedel *et al.*, 2014). Ook bij patiënten met Irritable Bowel Syndrome (IBS) bleken de ernst van de symptomen af te nemen vlak na een Mindfulness training en dit op middellange termijn (Gaylord *et al.*, 2011).

Een verhaal over een man en zijn paard:

Een paard galoppeert met een stevige snelheid, en het ziet eruit alsof de ruiter en paard dringend op weg zijn naar iets heel belangrijks. Een voorbijganger roept naar de ruiter: 'Waar ga je naartoe?' De man roept terug: 'Geen idee! Vraag dat aan het paard!' (Thich Nhat Hanh geciteerd door Prins & Wolters, 2010)

2.3 MINDFUL EATING

Zoals in de vorige hoofdstukken besproken, zijn de fysiologische prikkels van het lichaam niet de enige factoren die een rol spelen bij (over)eten. Onbewust dragen ook interne factoren (zoals emoties, gevoelens, gedachten,...) en externe factoren (zoals geur en kleur van voeding, grootte van verpakkingen, verlichting in de winkel, aanbod, aanwezigheid van televisie, gsm,...) bij tot het geconsumeerde volume én de tweehonderd eetbeslissingen die gemiddeld dagelijks genomen worden. Deze factoren maken het op individueel niveau moeilijk omtrent wat en hoeveel gegeten of gedronken 'mag' worden (Wansink & Sobal, 2007). Personen met een verstoord eetgedrag worden net extreem beïnvloed door deze interne en externe triggers: ze kunnen externe cues moeilijk weerstaan, hebben moeilijkheden met het reguleren van hun emoties en hebben het contact met de lichamelijke interne voedingsregulering verloren (Smart *et al.*, 2015). In een poging tot regulatie van de voedingsinname passen deze personen de vooropgestelde consumptienormen vaak erg nauwkeurig toe. Hierbij wordt men (veelal onbewust) verleid tot overeten waarbij fysieke signalen van honger en verzadiging genegeerd worden (Wansink & Sobal, 2007 en Ogden *et al.*, 2012). Bovendien worden de zintuiglijke gewaarwordingen van het voedsel, zoals kleuren, geuren en smaak bij automatisch eten nauwelijks nog geregistreerd.

Mindful Eating of 'bewust eten' is een specifieke aanpak gericht op de bewustmaking van alle handelingen, gedachten, emoties, gevoelens en motivaties voor, tijdens en na het eten. Door het proces van bewustwording komt de persoon dichterbij zichzelf en wordt opnieuw vertrouwd in het eigen lichaam en op de regulerende functies van het organisme. Dumont (2014) omschrijft het bewust of mindful eten als:

- op een niet-oordelende manier aandacht schenken aan het moment van de maaltijd;
- rekening houden met de interne processen en de externe omgevingsfactoren die eetgewoonten beïnvloeden;
- openstaan voor gedachten, emoties en lichamelijke gewaarwordingen voor, tijdens en na de maaltijden.

2.3.1 Oorsprong

Mindful Eating gaat over de bewustwording van eetgedrag, en vindt zijn oorsprong in de verschillende Mindfulness stromingen zoals beschreven in 2.2.2.1. In 2006 werd The Center for Mindful Eating (TCME, www.thecenterformindfuleating.org) opgericht, een pionier op vlak van Mindful Eating. Deze web gebaseerde Amerikaanse non-profit en niet-religieuze onderneming wordt bestuurd door een multidisciplinaire en internationale Raad van Bestuur. Hun belangrijkste doelstelling is het helpen van professionals, instellingen en het grote publiek met de implementatie van uniforme Mindful Eating praktijken.

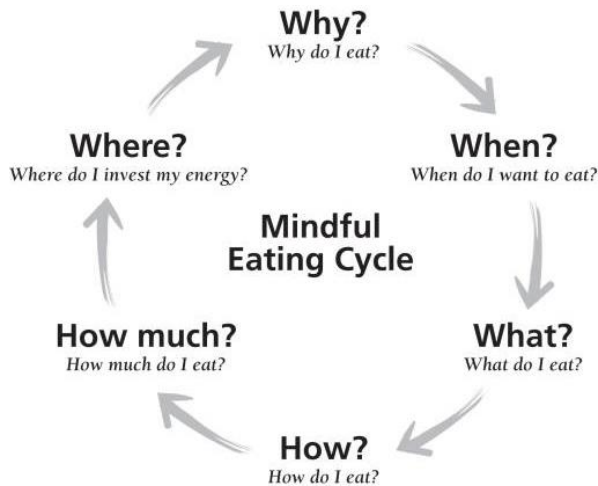
Het TCME ontwikkelde concrete klinische programma's met bijhorende protocollen:

- Mindfulness Based Eating Awareness Training (MB-EAT) werd opgestart door klinisch psychologe Jean Kristeller en past de belangrijkste ontwikkelingen uit de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) toe op mensen met eet- en gewichtsproblemen;
- Mindful Eating Conscious Living training (ME-CL) werd ontwikkeld door meditatielerares en arts Dr. J. Chozen Bays. Hierbij worden negen soorten honger als ankerpunten gebruikt om onderliggende stoornissen bloot te leggen (zie 2.3.2.2).

2.3.2 Principes en inhoud

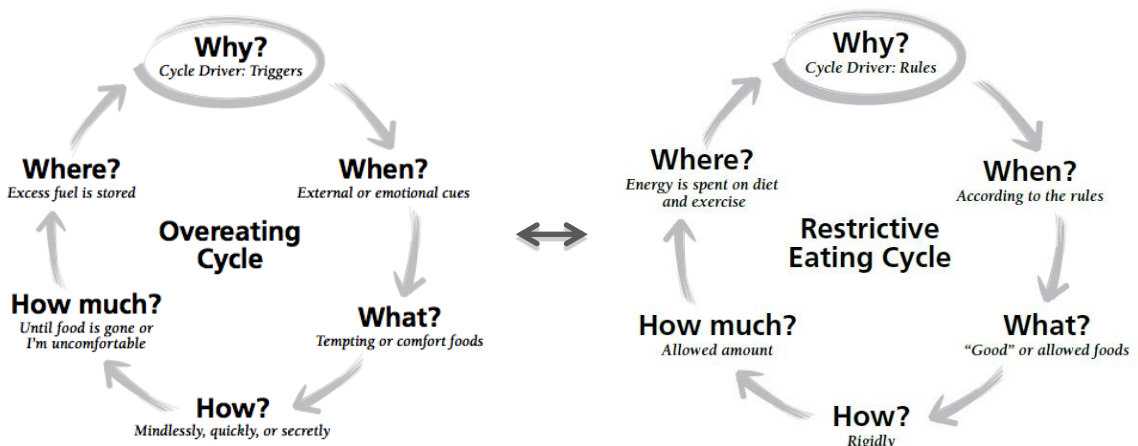
Mindful Eating streeft dezelfde gezondheidsvoordelen na als Mindfulness, waarbij de technieken ondersteuning kunnen bieden bij het verkrijgen van een aangename en evenwichtige relatie met voeding. Met behulp van de Mindful Eating Cycle kan begrepen worden hoe (on)bewuste beslissingen over eten gemaakt worden, en hoe elke beslissing invloed heeft op andere gemaakte keuzes. De Mindful Eating Cycle, zoals voorgesteld in Figuur 2, bestaat uit zes fasen die een antwoord bieden op zes verschillende vragen (May, 2013):

- **Waarom:** Waarom eet ik? Wat drijft mijn eetgedrag en -cyclus op specifieke momenten?
- **Wanneer:** Wanneer wil ik eten? Wanneer denk ik over eten? Wanneer beslis ik om te eten?
- **Wat:** Wat eet ik? Wat kies ik uit alle beschikbare opties?
- **Hoe:** Hoe eet ik? Op welke manier consumeer ik voeding?
- **Hoeveel:** Hoeveel eet ik? Hoeveel brandstof verbruik ik?
- **Waar:** Waarin investeer ik mijn energie? Waar gaat de brandstof ik heb opgenomen naartoe?



Figuur 2 The Mindful Eating Cycle (May, 2013)

May (2013) beschrijft een gekoppelde 'Overeating Cycle' en 'Restrictive Eating Cycle' (zie Figuur 3), waarbij de Mindful Eating Cycle toegepast wordt op respectievelijk overeten en restrictief eetgedrag. Hierdoor wordt een beter inzicht bekomen in wat er zich in werkelijkheid afspeelt in geval van dergelijk verstoord eetgedrag.



Figuur 3 Restrictive Eating Cycle & Overeating Cycle (May, 2013)

Wanneer gegeten wordt als reactie op externe, fysieke of emotionele triggers, kan tijdelijk een stressreducerend of emotieregulerend effect optreden. Uit frustratie wordt vaak beslist om op dieet te gaan, in de hoop opnieuw controle over het eetpatroon te krijgen. Er wordt overgeschakeld naar de 'Restrictive Eating Cycle'. Klassieke voedingsmodellen richten zich hierbij hoofdzakelijk tot 'wat', 'wanneer' en 'hoeveel' er gegeten mag worden, waardoor personen op dieet een gevoel van controle ervaren, weliswaar extern opgelegd onder de vorm van restrictieve dieet- en voedingsadviezen. Bovendien wordt comfortvoeding vaak gelinkt aan zondigmomenten waardoor deze 'ongezonde' voeding een verhoogd beloninggerelateerde gevoel geeft. Onder druk van deze 'craving' en de cognitieve belasting, hetgeen een dieet met zich meebrengt, bezwijkt men opnieuw, en dit in reactie

op andere signalen dan honger. Er wordt afgeweken van het dieet, gevoelens van schuld komen naar boven en men geeft op. Hierbij wordt opnieuw verschoven naar de 'Overeating Cycle' (May, 2013). Mindful Eating richt zich op het onbewuste eetgedrag met betrekking tot deze zes fasen, waardoor de echte behoeften niet langer genegeerd worden. Een Mindful Eating training omvat gemiddeld acht sessies gedurende acht weken waarbij aan de hand van formele en informele meditatie-, eet oefeningen en (groep)discussies onder meer onderstaande topics worden behandeld (Baerten, 2016b).

2.3.2.1 Basisprincipes Mindfulness en het leren mediteren met een focus op de ademhaling

Tijdens een eerste kennismaking met Mindfulness worden verschillende basisvaardigheden aangeleerd, zoals bewustwording van automatisch gegenereerde gedachten, gevoelens en lichaamssensaties aan de hand van enkele basisoefeningen. Zo leert de meditatieoefening 'Ademfocus' of 'Adempauze' deelnemers de aandacht op één element te richten: de ademhaling. Een belangrijk aspect van de oefening is het telkens opnieuw opmerken dat de aandacht afdwaalt, alsof de automatische piloot wegrijdt. Door deze slingerbeweging, die verschuift van de bewuste ademhaling naar gedachten (in het verleden en de toekomst, fantaserende, beschrijvende, oordelende gedachten,...) te observeren, biedt deze oefening de gelegenheid om even gas terug te nemen en de situatie met een meer objectieve blik te bekijken. Hierdoor worden meer keuzemogelijkheden zichtbaar (Baerten, 2016b). Later wordt de adempauze uitgebreid tot een focus op het lichaam, de zintuigen, geluiden, gedachten en emoties met behulp van oefeningen zoals de 'Bodyscan', 'Mindful wandelen',... Door de meditatie informeel een paar keer per dag toe te passen op een geduldige, vriendelijke en milde manier wordt op lange termijn meer rust, helderheid, scherpte en alertheid ervaren gedurende het dagdagelijkse leven.

Een tweede belangrijke oefening is de basismeditatie 'Mindful Eten'. Met behulp van een rozijn wordt de mate van honger op een schaal van nul tot tien bepaald. Daarnaast onderzoekt men de rozijn als een wetenschapper op missie, alsof men de rozijn nog nooit gezien heeft, en dit aan de hand van de vijf zintuigen. Door deze oefening in het dagdagelijkse leven met verschillende soorten voeding en drank uit te proberen, wordt het geleidelijk aan eenvoudiger om meerdere soorten honger te voelen, in te schatten en te herkennen (Chozen Bays, 2010). Bovendien leidt het beoefenen van deze techniek in de dagdagelijkse omgeving tot een verhoging van de levenskwaliteit. Dit werd onderzocht in een recent onderzoek (Hong *et al.*, 2011). Hierbij kwamen de onderzoekers tot de conclusie dat de techniek van het mindful eten van rozijnen, indien toegepast op alledaagse taken en belevenissen (zoals bv. boodschappen doen, koken, wandelen met de hond), resulteert tot een hogere betrokkenheid. Vertrouwde ervaringen werden hierdoor op een meer plezierige en bevredigende manier ervaren, terwijl deelnemers ook een verhoogde bereidheid hadden om eerder vermeden ervaringen te verkennen (Hong *et al.*, 2011).

2.3.2.2 Het herkennen en verkennen van de verschillende soorten honger

Lichamelijke signalen zijn de beste raadgevers als het op honger aankomt, en laten zich meestal horen én voelen aan de hand van geluiden, samentrekkingen, leegte, eisende gedachten ('Ik moet onmiddellijk eten'), concentratieverlies,... Door met afwisselend gesloten en geopende ogen een klein stukje voeding (bv. rozijn, stukje chocolade, koekje) te verkennen aan de hand van gedachten, gevoel, textuur, kleur, geur,... worden de fysiologische, zintuigelijke én mentale hongers stuk voor stuk ervaren. Op deze manier worden de verschillende redenen tot eten geanalyseerd. Hierbij kunnen negen soorten honger onderscheiden worden:

- **ooghonger** is het contact dat de ogen maken met voedsel (Baerten, 2016b). Het fenomeen 'honger van de ogen' is goed gekend bij adverteerders en ondernemers. Reclameboodschappen in grootwarenhuizen en tijdschriften, prachtige foto's in kookboeken, uitnodigende etalages en de vele kookprogramma's spelen hier gretig op in. Bovendien overstemt de kracht van de ogen alle andere verzadigingssignalen (Chozen Bays, 2010). Ooghonger wordt gestild door het visuele genieten van lekker uitzierend voedsel;
- **neushonger** is een honger die gestild wordt door het genieten van een geur. Het besef dat geuren een primitief en krachtig effect op de onbewuste geest hebben, geeft vaak een geruststellend effect;
- **mondhonger** is het verlangen van de mond naar een plezierige sensatie (Chozen Bays, 2010). Deze sensatie kan smaak zijn (zoet, zout, zuur, bitter, umami), maar ook textuur (smeuig, krokant, sappig). Door langzaam en bewust te eten, kan een variëteit aan smaken en texturen ervaren worden (Baerten, 2016b). Mondhonger wordt bevredigd door voedsel te verkennen met de mond zoals bv. het laten smelten van chocolade in de mond en het daarbij verkennen van alle smaakfacetten;
- **oorhonger** staat voor de reactie op het horen van een geluid in verband met eten (bv. het horen van een verpakking, het kraken van chips in de mond of het horen van een verhaal over een heerlijke maaltijd);
- aan **huidhonger** wordt in onze huidige maatschappij weinig aandacht gegeven. Het aanraken van voeding met de vingertoppen, lippen en mond kan voor veel inzichten zorgen (bv. houden van een bepaalde textuur of 'bite', maar niet van de smaak);
- **maaghonger** is een fysiologische honger die optreedt wanneer de maag leeg is. Ook de hongercyclus van de maag wordt geconditioneerd op basis van voedingsgewoonten zoals bv. het krijgen van honger om 12:00 u. De maaghonger gaat weer liggen na het krijgen van een bepaalde hoeveelheid voedsel;
- **cellulaire honger** is een fysiologische honger van onze cellen wanneer onze energiereserve laag is. Hierbij vragen de lichaamscellen meer brandstof om het lichaam warm en in leven te houden. Wilde dieren overleven op basis van deze honger, waarbij de cellulaire honger gelijkgesteld wordt aan eten of drinken. De menselijke honger bestaat echter uit veel meer impulsen (Chozen Bays, 2010). Een voorbeeld hiervan is het 'zich slap voelen', als er sprake is van een lage bloedsuikerspiegel. De cellulaire honger is voor veel personen erg moeilijk te detecteren en wordt gestild door het ontvangen van de juiste energiebron;

- **gedachtenhonger** wordt beïnvloed door alle informatie die we lezen, horen, zien of ooit eens hebben opgeslagen. De gedachten denken bovendien vaak met tegengestelden als goed en slecht: "Ik zou moeten...", "Ik zou dit niet mogen..." (Baerten, 2016b). Door gedachten op te merken en er zich bewust van te worden, kan ervaren worden dat gedachtenhonger niet door voeding te stillen is;
- **harthonger** of emotionele honger komt voort uit een nood om zich beter te voelen of (n)iets meer te voelen. De enige manier om deze leegte te vullen is echter het te voeden met innerlijke warmte, zelfzorg, mildheid en liefdevol mededogen (Baerten, 2016b). Emoties zijn niet te stillen met voedsel.

Mindful Eating leert personen deze negen soorten honger te herkennen en te verkennen. Terwijl de enige twee fysiologische soorten honger, de maaghonger en cellulaire honger, erop gericht zijn om ons lichaam te voeden, reageren we echter veel vaker op de zeven andere soorten honger. Bovendien kan ook de maaghonger geconditioneerd worden en wordt ook hier aandachtig gewerkt op automatische reactiepatronen. Door het doelgericht trainen van de aandacht en de bewustwording voor fysiologische signalen, kan een Mindful Eating interventie honger- en verzadigingsgevoelens evalueren. Bovendien is op die manier ruimte voor meer aangepast en heilzame geconditioneerde patronen (Dalen *et al.*, 2010). Zo is het belangrijk lichamelijke hongersignalen niet te negeren. Hierdoor krijgt men teveel honger, waardoor het uiteindelijke erg moeilijk wordt om rustig en aandachtig te eten, en zich niet te overeten.

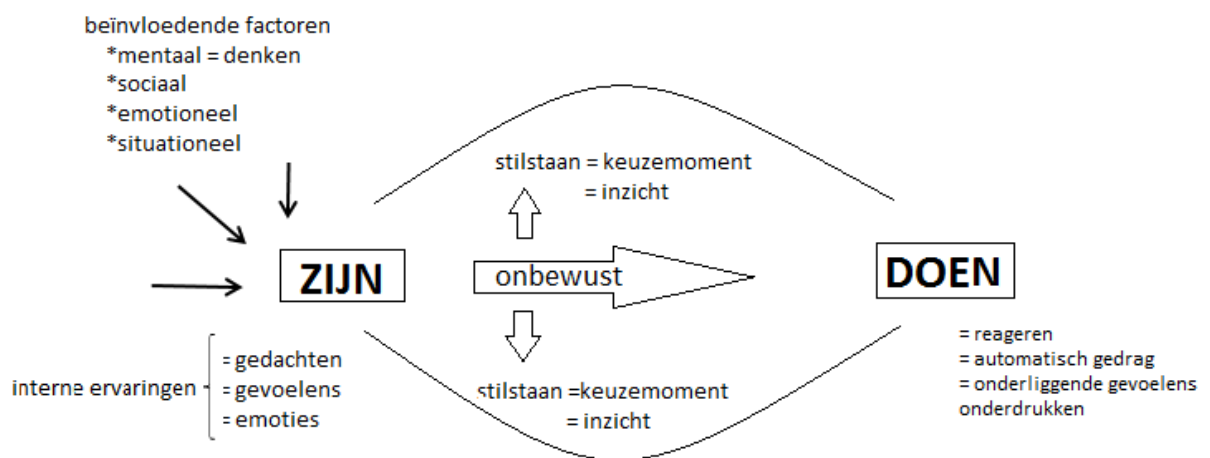
Wanneer personen vóór een eetmoment door middel van een 'Bodyscan' nagaan welke soorten honger aanwezig zijn, en deze een cijfer van één tot tien geven, wordt een eerste fijngevoeligheid ontwikkeld. Daarnaast observeert men bijkomend welke gedachten, gevoelens en lichamelijke reacties er opkomen (bv. onrust, schaamte, stress, angst, verdriet, woede,...). Door deze bewustwording kunnen weloverwogen keuzes gemaakt worden, én kan een onderscheid gemaakt worden tussen wat het lichaam nodig heeft en wat de geest graag wil proeven.

*« Als je er niet zeker van bent dat je honger hebt, dan heb je waarschijnlijk geen honger. »
(Prins & Wolters, 2010)*

2.3.2.3 Het identificeren van geconditioneerde patronen rond voeding

Elk individu heeft, vaak onbewust, geconditioneerde relaties met voedsel onder invloed van vele factoren: familiale context, culturele invloeden, maatschappelijke factoren (advertenties, televisie, tijdschriften, films,...), sociale omgeving,... Gaandeweg leert iedereen wat 'goede' en 'slechte' voeding is, worden associaties gemaakt en doet men meer conditioneringen op. Bovendien leveren sommige voedselsoorten, zoals suiker, zout en vet, een eigen positieve bekrachtiging in de vorm van aangename smaaksensaties en verbetering van onze stemming (Chozen Bays, 2010). Mindful Eating tracht een inzicht te geven in het eetgedrag door middel van een open, nieuwsgierige houding aan te nemen in plaats van een kritische houding ten opzichte van gewoontepatronen. Door met aandacht

de gedragsketen rond eten (trigger, hongergevoel, het eten zelf en eventueel het verzadigingsgevoel) te observeren is het mogelijk het ingesleten patroon te wijzigen omdat er een keuzemoment ontstaat (Hulsbergen, 2010). Er ontstaat als het ware ruimte om in het begin van de reactieve gedragsketen in te grijpen, en een onderscheid te maken tussen interne ervaringen en het daarop volgende automatische gedrag (zie Figuur 4). Hierdoor wordt innerlijke reflectie mogelijk omtrent werkelijke behoeften en drijfveren. Daarnaast is het belangrijk te benadrukken dat de behoefte tot een bepaalde handeling niet moet worden onderdrukt. Wanneer de behoefte op een niet oordelende, milde en accepterende manier toegestaan wordt, zal deze op lange termijn uitdoven. Er ontstaat een gedecentreerde houding, waardoor het niet-reageren mogelijk wordt. Zo kan vertrouwen met onderliggende gevoelens, die mogelijks door het gedrag worden onderdrukt, opgemerkt worden (Hulsbergen, 2010).



Figuur 4 Reactieve gedragsketen tussen het 'zijn' en het 'doen'

Een belangrijke oefening hierbij is het terughalen van hoe maaltijden in iemands jeugd ervaren werden, door een persoon een typerende maaltijd te laten beschrijven tussen de leeftijd van vijf tot tien jaar. Door hierover in groep te vertellen kunnen mogelijke reactieve patronen rondom voedsel ontdekt worden (bv. voedsel werd verkregen als beloning of straf, iemand had steeds een geheime voorraad voedsel, angst voor hongersnood,...).

2.3.2.4 Bewustwording van het lichaam én fysieke en emotionele signalen die leiden tot eten

Aan de hand van formele en informele oefensuggesties worden automatische reactiepatronen op prikkels gedefinieerd en geanalyseerd. Deze prikkels kunnen leiden tot mindless eetgewoonten en worden in onderstaande categorieën ingedeeld (Baerten, 2016b):

- **verlangen** – eten omwille van het aangename gevoel tijdens het eten (bv. gezelligheid);
- **aversie** – eten als reactie op onaangename fysieke en/of emotionele ervaringen (bv. angst, boosheid, eenzaamheid);
- **rusteloosheid** – waarbij eten een manier wordt om tijd te vullen of te verdrijven;
- **gemak** – wie mentaal te vermoeid is om heilzame keuzes te maken, grijpt vaak naar fast food/kant-en-klare gerechten aanwezig in de leefomgeving;
- **twijfel** – het niet kunnen onderscheiden van honger en 'goesting'.

Het is belangrijk zich bewust te zijn van automatische reactiepatronen als een samenspel in hoe dagelijks met voeding omgegaan wordt. Bij personen met een verstoord eetgedrag zorgt een blik in de spiegel of het cijfer op de weegschaal al voor kwaadheid (aversie), waardoor beslist wordt het anders aan te pakken (verlangen) en geen rotzooi meer te eten (aversie). Door iets weg te duwen wordt het verlangen enkel aangewakkerd, en wanneer men dan toch kiest voor de 'ongezonde' voeding, volgt vaak een gevoel van schuld, schaamte en kwaadheid. Dit vormt een perfecte bodem voor een volgende eetbui (Prins & Wolters, 2010). Deze cirkel kan doorbroken worden door meer inzicht te krijgen in het eigen functioneren en denken. Door bewust, niet-oordelend en op een mild manier mindless eetmomenten te observeren (bv. het eten voor de televisie, bij familie, op restaurant, na een vermoeiende dag op het werk, het 'niet' eten...) kunnen automatische reactiepatronen op zintuiglijke, lichamelijke, emotionele en mentale prikkels opgemerkt worden. Noteren waar en wanneer specifieke eetgewoonten naar boven komen, zorgt voor de nodige bewustwording op gebied van reacties, voorkeuren, smaken en gewoonten. Hierdoor worden individuele inzichten en bewustzijn verkregen in verband met hoe men voedsel ziet. Een verhoogd metacognitief bewustzijn (een beter inzicht in onze besluitvormingsprocessen) leidt waarschijnlijk tot gezondere beslissingen (Forman & Butryn, 2014). Het induceert een verschuiving van een mindless naar een mindful bestaan.

*« Food is one of the greatest pleasures of life, and pleasure is good medicine »
(Hudnall geciteerd door The Center of Mindful Eating, 2016)*

2.3.2.5 Het herkennen en verkennen van niet-honger triggers

Een "trigger" wordt gedefinieerd als een stimulus die een (reeks) reactie(s) initieert. Concreet houdt dit in dat elke "trigger" een automatische en/of onvermijdelijke reactie uitlokt. Enkele triggers die aanleiding kunnen geven tot eten zijn (Baerten, 2016b):

- **emotionele triggers** waarbij emoties als kwaadheid, verdriet, verveling, angst, schuldgevoel, schaamte, afkeer, bezorgdheid,... ervoor zorgen dat iemand gaat (over)eten;
- onder **sociale triggers** verstaat men het (over)eten in aanwezigheid van anderen (bv. blijven eten aan een buffet, een zevengangen menu op restaurant,...);
- **situationele triggers** zijn erg gevarieerd en zorgen voor (over)eten bij specifieke opportuniteiten of activiteiten (bv. langs een bakker passeren = taart kopen, naar de cinema gaan = popcorn eten,...);

- **fysiologische triggers** kunnen gelinkt worden aan de fysieke soorten honger. (Over)eten is hierbij een gevolg van een respons op fysieke factoren (bv. eten omwille van een extreem hongergevoel, na het overslaan van maaltijden,...);
- **mentale triggers** zijn vaak gewoontepatronen en alles-of-niets-gedachten (bv. 'Ik weet dat er snoep, koekjes, chips,... in de kast zitten', 'Ik moet mijn bord leegeten', 'Nog even alle remmen los, want na het weekend is het gedaan'). Indien de mentale gedachten zo sterk worden dat deze het eetgedrag controleren, is het belangrijk zich bewust te worden van de innerlijke criticus. De innerlijke criticus kan verschillende vormen aannemen zoals bv. de rechter met veroordelende gedachten, de diëter die onderhandelt over eetgedrag, de perfectionist die zegt dat het nooit goed genoeg is, de twijfelaar die (eet)gewoonten altijd in vraag stelt... Wanneer de hulpverlener ziet dat een persoon geen vrije keuze meer heeft en de gedachten het eetpatroon domineren en controleren, is bewustwording van vitaal belang. Door het besef dat gedachten tijdelijk zijn, als het ware een oordelende, kritische, perfectionistische of twijfelende bril die opgezet wordt, kan verlichting en een meer ontspannen relatie met voeding ervaren worden.

Door zich bewust te worden van interne en externe triggers (en vaak erg diep ingesleten patronen) kan men het inzicht verkrijgen dat een bepaalde situatie niet kan opgelost worden met eten. Deze bewustwording kan verkregen worden door situaties, gedachten, fysieke gevoelens en emoties te linken aan eetgedrag. Ook de 'Adempauze' en 'Bodyscan' kunnen helpen om bepaalde fysieke gevoelens, verbonden aan emoties en eetgedrag, te herkennen (Baerten, 2016b).

2.3.2.6 Verzadiging, nutritionele waarde en een optimale tevredenheid

Lichamelijke verzadiging betekent stoppen wanneer de maag bijna volledig gevuld is. Na het oefenen op het bewust zijn van de negen soorten honger, volgt het zoeken naar een punt van comfortabel gevuld zijn. Het is mogelijk dat iemand nooit een verzadigend gevoel ervaart als gevolg van jarenlang overeten. Dit kan veroorzaakt worden door controleverlies ten gevolge van te lange restrictie, overvol eten om negatieve emoties niet meer te hoeven voelen, mondhonger, de neiging om altijd het bord vol te scheppen en volledig leeg te eten, of het jarenlang negeren van verzadigingssignalen (Baerten, 2016b).

Mindful Eating omvat verschillende technieken die aanleren hoe om te gaan met overeten, zoals het controleren van het individuele niveau van verzadiging en bevrediging, het beginnen met een kleinere portie, het aanleren om langzamer te eten, het afstand nemen van eten door bij elke maaltijd een hap achter te laten op het bord, en een evenwicht te vinden tussen gevuld zijn en nog zin hebben om verder te eten (Baerten, 2016b). Andere technieken die hiervoor tijdens informele oefeningen gebruikt worden zijn: een maaltijd alleen, in stilte en zonder afleiding eten, en tussen elke hap het bestek neerleggen. Deze pauzes geven de kans om naar honger- en verzadigingssignalen van het lichaam te luisteren.

In een verdere stap wordt gewerkt aan het kiezen van voedsel, zowel voor plezier als de nutritionele waarde. Door bovenstaande oefeningen op dagelijkse basis toe te passen wordt de persoon zich erg bewust van zowel de interne als externe omgeving tijdens het eten. Hierdoor wordt het accepteren van alles wat er effectief is eenvoudiger en kan er op individueel niveau geleerd worden om opnieuw oprecht te genieten van voedsel.

2.3.2.7 Het verhogen van het zelfbeeld en verminderen van de cognitieve belasting

Zoals besproken in 2.1.3.2 ontwikkelen personen met overgewicht vaak lichaamsontevredenheid ten gevolge van stigmatisatie. Dit leidt veelal tot een negatief zelfbeeld, een obsessieve gewichtsfocus en bijgevolg verstoord eetgedrag. Daarnaast kunnen ook personen met een normaal gewicht kampen met een ernstig verstoord eetgedrag ten gevolge van een negatief zelfbeeld. Ook hier heeft het negatieve zelfbeeld vaak een onderliggende emotionele oorzaak. Mindful Eating leert deelnemers hoe ze hun gewichtsconditionering kunnen observeren en accepteren met een bepaalde mildheid. Het herstellen van een gezonde relatie met voeding wordt onder andere bekomen door de focus van het cijfer op de weegschaal te verschuiven naar een focus op interne kwaliteiten. Dit is enkel mogelijk door de werkelijke oorzaak van het verstoorde eetgedrag aan te pakken. Bovendien wordt aangeleerd dat gezonde lichamen in alle vormen en formaten voorkomen, zonder perfectie na te streven. Door een focus te leggen op 'zich goed voelen', in plaats van 'er goed uitzien' wordt een basis voor een levenslange zelfzorg benadrukt.

Daarnaast is er bij Mindful Eating geen sprake van een calorierestrictie of 'goede' en 'slechte' voedingsmiddelen waardoor de cognitieve belasting ('iets niet mogen eten') afneemt en de vicieuze cirkel van restrictie – overeten – restrictie, vaak met gevoelens van schaamte en schuld, doorbroken wordt (O'Reilly *et al.*, 2014). Bovendien wordt het niet-oordelend en acceptierend verkennen van gedachten, en het besef dat dit geen feiten zijn, als een opluchting ervaring (Godfrey, Gallo & Afari, 2014).

2.3.2.8 Gedragsverandering op lange termijn door verhoogde zelfregulatie en intrinsieke motivatie

(Over)eten als een reactie op interne en externe signalen en/of het hebben van een beperkte lichamelijke activiteit kan opgevat worden als een falen van de zelfregulering (Forman & Butryn, 2014). Door niet-oordelend, mild en acceptierend stil te staan bij gevoelens, emoties en gedachten tijdens reactief gedrag (bv. het eten bij verdriet), kan er afstand genomen worden van automatische patronen. Deze bewustwording creëert een bepaalde ruimte tussen het 'zijn' ('Ik voel me verdrietig') en het 'doen' ('Ik eet een volledige zak chips op'). Het uiteindelijke doel is meer vrijheid in het eigen handelen ('Mijn gedachten zeggen me dat ik die zak chips moet opeten, maar ik besef dat ik me hierdoor niet beter zal voelen'). Door het doorbreken van deze geconditioneerde patronen ervaren individuen een hoger zelfregulerend vermogen en dit naast een verminderde emotionele reactiviteit en een toenemende nood aan tolerantie en zelfacceptatie (Mason *et al.*, 2016).

Mindful Eating wordt onder andere gebruikt om intrinsieke en autonome motivatie te stimuleren. Aangezien de gedragsanalyse bij Mindful Eating door het individu zelf, en in een specifieke situatie gebeurt, vinden hier geen externe invloeden plaats. Dit type van motivatie speelt een belangrijke factor in gedragsverandering op lange termijn. De gedragsverandering op zich is echter geen doelstelling om zodoende het proces niet te beïnvloeden. Meer lange termijnonderzoeken zijn echter nodig om de positieve effecten van de gedragsverandering te registreren (Katterman *et al.*, 2014).

2.3.2.9 Acceptatie

Een Mindful Eating training beoefent verschillende vormen van acceptatie, waarbij het loslaten van dwingende gedachten en oude patronen in vele oefeningen behandeld worden. Zo wordt er in eerste instantie gewerkt op het accepteren van innerlijke ervaringen, zoals gedachten, gevoelens en lichamelijke sensaties. Vervolgens wordt gewerkt aan het accepteren van het lichaam (uiterlijk, gezondheid, beperkingen, eigen grenzen), het accepteren van zichzelf (persoonlijke eigenschappen en schaduwkanten, kwaliteiten en valkuilen) en het accepteren van de huidige manier van omgaan met eten en de mogelijkheid tot het bewust worden hiervan (Baerten, 2016b). Individuen hebben de neiging zichzelf te zien als vaste entiteiten, onder een strikte eigen controle. Door het innerlijke en uiterlijke zelf te accepteren en de controle los te laten, maakt men ruimte om vrij te zijn van het innerlijke 'vechten'. Een voorbeeld van zo'n innerlijke strijd is: 'Ik zie in de spiegel dat ik dringend wat kilo's moet verliezen, maar dit weekend voel ik me echt niet goed in m'n vel. Ik laat me nog even gaan, maar maandag wordt de riem weer aangespannen.' Mindful Eating streeft eerder een flexibiliteit in het denken na, waarbij enerzijds Mindful gegeten wordt én waarbij men zichzelf bv. een chocolaatje gunt (Baerten, 2016b).

Het volledige trainingspakket biedt enkele interessante handvaten die individuele honger en verzadigingssignalen, de kwaliteit van het voedsel waarnaar gehunkerd wordt, en emotionele en cognitieve toestanden in verband met eten helpen onderzoeken (Dalen *et al.*, 2010). Het uiteindelijke doel is vooral een gedecentreerde, niet-oordelende en accepterende houding ten opzichte van eigen gevoelens, emoties en gedachten. Door te aanvaarden wat er is (innerlijke ervaringen, het lichaam, zichzelf en de huidige manier van omgaan met eten) wordt meer vrijheid ervaren op gebied van dwingende gedachten, gewoontepatronen en innerlijke strijd van wat wel of niet mag (Baerten, 2016b).

« No matter what's going on right now, pleasant or unpleasant, we can be sure it's on its way to becoming something else. »

(Halliwell geciteerd door The Center of Mindful Eating, 2016)

2.3.3 Invloed op de gezondheid, het lichaam en het eetgedrag

Gewichtsverlies of –behoud kan door een Mindful Eating therapie indirect geïnduceerd worden door het bewuster worden van voedingskeuzes en het beter vertrouwen op interne voedingsregulatoren, maar wordt nooit als een doelstelling geformuleerd. Hierbij is het belangrijk zich bewust te zijn van een bijkomende stigmatisatie, waarbij Mindful Eating als vermageringsprogramma aanschouwd wordt. Bovendien wordt verstoord eetgedrag steeds multifactorieel veroorzaakt en kan dit dus niet eenzijdig achterhaald worden. Hierdoor is wetenschappelijk onderzoek over de doeltreffendheid van Mindful Eating moeilijk te definiëren.

Hieronder volgt een overzicht van enkele relevante onderzoeken waarin de verschillende effecten van Mindfulness Based interventies op verstoord eetgedrag gerapporteerd worden. Zo wijst een onderzoek van Daubenmier (2011b) uit dat Mindfulness gebaseerde interventies effectief kunnen zijn in het reduceren van stress en het verbeteren van stressgerelateerde overeten. Bovendien vermindert het ook de psychologische stress en welzijn voor een variëteit aan gezondheidsproblemen (Daubenmier *et al.*, 2011b).

Een onderzoek van O'Reilly *et al.* (2014) naar eetgedrag bij personen met obesitas toont aan dat Mindfulness Based interventies een positieve invloed hebben op binge eating. Bij 92% van de gevallen wordt een verbetering qua frequentie, hoeveelheid en strengheid geobserveerd. In 63% van de gevallen wordt een positieve invloed waargenomen in geval van emotioneel eten, en in 67% van de interventies rapporteerde men ook verbeteringen in de frequenties van extern eten. Katterman *et al.* (2014) reviewden 14 studies naar de effecten van Mindfulness op emotioneel eten. Ook uit deze evaluatie bleek dat Mindfulness emotie regulerend werkt, indien de behandeling zich hierop richt.

Beshara, Hutchinson & Wilson (2013) onderzochten de relatie tussen vaardigheden van bewust eten en de portiegrootte van energiedense voeding. De gevonden resultaten suggereerden dat individuele vaardigheden om bewust te eten een positieve effect hebben op het vermogen om een portiegrootte aan te passen en te matigen. Jordan *et al.* (2014) onderzochten dan weer de relatie tussen bewust eten en snackgedrag. Ook zij kwamen hierbij tot een positieve conclusie. Bewust eten werd geassocieerd met een grotere kans op het kiezen van fruit in plaats van snoep als snack. Daarnaast werd ook melding gemaakt van een hogere controle over eetgedrag en een lagere calorie inname door het maken van gezondere voedingskeuzes bij spontane eettaken.

Een Randomized Controlled Trial verricht door Alberts, Thewissen & Raes (2012), richtte zich meer op de relatie tussen bewust eten, de verschillende eetprofielen en hun onderliggende correlaten zoals BMI, eetgedrag, het hunkeren naar bepaalde voeding (food craving), zwart-wit denken en lichaamsbeeld. Na een 8 weken durende Mindful Eating training bleek een significante invloed merkbaar op verschillende componenten van verstoord eetgedrag. De resultaten toonden aan dat Mindfulness personen kan helpen opnieuw verbinding te maken met hun innerlijke ervaringen, waardoor zowel emotioneel als extern eetgedrag aanzienlijk vermindert. Tevens was een vermindering in food craving

en impulsiviteit wat betreft eten merkbaar, wat kan beschouwd worden als een succesvolle zelfregulering. Daarentegen moet vermeld worden dat dit resultaat niet werd geobserveerd bij lijngerichte eters, zij vertoonden een aanzienlijke stijging in lijngericht gedrag. Als verklaring hiervoor gaven de onderzoekers aan dat lijngericht eten voornamelijk extern wordt aangedreven, en dus kan interfereren met zelfregulatie. Mindfulness daarentegen speelt sterk in op zelfregulatie en toenemend bewustzijn van lichamelijke sensaties zoals honger. Bij lijngerichte eters wordt het gevoel van honger niet meer herkend en zijn ze dus waarschijnlijk niet in staat aan zelfregulatie te doen wat betreft lichamelijke sensaties in verband met honger. Wat betreft gewicht en BMI was er geen significant resultaat terug te vinden. Dit is voornamelijk te wijten aan de focus van de interventie. In plaats van het bevorderen van gewichtsverlies is Mindful Eating erop gericht het fysieke en psychologische bewustzijn van determinanten te verhogen wat betreft eten in de afwezigheid van de honger.

Als hulpverlener is het belangrijk de oorzaak van het verstoorde eetgedrag of een eventuele gewichtstoename na te gaan. Het besef dat sommige mensen gevoeliger zijn voor stress geïnduceerd eten dan anderen, en hierdoor een alternatieve zelfregulatie strategie ontwikkelen voor het omgaan met aversieve toestanden (bv. voedsel) is cruciaal in een behandeling. Personen die worden geïdentificeerd als 'emotionele eters' zijn kwetsbaarder voor gewichtstoename in vergelijking met niet-emotionele eters. Daarnaast zijn ook zij meer vatbaar voor gewichtstoename na een dieet of bariatrische chirurgie, indien de oorzaak niet aangepakt wordt (Daubenmier *et al.*, 2011b).

*« Food: The Solution, Not the Problem. »
(Altman, geciteerd door The Center of Mindful Eating, 2016)*

2.3.4 Doelgroep

Samengevat richt een Mindful Eating interventie zich, door dagelijkse (in)formele oefeningen en technieken, op acceptatie en een verhoogd bewustzijn in het huidige moment. Mindful Eating is echter geen dieet of vermageringsprogramma, geen relaxatietechniek of mood management. Het is wel een verfijnde, systematische aandachtstraining om de cognitieve kwetsbaarheid voor reactieve modi van de geest, die stress en het emotionele lijden zouden kunnen verhogen, te verkennen (Dalen *et al.*, 2010). Om die reden is een specifieke doelgroep voor Mindful Eating moeilijk te formuleren. Het aanleren van een gedecentraliseerde houding ten opzichte van stresserende ervaringen (gaande van gevoelens en emoties tot reactief gedrag) kan voor personen die nog niet in staat zijn hun emoties te reguleren, een averechts effect hebben. Wanneer patiënten door middel van een lichaamsscans geconfronteerd worden met lichamelijke sensaties, moet de hulpverlener kunnen inschatten of de patiënt de blootstelling van een mogelijke emotionele pijn kan verwerken (Hulsbergen, 2010). Hiervoor is een gefundeerde basisopleiding nodig (zie 2.3.5.). Mindful Eating verdient wel een plek binnen een multidisciplinaire aanpak, waarbinnen alle facetten van het verstoorde eetgedrag of de eetstoornis in kaart kunnen gebracht worden. Vervolgens kan hierop een individuele aanpak geformuleerd worden.

Daarnaast dient men rekening te houden met een aantal wetenschappelijke vaststellingen. Eerst en vooral zijn drop-outs niet te onderschatten. Onderzoek wijst uit dat 10-25% van het initiële deelnemersaantal vaak vroegtijdig met de training blijkt te stoppen. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met drop-outs in de klassieke voedingsinterventies. Daarnaast vinden deelnemers het vooral moeilijk om tijd vrij te maken voor de sessies en de oefeningen thuis (minimaal 45 minuten per dag). Bovendien benadrukken heel wat deelnemers dat het moeilijk is meditatie een plaats te geven in het dagdagelijkse leven. Ook het aanvaarden van de volledige Mindful Eating-filosofie, waarbij opnieuw vertrouwd wordt op onze interne mechanismes qua voedingsregulatie, lijkt een kritisch punt. Net zoals klassieke voedingsinterventies niet voor iedereen geschikt zijn, is dat ook bij Mindful Eating het geval. Het is vooral belangrijk dat er een match is tussen de deelnemers en het vooropgestelde programma (Smart *et al.*, 2015). Bijkomend onderzoek naar Mindful Eating is in de toekomst zeker van belang.

2.3.5 Opleiding tot Mindful Eating Teacher

Alhoewel Mindful Eating geen therapie is, is het wel belangrijk zich bewust te zijn van de mogelijke therapeutische effecten op patiënten. Onderzoek wijst immers uit dat de kwaliteit en uitvoering van een Mindful Eating Training (en dus ook de training die de trainer zelf kreeg) mogelijks in correlatie staat met succesvolle resultaten bij de uiteindelijke deelnemers (Crane *et al.*, 2010). Om die reden schreef The Center of Mindful Eating enkele Good Practice Guidelines voor Mindful Eating Teachers uit. Hierbij wordt eerst en vooral een focus gelegd op het volgen van een acht weken durende erkende opleiding van Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Deze basisopleiding is een praktijkprogramma waarbij dieper ingegaan wordt op de basiselementen van Mindfulness. Er worden hierbij heel wat inzichten verkregen door de theorie tijdens de training uit te proberen met behulp van verschillende formele oefeningen en groepsgesprekken. Daarnaast is ook het volgen van een professionele Mindfulness-Based Eating Awareness Therapy (MB-EAT) of Mindful Eating Conscious Living training (ME-CL) essentieel. Deze basistraining omvat de verschillende elementen zoals omschreven in 2.3.2. Een derde belangrijke voorwaarde is dat een Mindful Eating Teacher Mindfulness belichaamt waardoor ook dagelijkse Mindfulness beoefening (meditaties, mindful eten en bewegen) van elementair belang is. Het vermogen van de leraar om 'zijn' stabiliteit, rust, alertheid, en vitaliteit over te brengen op de deelnemers en het leerproces is essentieel. Dit is enkel mogelijk door niet-reactief, maar met de nodige aandacht, verbinding, en responsiviteit 'in het moment' te vertrouwen (Crane *et al.*, 2010). In bijlage (zie Bijlage 1) kan een volledig overzicht van de Good Practice Guidelines teruggevonden worden.

*« Filosoferen over hoe je de ander zou kunnen veranderen is heilloos omdat je de ander nu eenmaal niet kunt veranderen. Dat ligt niet in je macht. »
(Edel Maex, geciteerd door Sevenans, 2016)*

2.3.6 Vaardigheden

Tijdens een MBSR, MBCT of MB-CL training worden een aantal essentiële vaardigheden geïntroduceerd en beoefend (Baerten, 2016a). Door als hulpverlener:

- **Niet te streven** naar een bepaalde uitkomst of resultaatgericht aan de slag te gaan (bv. streven naar een bepaalde gewichtsreductie, daling van het vetpercentage, BMI,...) behoudt men een openheid om bewust en in het moment aandachtig om te gaan met de patiënt;
- **Niet te (ver)oordelen** maar bewust en met vriendelijkheid te ervaren van wat er is en de realiteit te **aanvaarden** op een hartelijke en niet-oordelende wijze voorkomt men dat er eigen interpretaties aan de ervaring toegevoegd worden (bv. oordelen). Zo kan men tijdig een stap terug nemen;
- Patiënten met **geduld** te behandelen, geeft men alles de toestemming op een eigen tempo te ontplooiën. Mindful Eating legt de focus op individuele bewustwording vanuit een gedecentreerde houding en streeft geen gedragsverandering na;
- Te **vertrouwen** kan een vertrouwensrelatie zich ontwikkelen vanuit een eigen ervaring en intuïtie;
- De focus op een vooraf bepaalde agenda/doelstelling **los te laten** kan het huidige moment met een bepaalde **openheid** waargenomen worden; Daarnaast is het als Mindful Eating Teacher ook belangrijk over **dankbaarheid** voor het huidige moment, **hartelijkheid, vrijgevigheid, empathie** en liefdevolle **vriendelijkheid** te beschikken. Deze eigenschappen hebben allen o.a. een unieke en positieve invloed op de (potentiële) relatie met de patiënt.

« What you practice grows stronger (neuroplasticity of the brain), but Mindful Eating is not a self-improvement project. It's about self-liberation, despite our imperfections. »

(Baerten, 2016a)

2.3.7 Hulpmiddelen om Mindful Eating toe te passen

Mindful Eating werd de laatste decennia steeds populairder, waardoor ook bijkomende hulpmiddelen ontwikkeld werden. Zo publiceerden Framson *et al.* (2009) een Mindful Eating Questionnaire. Deze vragenlijst, bestaande uit achtentwintig vragen, geeft een eerste indicatie omtrent bewust eten door vragen te stellen in verband met overeetgedrag, reacties op externe cues en emotionele factoren, bewustzijn en afleiding tijdens het eten. Het kan erg nuttig zijn om huidig (eet)gedrag te begrijpen en een individuele aanpak uit te werken. Daarnaast stelden Hulbert-Williams *et al.* (2014) een Mindful Eating Scale op. Met behulp van deze aanvullende zelfrapportagetechniek wordt het mogelijk om de relatie van het zelfgerapporteerde Mindful Eating in combinatie met andere gedragingen, ervaringen en fysiologische variabelen op individueel niveau te verkennen.

3 METHODE

3.1 INLEIDING

In de literatuurstudie werd geschetst welke tekortkomingen er bestaan binnen de conventionele voedings- en dieetinterventies gericht op het helpen van mensen met een verstoord eetgedrag. Bovendien werd onderzocht "of" en "hoe" Mindful Eating een antwoord biedt op deze hiaten binnen de conventionele diëtetiek.

In dit praktische deel wordt de theorie aan de realiteit getoetst. Aan de hand van een vooraf zorgvuldig opgestelde vragenlijst gaan we tijdens diepte-interviews bij zowel conventionele als Mindful Eating diëtisten na of de eerder geformuleerde tekortkomingen in facto binnen de conventionele praktijk voorkomen, en hoe conventionele en Mindful Eating diëtisten in realiteit met dit soort verstoord eetgedrag omgaan. Daarnaast wordt nagegaan in welke situaties en op welke manier Mindful Eating daadwerkelijk een antwoord biedt op de theoretisch geformuleerde tekortkomingen binnen de conventionele diëtetiek.

Het doel van dit kleinschalige onderzoek is niet om Mindful Eating te promoten als een alles omvattende oplossing, maar wél om de mogelijke meerwaarde van (enkele) Mindful Eating technieken binnen de behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag na te gaan. Door een hand te reiken naar Mindful Eating kan de diëtiste mogelijk in staat gesteld worden om patiënten nog beter te begeleiden.

3.2 GEBRUIKTE METHODE

Het studiepakket van de bacheloropleiding Voedings- & Dieetkunde bevat enkele belangrijke handvaten op gebied van dieetbegeleiding en –advies in de conventionele diëtistenpraktijk, en wordt aangevuld met verschillende psychologische benadering (zoals cognitieve gedragstherapie, leefstijlcoaching en motiverende gesprekstechnieken). Deze aanpak wordt concreet toegepast tijdens verschillende patiëntenbegeleidingen en de praktijkgerichte stages van het laatste academiejaar.

Bij aanvang van deze bachelorproef werd de noodzaak omtrent het verwerven van een diepgaand inzicht in een Mindful Eating therapie snel duidelijk, teneinde deze techniek op een correcte en objectieve manier te kunnen vergelijken met de traditionele benadering. Daarom werd besloten een basis Mindfulnessstraining van acht maal drie uur, én een Mindful Eating, Conscious Living training van acht maal één uur, beiden onder begeleiding van een Mindfulness Teacher, te volgen. Enkel met deze training kan ondervonden worden welke ervaringen een Mindful Eating training precies met zich meebrengt, en op welke manier de aanpak verschilt met een conventionele voedings- en dieetinterventie. Deze training werd aangevuld met literatuur. Twee boeken werden doorgenomen ter introductie en ondersteuning van het onderwerp: Mindful Eating (Prins & Wolters, 2010) en Mindful eten, een gezonde en vreugdevolle relatie met voedsel (Chozen Bays, 2010).

Tijdens de literatuurstudie werd de theoretische kennis omtrent Mindfulness en Mindful Eating verder uitgediept en omschreven. Hierbij werd gebruik gemaakt van online literatuur via de wetenschappelijke databanken ResearchGate, Limo, PubMed, ScienceDirect, Google Scholar en Cochrane Library. Volgende trefwoorden kwamen veelvuldig aan bod: Mindfulness, Mindful Eating, Eating Disturbances, Eating Behaviours, disturbed eating, ... Bij het evalueren van de verschillende wetenschappelijke studies werd gekozen voor actuele en relevante literatuur. Hierbij lag de focus op reviews, cohorts en lange termijn studies. Als proefpopulaties met verstoord eetgedrag werden enkel volwassen patiënten onder de loep genomen.

Het praktische deel werd opgebouwd op basis van een kwalitatief onderzoek. Hierbij werden bepaalde aspecten van de theoretische literatuurstudie getoetst aan de realiteit door middel van diepte-interviews bij diëtisten die Mindfulness en Mindful Eating als vertrekpunt hanteren. Deze aanpak werd nadien vergeleken met de conventionele aanpak bij reguleren diëtisten. Om de nodige praktijkinzichten te verwerven werd een diepte-interview als onderzoeksmethode vooropgesteld. De verkregen resultaten uit het kwalitatieve onderzoek zijn hierbij telkens subjectieve gedragsoverwegingen van diëtisten en zijn bijgevolg ook plaats- en tijdsgebonden.

3-3 SAMENSTELLING VAN DE STEEKPROEF

Uit praktische overweging werd ervoor gekozen om conventionele diëtisten, actief in een zelfstandige praktijk (zowel in hoofd- als bijberoep), uit de regio Zottegem en Gent/Eeklo via internet op te zoeken en te contacteren. Om een representatieve doelgroep samen te stellen werd geen onderscheid gemaakt op basis van jaren ervaring, specialisatie, of type counseling. 18 diëtisten uit regio Zottegem en 8 diëtisten uit regio Gent/Eeklo werden een eerste maal per mail uitgenodigd om mee te werken aan het onderzoek. De respons op de mail bleef nihil en er werd na 3 weken een reminder verstuurd. Op deze herinnering werd 3 maal negatief en 3 maal positief gereageerd. Anderen reageerden niet. Daarnaast werd via de besloten facebookgroep 'Bachelors Voedings- en dieetkunde' met 1121 leden, eenzelfde oproep gelanceerd. Op deze laatste oproep werd door 1 diëtiste positief gereageerd. Via een stageplaats stelden zich nog 5 diëtisten bereid aan het onderzoek deel te nemen. Uiteindelijk viel 1 laatste diëtiste hierbij af, omwille van tijdsinvestering, waardoor het uiteindelijk aantal 8 bedroeg. Het interview bij de eerste conventionele diëtist werd als leidraad voor een concretere opstelling van de vragen gebruikt, en werd bijgevolg niet opgenomen in de verwerking van de gegevens. De gegevens van **7 conventionele diëtisten** werden in dit praktische deel verwerkt.

De externe bachelorproefpromotor, Caroline Baerten (Mindful Eating Teacher) bracht een lijst van 5 Mindful Eating diëtisten aan. Zelf nam Mevr. Baerten niet deel aan de diepte-interviews, omwille haar rechtstreekse betrokkenheid als promotor. Ook deze Mindful Eating diëtisten werden per mail gecontacteerd en uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. Allen reageerden hierop positief. Aangezien één van hen geen diëtiste maar verpleegkundige bleek te zijn, werd besloten deze persoon niet in het onderzoek op te

nemen. Een laatste Mindful Eating diëtiste bleek niet beschikbaar te zijn tijdens de voorgestelde interviewtermijn. In totaliteit werden **3 Mindful Eating diëtisten** geïnterviewd. Belangrijk hierbij is te vermelden dat één Mindful Eating diëtiste niet volledig voldoet aan de criteria. Haar visie is gericht op de Boeddhistische leer die dicht aanleunt bij Mindfulness. Waarschijnlijk was dit voldoende om haar als mogelijke kandidaat Mindful Eating diëtiste aan te brengen. Pas tijdens het interview bleek dat zij de training tot Mindful Eating Teacher nog niet had gevolgd. Binnen haar praktijk worden patiënten pas Mindful begeleid indien ze hier specifiek om vragen. Desondanks werd besloten deze resultaten in de verwerking op te nemen aangezien ook zij Mindful Eating trainingen op maat aanbiedt voor patiënten die hiervoor openstaan. Aangezien haar benadering van onze vooropgestelde case erg gelijkaardig verloopt met deze van de reguliere diëtisten, worden haar resultaten telkens met het symbool ^o weergegeven. Dit benadrukt nogmaals het belang van de Mindful Eating Teacher training.

In het verdere document wordt gesproken over 'diëtist(en)' bij verwijzing naar conventionele of reguliere diëtisten. Bij referering naar Mindful Eating diëtisten wordt de specificatie 'MFE-diëtist(en)' gebruikt.

3.4 OPSTELLING VAN HET INTERVIEW

Met de interviews wordt getracht het verschil van tussen beide vormen van behandeling en interventies te achterhalen, welke methode er wordt gebruikt om gedragsverandering tot stand te brengen, en waar de focus en klemtoon wordt gelegd om het gewenste resultaat te bekomen.

Om een duidelijke afbakening van het thema 'verstoord eetgedrag' weer te geven, werd een welomlijnde casus uitgewerkt (zie Kader 1). Van hieruit werd een gestructureerde vragenlijst (zie Bijlage 2, Reeks 1-8) opgesteld met de theoretische achtergrond als leidraad, teneinde de verschillende gebieden die leiden tot verstoord eetgedrag zo grondig mogelijk te onderzoeken. Door het interview stap voor stap op te bouwen met afwisselend open, directe, specificerende en gesloten vragen werd een vertrouwensrelatie tussen de interviewers en de geïnterviewde opgebouwd. De vragen waren steeds concreet, kort en bondig waardoor de interviewers zo weinig mogelijk aan het woord kwamen om mogelijke bias te vermijden. Door de vragen op te splitsen in thema's/reeksen ontstond de mogelijkheid te polsen naar de verschillende aspecten van een dieetconsultatie bij patiënten met verstoord eetgedrag. Met uitzondering van Reeks 8 werden dezelfde vragen gesteld aan zowel diëtisten als de MFE-diëtisten.

Reeks 1 Algemene vragen: Als inleiding worden een reeks doorsnee vragen gesteld die een algemeen beeld scheppen over hoe de desbetreffende diëtiste in het algemeen te werk gaat.

Reeks 2 Gewichtsfocus: In deze reeks wordt gepeild naar gewichtsfocus bij zowel de diëtiste als de patiënt, welk belang er wordt gehecht aan gewicht, BMI en

lichaamssamenstelling. Hieruit kan worden afgeleid of de diëtiste al dan niet resultaat gericht te werk gaat en een geïnternaliseerde gewichtsstigma bij de patiënt wordt aangemoedigd.

Reeks 3 Zelfregulatie: In deze vragenreeks wordt het aspect 'zelfregulatie' bij de patiënt nagegaan. Dit gebeurt aan de hand van vragen die betrekking hebben op hoeveelheden en restricties op voeding en voedingsmiddelen (opgelegd door de diëtiste), de aandacht die door diëtisten wordt geschonken aan honger en verzadiging en het genieten van eten bij de patiënt.

Reeks 4 Zelfbeeld: Deze vragenreeks behandelt het thema zelfbeeld en het bevorderen daarvan.

Reeks 5 Reactieve gedragsketen: Met deze vragenreeks wordt onder de loep genomen hoe diëtisten de inzichten in het eigen functioneren en reactieve gedragsketen van hun patiënt nagaan, door oorzakelijke verbanden te leggen tussen eetbuien en de daarmee samenhangende emoties en gevoelens.

Reeks 6 Bewustwording en geconditioneerde patronen: Deze vragenreeks richt zich op de vraag hoe diep diëtisten ingaan op bewustwording van interne en externe beïnvloedingsfactoren.

Reeks 7 Motivatie: Deze vragen richten zich op intrinsieke en extrinsieke motivatie, en de manier waarop diëtisten deze motivatie aanwakkeren.

Reeks 8 Algemene vragen (differentieel): Tenslotte wordt met deze vragenreeks bij conventionele diëtisten gepeild naar de kennis, interesse en houding ten opzichte van Mindful Eating. Bij de MFE-diëtisten daarentegen gaan we na waarom ze de overstap naar Mindful Eating hebben gezet, en welke aanvullende betekenis dit heeft binnen hun behandelingsmethode.

Kader 1 Casestudie gebruikt tijdens de interviews

Scenario
<p><i>Een 40-jarige vrouw (1.70m, 70 kg, BMI = 24), komt op consultatie. De dame vertelt dat ze de voorbije 10 jaar geleidelijk aan 10 kg bijkwam, en dit terwijl ze altijd maar minder is beginnen eten. Tijdens het afnemen van de voedingsanamnese blijkt dat ze te weinig en erg eenzijdig eet (+- 1000 kcal/dag, 's morgens enkel magere yoghurt, 's middags soep, 's avonds weinig tot niets meer, tussendoor af en toe een handje noten). Bovendien heeft ze veel schrik om de verkeerde producten te eten. Wanneer ze zich emotioneel of gestresseerd voelt, heeft ze wel eens last van eetbuien (ongeveer één keer per week). Hierbij verliest ze de controle en stopt ze pas met eten wanneer ze zich erg ongemakkelijk voelt. Ze is echter ontevreden over hoe haar lichaam er momenteel uitziet, en vergelijkt het nog steeds met hoe ze er 25 jaar geleden uitzag (50 kg). Ze geniet eigenlijk niet meer van eten en heeft zelden een echt hongergevoel. Ze komt bij jou langs omdat ze wil vermageren.</i></p>

3.5 HET VERLOOP VAN DE INTERVIEWS

Bij aanvang van elk diepte-interview werd de toestemming gevraagd het gesprek te mogen opnemen. Hierbij werd telkens vermeld dat mogelijks passages uit het gesprek kunnen gebruikt worden voor de kwalitatieve verwerking van deze bachelorproef. Tijdens de inleiding van het interview werd het onderzoeksthema van deze bachelorproef ('Welke problemen of frustraties ervaren diëtisten bij de behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag') duidelijk gekaderd. Bovendien werd de term 'verstoord eetgedrag' nader verklaard, én werd weergegeven dat patiënten met overgewicht of obesitas door een Bourgondische leefstijl en patiënten met eetstoornissen onder de exclusiecriteria vielen. Bovendien werd er bij de reguliere diëtisten voor gekozen het onderwerp 'Mindful Eating' niet als onderdeel van het onderzoek te vermelden. Op deze manier werd geprobeerd om vertekende antwoorden door voorkennis te vermijden, en zo de mogelijke verschillen tussen conventionele en Mindful Eating interventies beter te kunnen achterhalen. Aansluitend werden een aantal belangrijke open vragen voorgelegd. Tijdens het interview werd aan de hand van het coderingssysteem nagegaan of er al dan niet bijvragen nodig waren, teneinde een bruikbaar antwoord te hebben op de gestelde vraag. Ook deze bijvragen werden voorgelegd op een manier die vertekening van de antwoorden vermeed.

3.6 VERWERKING VAN DE INTERVIEWS

Alle opgenomen gesprekken werden uitgeschreven om de verwerking te vergemakkelijken. Om de antwoorden van de verschillende respondenten nadien met elkaar te kunnen vergelijken, werd gezorgd voor een deductieve codering waarbij het antwoord werd herleid tot "ja" en "nee". Daarnaast werd waar mogelijk gebruik gemaakt van een beoordelingsschaal van 0 tot 10 of een procentuele hoeveelheid om de kwalitatieve verwerking eenvoudiger te laten verlopen.

Alle antwoorden werden ingebracht in een hiervoor ontworpen Excel document (Bijlage 3 en 4), waarna de resultaten verder werden verwerkt in SPSS. Waar relevant, werd er gekozen bepaalde passages uit interviews ter verduidelijking of nuancering in de resultaten op te nemen. De bedenkingen van de onderzoekers worden weergegeven onder een aparte titel 4.6 Discussie.

4 RESULTATEN & BESPREKING

4.1 BESPREKING VAN DE STEEKPROEF

Om de representativiteit te garanderen, werd bij de samenstelling van de steekproef geen rekening gehouden met geslacht, aantal jaren ervaring of de specifieke setting waarbinnen de diëtisten werkzaam zijn. De demografische gegevens van de deelgenomen diëtisten wordt gevisualiseerd in Tabel 2. Hierbij kan opgemerkt worden dat de geïnterviewde MFE-diëtisten gemiddeld meer ervaring en specialisatie vertonen dan de conventionele diëtisten. Het specifieke aantal jaren ervaring refereert hierbij naar het aantal jaar ervaring als diëtiste, en niet naar het aantal jaar ervaring in Mindful Eating. Dit zou kunnen aantonen dat MFE-diëtisten, mogelijks later in hun reguliere diëtistencarrière, doorstromen naar een Mindful Eating therapie.

Tabel 2 Demografische gegevens van deelgenomen conventionele en Mindful Eating diëtisten aan dit onderzoek

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFE	
		Aantal	%	Aantal	%
Geslacht	Vrouw	7	100,0	3	100,0
	Man	0	0,0	0	0,0
Aantal jaren ervaring	0-4	4	57,1	0	0,0
	5-9	1	14,3	1	33,3
	10-14	0	0,0	0	0,0
	≥15	2	28,6	2	66,7
Setting van de zelfstandige diëtist	In hoofdberoep	2	28,6	3	100,0
	In bijberoep	4	57,1	0	0,0
	Multidisciplinair	3	42,9	0	0,0

4.2 VERSTOORD EETGEDRAG BINNEN DE DIËTISTENPRAKTIJK

Tijdens het interview werd gevraagd hoe vaak patiënten met verstoord eetgedrag voorkomen in reguliere diëtistenpraktijken. De resultaten worden weergegeven in Tabel 3.

Diëtisten schatten in dat ongeveer 43% van hun patiënten een vorm van verstoord eetgedrag heeft. Hierbij werd frequent gerefereerd naar lijngerichte patiënten waarbij gewichtsverlies en –winst ten gevolge van diëten een deel van het leven ging uitmaken. Ook patiënten met emotionele eetpatronen werden veelvuldig aangehaald. Externe eters werden tijdens de interviews zelden tot niet vernoemd.

Eén diëtiste volgde recent een bijscholing die zich tot het thema 'emotioneel eten' richtte, en gaf aan hierdoor bewuster patiënten met deze problematiek te kunnen detecteren. Diëtisten gaven ook aan dat dit type patiënt met een vorm van verstoord eetgedrag de laatste tijd veel vaker voorkomt.

Tabel 3 Inschatting van het voorkomen van verstoord eetgedrag binnen de diëtistenpraktijk

	Soort diëtiste	
	Conventioneel	MFE
	Gemiddelde (%)	Gemiddelde (%)
Voorkomen van verstoord eetgedrag binnen de diëtistenpraktijk	42,9	66,7

Bij MFE-diëtisten ligt het percentage patiënten met verstoord eetgedrag gemiddeld hoger: naar schatting 67% van hun patiënten zou hiermee te kampen hebben. Eén van de MFE diëtisten haalde aan dat patiënten met verstoord eetgedrag die in een MFE-praktijk terechtkomen, vaak al heel wat conventionele behandelingen achter de rug hebben.

4.3 ZELFBEELD EN LINK MET GEWICHTSFOCUS EN DIEETGEDRAG

Verschillende diëtisten gaven tijdens het interview aan dat patiënten met verstoord eetgedrag een erg laag zelfbeeld vertonen. In de literatuurstudie werd onder 2.1.2 omschreven dat een negatieve perceptie van het eigen lichaam onder druk van een maatschappelijk gewichtsfocus kan bijdragen aan het ontstaan van dieetgedrag en een verstoord eetpatroon. Daarnaast werd in 2.1.6 theoretisch aangetoond dat een gewichtsgerichte interventie een geïnternaliseerde gewichtsstigma kan versterken en tot een vertekend zelfbeeld kan leiden. Om deze redenen werd tijdens de diepte-interviews nagevraagd hoe belangrijk diëtisten BMI, gewicht en lichaamssamenstelling vinden tijdens de behandeling van hun patiënten met verstoord eetgedrag (zie Bijlage 2, Reeks 2). Bovendien werd de link gemaakt met het zelfbeeld van patiënten met verstoord eetgedrag (zie Bijlage 2, Reeks 4).

4.3.1 Focus op BMI, gewicht en lichaamssamenstelling

De resultaten van de vraagstelling rond BMI, gewicht en lichaamssamenstelling worden weergegeven in Tabel 4.

Op basis van de gemiddelde beoordelingswaarden (zie Tabel 4), lijkt de BMI van patiënten met verstoord eetgedrag voor diëtisten geen primair aandachtspunt te zijn. Dit wordt duidelijk aangetoond door een gemiddelde beoordeling van 3,9 op 10. De gegeven waarden variëren hierbij van 0 tot 6.

Ook gewicht lijkt op het eerste zicht geen accent te zijn in de reguliere diëtistenpraktijken, met een gemiddelde waarde van 5 op 10. Hierbij moet vermeld worden dat één diëtiste aangaf het gewicht minder belangrijk te vinden dan een gezond voedingspatroon, maar het toch een waarde 8 op 10 gaf. Een tweede diëtiste gaf het gewicht een waarde 0 op 10. Mogelijks wordt het gemiddelde door deze extremen vertekend. Slechts één reguliere diëtiste maakte een duidelijk onderscheid tussen het belang van gewicht bij patiënten met verstoord eetgedrag, waarvoor ze slechts een beoordeling van 2 op 10 gaf, en patiënten zonder verstoord eetgedrag, waarbij haar focus eerder neutraal was met een waarde van 5 op 10. Haar waarde voor patiënten met verstoord eetgedrag werd opgenomen in de statistieken, aangezien bij aanvang van het interview aangegeven werd wat de doelgroep was. De overige diëtisten gaven beoordelingen tussen 5 en 7 op 10 (5 – 6,5 – 6,5 – 7). 57% van de diëtisten geven dus aan enige nadruk op gewicht te plaatsen (beoordelingen ≥ 5 op 10).

De lichaamssamenstelling, waarbij vet- en spierpercentage frequent aangehaald werd, blijkt met een waarde van 8,3 op 10 voor diëtisten een belangrijkere focus. Slechts één diëtiste geeft aan de lichaamssamenstelling en BMI minder belangrijk te vinden dan gewicht (beoordeling 2 op 10).. Alle andere diëtisten geven meer aandacht aan lichaamssamenstelling (beoordelingen 8 – 9 – 9 – 10 – 10 – 10). Hierbij verwees 14% naar het viscerale vet in kader van gezondheid. 29% van de diëtisten vermeldden daarnaast dat *'meer energie krijgen'*, *'minder vermoeidheid'* en *'het zich beter voelen'* een belangrijkere rol speelde dan de lichaamssamenstelling.

Tabel 4 Belang van het gewicht, BMI en lichaamssamenstelling bij diëtisten en patiënten, weergegeven als gemiddelde beoordelingswaarde op een schaal van 0 (absoluut geen belang) tot 10 (extreem veel belang).

	Soort diëtist(e)					
	Conventioneel			MFE		
	Gem.	Max.	Min.	Gem.	Max.	Min.
Belang van gewicht bij patiënt	8,1	10,0	4,0	8,0	9,0	7,0
Belang van gewicht bij patiënt met verstoord eetgedrag	8,9	10,0	5,0	7,8	9,5	5,0
Belang van gewicht bij diëtist(e)	5,0	8,0	0,0	5,3	6,0	5,0
Belang van BMI bij diëtisten	3,9	6,0	0,0	4,7	5,0	4,0
Belang van lichaams-samenstelling bij diëtisten	8,3	10,0	2,0	6,3	8,0	5,0

De gemiddelde waarden van de MFE-diëtisten zijn vergelijkbaar met deze van de conventionele diëtisten. Hier werden respectievelijke gemiddelden van 4,7 met betrekking tot het BMI, en 5,3 met betrekking tot het gewicht van hun patiënten verkregen. Hierbij werden geen uitschieterende waarden geobserveerd. 67% van de MFE-diëtisten gaven gewicht een neutrale score met een waarde van 5 op 10, en benadrukten vooral te werken

rond het loslaten van het gewicht en eetgedrag. MFE-diëtisten hechten ook minder belang aan de lichaamssamenstelling van hun patiënten, met een gemiddelde waarde van 6,3 op 10. Eén MFE-diëtiste (°) gaf de lichaamssamenstelling een beoordelingswaarde van 8 op 10, maar benadrukte de meting op basis van huidplooiemetingen uit te voeren. Hierbij worden patiënten gemeten op natuurlijke plaatsen van het lichaam, zoals de armen, aangezien het vetpercentage afhankelijk van de leeftijd een vertekend beeld kan geven. De andere twee MFE-diëtisten gaven waarden 5 en 6 op 10. Deze laatste diëtisten gaven aan de lichaamsanalyse eerder te gebruiken om patiënten met verstoord eetgedrag, en dan specifiek patiënten zonder overgewicht die toch willen vermageren, te duiden op het feit dat hun lichaamssamenstelling niet gelinkt wordt aan gezondheidsrisico's, of om braken en ondervoeding bij hun patiënten na te gaan. Zij benadrukken hierbij dat vermageren in kader van gezondheid niet nodig is.

4.3.2 Streefgewicht en de weegschaal

De resultaten van de vraagstelling rond het belang van streefgewicht, weging en gewichtsverlies worden weergegeven in Tabel 5.

De vraag *'Bepaalt u een streefgewicht voor de patiënte en op welke manier?'* werd door alle diëtisten negatief beantwoord. Dit lijkt overeen te komen met de voorgaande alinea's waaruit reeds afgeleid kon worden dat diëtisten zich vooral concentreren op lichaamssamenstelling. In de vooropgestelde case werd echter geen vetpercentage van de patiënte vermeld. Opvallend hierbij is dat geen enkele diëtiste tijdens het interview meer duiding in verband met het vet- en/of spierpercentage vroeg. Toch gaf 57% van de diëtisten aan dat gewichtsverlies in de behandeling opgenomen zou worden. Deze resultaten lijken op het eerste zicht contradictorisch, maar enige nuancering is hier op zijn plaats. Zo vermeldden diëtisten dat ze vaak meegaan in de wens tot gewichtsverlies van de patiënt, omdat dat de hoofdreden is van het bezoek aan de diëtistenpraktijk. Hierbij wordt het verliezen van gewicht echter niet als hoofddoel opgenomen in de behandeling, en stellen de diëtisten het streefgewicht van de patiënt vaak bij tot een - naar hun mening - realistisch en haalbaar gewicht. Reguliere diëtisten hebben vooral het gevoel dat, wanneer niet op het gewicht gefocust wordt, de patiënten zullen afhaken. Deze observatie wordt ondersteund door de beoordelingen op de vraag *'Welk belang hechten patiënten met verstoord eetgedrag doorgaans aan hun gewicht?'*. Een gemiddelde waarde van 8,9 op 10 werd hierbij bekomen (Zie Tabel 4).

Daarnaast haalde 86% van de diëtisten aan dat patiënten op eigen verzoek elke consultatie gewogen worden (zie Tabel 5). Hierbij wordt ook telkens een lichaamsanalyse uitgevoerd. Anderzijds werden ook *'weging werkt motiverend voor de patiënt'*, *'als manier om de behandeling op te volgen'*, *'om een evolutie te tonen'* en *'om liegen na te gaan'* aangehaald als redenen voor het wegen van patiënten bij elke consultatie.

Tabel 5 Plaats van het gewicht binnen een consultatie

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel)		MFE	
		Aantal	%	Aantal	%
Bepalen van een streefgewicht ?	ja	0	0,0	1	33,3
	neen	7	100,0	2	66,7
Weging bij elke consultatie ?	ja	6	85,7	2	66,7
	neen	1	14,3	1	33,3
Gewichtsverlies opgenomen in behandeling ?	ja	4	57,1	1	33,3
	neen	3	42,9	2	66,7

Zoals weergegeven in Tabel 5, bepaalt 33% van de MFE-diëtisten (°) een streefgewicht. Diezelfde 33% (°) neemt ook gewichtsverlies op in de behandeling, indien de patiënt aangeeft daarom bij de MFE-diëtiste te komen. De overige 66% van de MFE-diëtisten geeft duidelijk aan geen streefgewicht te bepalen en zou ook gewichtsverlies niet opnemen in de behandeling. Hierbij werd telkens aangegeven dat gewichtsverlies wel een gevolg kan zijn van de behandeling, maar dat het niet als doelstelling op zich geformuleerd wordt. 66% van de MFE-diëtisten weegt de patiënt tijdens elke consultatie (waaronder °). Hierbij wordt aangegeven dat dit in kader van opvolging en evaluatie van de voorbij weken gebeurt.

4.3.3 Link met zelfbeeld en lichaamsacceptatie

Tijdens de interviews werd gevraagd naar het belang van een positief zelfbeeld van de patiënt. De resultaten van deze vragen worden gevisualiseerd in Tabel 6.

Conventionele diëtisten hechten veel belang aan het zelfbeeld van patiënten. Dit bleek duidelijk uit de vraag *'Hoe belangrijk is het voor jou als diëtiste dat de patiënt zichzelf aanvaard zoals hij/zij is en dus een positief zelfbeeld heeft?'* Hierbij werd een gemiddelde waarde van 8,5 op 10 gegeven. 43% van de diëtisten vermeldde hierbij wel dat patiënten met een laag zelfbeeld het moeilijkst te behandelen zijn. 29% zal bij een te laag zelfbeeld doorverwijzen naar een psycholoog.

De vraag *'Hoe ga je concreet om met lichaamsontevredenheid?'* werd bijgevolg door veel diëtisten als erg moeilijk ervaren. 71% van de diëtisten linkt een te laag zelfbeeld aan maatschappelijke invloeden zoals gewichtsstigmatisatie in de directe omgeving van de patiënt bv. slanke modellen in magazines, kleine kledingsmaten in de winkel,... en zal ook deze factoren aanhalen. 43% van de diëtisten is ervan overtuigd dat het zelfbeeld vanzelf verhoogt wanneer de patiënt zich energiever gaat voelen na het stapgewijs introduceren van beweging en een gezond voedingspatroon. 14% linkt het zelfbeeld rechtstreeks aan een lager gewicht. 29% van de diëtisten zou patiënten met een negatief zelfbeeld positief proberen te benaderen door bijvoorbeeld complimenten te geven over het uiterlijk. 14% gaf aan dat *'het zich goed voelen'* en *'genieten van eten'* in kader van deze problematiek belangrijk is.

Tabel 6 Belang van positief zelfbeeld, weergegeven als gemiddelde beoordelingswaarde op een schaal van 0 (absoluut geen belang) tot 10 (extreem veel belang).

	Soort diëtist(e)					
	Conventioneel			MFE		
	Gem.	Max.	Min.	Gem.	Max.	Min.
Aandacht voor positief zelfbeeld	8,5	9,0	8,0	9,0	10,0	8,0

Ook MFE-diëtisten vinden het belangrijk dat hun patiënten met verstoord eetgedrag een positief zelfbeeld hebben (gemiddelde waarde 9 op 10). 33% gaf hierbij aan dat het als diëtiste eerst en vooral belangrijk is de patiënt te aanvaarden zoals hij/zij is. Zo kan ook de patiënt zich minder kritisch opstellen ten opzichte van het eigen uiterlijk, wat een indicatie is voor het slagen van de therapie. Hierbij werd ook het volgende vermeld: *'Sommige patiënten zullen zichzelf echter nooit aanvaarden. Ook dat accepteren is een belangrijke ingesteldheid van de MFE-diëtiste'*.

4.4 RESTRICTIEF VOEDINGSADVIES EN LINK MET EETBUIEN

Zoals omschreven in 2.1.5 zijn voedings- en beweeginterventies de meest voorkomende behandelingsvormen van verstoord eetgedrag binnen de reguliere diëtistenpraktijk. Volgens de theoretische benadering draagt een reductie van de voedselinname echter bij tot een cognitieve belasting, en uiteindelijke 'craving' momenten bij patiënten met verstoord eetgedrag. Dit geeft op zijn beurt aanleiding tot overeten en/of eetbuien, zoals beschreven in 2.3.2. Aan de hand van vragenreeks 3 in Bijlage 2, werd hier tijdens de diepte-interviews verder op ingegaan.

4.4.1 Cognitieve belasting door gewijzigde voedselinname

De resultaten van de vraagstelling omtrent cognitieve belasting door gewijzigde voedselinname worden gevisualiseerd in Tabel 7.

86% van de diëtisten geven een gepersonaliseerd dag- of weekschema mee aan patiënten met verstoord eetgedrag. 57% zou dat doen op basis van een voedingsanamnese waarbij nagevraagd wat, hoeveel en op welk moment de patiënt eet. 29% zou een schema uitwerken op basis van een ingevuld voedingsdagboekje. Op het schema worden hoeveelheden aangegeven, onder de vorm van 'eetlepels', 'stuks' en 'kopjes'. Diëtisten werken minder met specifieke gewichten, al vermeldde 29 % een grammage weer te geven wanneer het over de koolhydraten van de warme maaltijd gaat. Diëtisten omschrijven dit schema als een leidraad voor hun patiënten. 86% zou daarnaast vragen aan de patiënt om een voedingsdagboekje bij te houden. 43% doet dit om de patiënt de nodige inzichten in het eetpatroon te verschaffen. 43% haalde aan dat het voedingsdagboekje de diëtist de

mogelijkheid verschaft om het eetpatroon van een specifieke periode te controleren, op te volgen en/of bij te sturen. Andere redenen die gegeven werden: *'om te linken aan gedachten en gevoelens'* en *'om meer variatie in te bouwen'*. 71% van de diëtisten zou in het voedingsadvies specifieke voedingsmiddelen aanraden die verband houden met de principes van gezonde voeding. 71% gaf ook aan dat het verbieden van voedingsmiddelen niet werkt, waarvan 29% letterlijk vermeldde dat alles toegelaten wordt. Deze laatste plaatsten hierbij wel een beperking op de portiegrootte. 29% gaf aan bepaalde voedingsmiddelen af te raden. Hierbij werd verwezen naar lightproducten, suiker- en vetrijke producten of de portiegrootte.

Tabel 7 Factoren die aanleiding geven tot restrictief eten

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFE	
		Aantal	%	Aantal	%
Meegeven van dag- of weeschema's?	ja	6	85,7	2	66,7
	neen	1	14,3	1	33,3
Bijhouden van een voedingsdagboek ?	ja	6	85,7	1	33,3
	neen	1	14,3	2	66,7
Voedingsmiddelen aanraden ?	ja	5	71,4	1	33,3
	neen	2	28,6	2	66,7
Voedingsmiddelen afraden ?	ja	2	28,6	1	33,3
	neen	5	71,4	2	66,7

67% van de MFE-diëtisten (waaronder °) zou een gepersonaliseerd dag- of weeschema meegeven waarop specifieke hoeveelheden vermeld worden. 33% zou hierop specifieke hoeveelheden weergeven om gevoelens van honger en verzadiging te verkennen. Wanneer patiënten zich niet aan deze hoeveelheden kunnen houden, of wanneer de patiënten overeten ten gevolge van triggers en hierdoor gevoelens van falen ervaren, wordt tijdens de volgende consultatie de link gelegd met de drijfveer van het eetgedrag. 33% gaf aan geen dag- of weeschema's mee te geven. Hierbij werd aangehaald dat *'het vooral de bedoeling is dat de de patiënt zo snel mogelijk autonoom wordt en leert luisteren naar zijn lichaam. Ik kan het lichaam niet horen, dus ik kan niet zeggen wat hij/zij moet doen.'* 33% (°) vraagt ook aan de patiënt om een voedingsdagboekje bij te houden, met als belangrijkste doelstelling de patiënt op te volgen en na te gaan of de voedingseducatie goed begrepen werd. 33% (°) gaf aan voedingsmiddelen aan of juist af te raden. Ook hierbij wordt vertrokken vanuit de basis voor een gezonde voeding. De overige 67% doet dit niet. 33% hiervan haalde aan dat de meeste patiënten met verstoord eetgedrag vaak al verboden voedingsmiddelen en voedselovertuigingen in gedachten hebben. Aan de hand van een uitgebreide vragenlijst tijdens het eerste gesprek, gaat zij net de specifieke overtuigingen van elke patiënt nuanceren.

4.4.2 Cognitieve belasting door voedseducatie en link comfortvoeding

De resultaten van de vraagstelling rond voedseducatie en de link met comfortvoeding worden weergegeven in respectievelijk Tabel 8 en Tabel 9.

Binnen de regulieren diëtistenpraktijk wordt volgens schatting ongeveer 56% van de totale behandelingsduur besteed aan voedseducatie (Tabel 8). Wat diëtisten precies onder voedseducatie verstaan, werd niet verder bevraagd. Wél werd door 57% aangegeven dat de resterende tijd met gedragstherapie, het 'bespreken van beweging', 'het bespreken van problemen' en 'bespreken van gevoelens en gebeurtenissen' aangevuld wordt.

Tabel 8 Relatief belang van voedingseducatie tijdens de behandeling, in % van de totale behandelingsduur

	Soort diëtist(e)					
	Conventioneel			MFU		
	Gem.	Max.	Min.	Gem.	Max.	Min.
% Voedingseducatie	55,71	80,00	20,00	31,83	80,00	0,50

MFE-diëtisten besteden opmerkelijk minder tijd aan voedingseducatie, met een gemiddelde van 32% van de volledige behandelingsduur (Tabel 8). Hierbij moet echter opgemerkt worden dat deze gemiddelde waarde sterk beïnvloed wordt door extreem uiteenlopende inschattingen. Één MFE-diëtiste (°) besteedt 80% van haar consultaties aan voedingseducatie. De overige MFE-diëtisten spenderen respectievelijk 0,50% en 15% aan voedingseducatie. Deze laatste benutten meer tijd aan de Mindful Eating aspecten zoals besproken in 2.3.2. Zo vermeldden zij expliciet 'bewust eten, opmerken van gedachten, gevoelens en gewaarwordingen, meditatie, de verschillende hongers, en de fysiologie van het lichaam', alsook 'luisteren en aandacht naar het lichaam'.

Op de vraag 'Hoeveel aandacht schenk je aan het effectief genieten van eten?' gaf 86% van de diëtisten een positief antwoord (Tabel 9). 14% gaf aan hier rekening mee te houden bij het opmaken van het gepersonaliseerd dag- of weeschema en zou hierbij voedingsmiddelen noteren die de patiënt graag lust. 14% vermeldde dat een voedingsdagboekje de mogelijkheid biedt om wat variatie in te bouwen en geeft occasioneel een receptenbundel mee. 14% gaf toe misschien iets te weinig aandacht te geven aan het genieten van voeding, terwijl dat wel als erg belangrijk omschreven werd. 43% van de diëtisten vermeldde dat genieten in 20 à 30% van het dieet kan, wanneer de patiënt het voor de overige tijd 'goed' doet. Wanneer het over genieten van eten gaat, maakte 57% van de diëtisten een link met een 'zondigmoment' met volgende vermeldingen: 'De momenten waarop gezondigd wordt, moeten ze wel iets nemen waarvan ze echt genieten', 'Ik haal de 80/20-regel aan. Probeer het 80% van de tijd goed te doen, en je mag 20% genieten', 'Ze moeten zo'n 20 à 30% van hun tijd kunnen genieten, maar ze moeten dan wel kunnen kiezen. Of – of – of, en niet en – en – en.' of 'Ik doe dat door te zeggen dat ze nog altijd eens mogen zondigen, en dat ze er dan van mogen genieten'.

Tabel 9 Aandacht voor het genieten van eten

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFE	
		Aantal	%	Aantal	In %
Aandacht voor genieten van eten?	ja	6	85,7	3	100,0

MFE-diëtisten benaderen genieten duidelijk op een andere manier en schenken hier allemaal veel aandacht aan (Tabel 9). Zo haalt 33% expliciet aan dat genieten als werkpunt opgenomen wordt in de behandeling door het herkennen en verkennen van de zintuigen in nabijheid van voeding. Bovendien werd verklaard dat *'wanneer patiënten kunnen genieten van voeding, ze niet hoeven te eten tot voorbij het verzadigingspunt. Door zich bewust te zijn van de verschillende hongers, kan gestopt worden met eten wanneer het plezier afneemt'*.

4.5 ZELFREGULATIE EN MOTIVATIE IN KADER VAN GEDRAGSVERANDERING

Zoals omschreven in 2.3.2 is een inzicht in het eigen functioneren en eetgedrag als reactie op interne en externe signalen erg belangrijk in kader van zelfregulatie. Meer vrijheid in het eigen handelen en het nemen van autonome voedingskeuzes en eetbeslissingen kan op lange termijn gedragsverandering bevorderen. Aan de hand van vragenreeks 5-7 (zie Bijlage 2) werd hierop verder op ingegaan tijdens de diepte-interviews.

4.5.1 Fysiologische signalen van honger en verzadiging

De resultaten van de vraagstelling rond factoren met betrekking tot honger en verzadiging worden weergegeven in Tabel 10.

Eerder werd in 2.3.2.2 en 2.3.2.6 aangehaald dat het herkennen van honger en verzadiging essentieel is wanneer voeding aanzien wordt als een antwoord op fysiologische behoeften. 71% van de diëtisten antwoordden positief op de vraag *'Leer je de patiënt opnieuw luisteren naar het lichaam i.v.m. honger en verzadiging?'* (Tabel 10). Wanneer doorgevraagd werd naar de manier waarop dit aangeleerd zou worden, werden uiteenlopende antwoorden gegeven. 14% gaf aan te werken rond de bewustwording van *'honger en goesting'*, en het verschil tussen *'vullen en voeden'*. 14% zou de werking van de maag uitleggen en op deze manier een link maken naar honger en verzadiging. 57% haalde aan dat het vooral belangrijk is zich aan het dagschema te houden in kader van regelmaat. Zo werd vermeld *'Ik zeg hen vooral dat ze de porties die ik aangeef moeten proberen respecteren'* of *'Ik geef ergens een dagschema mee, waarbij ik benadruk dat het beter is om een ontbijt te eten, ondanks dat ze soms geen honger hebben'*. 29% benadrukt bij patiënten dat ze altijd even moeten wachten vooraleer ze een tweede keer bijscheppen of een dessert nemen, zodat de verzadiging ervaren kan worden. 14% zou optioneel een dessert opnemen in het dagschema. Hierbij wordt vermeld dat een dessert toegestaan is, indien de patiënt 30 minuten na de maaltijd nog steeds honger

ervaart. Daarnaast zou 86% hun patiënt ook aanraden om tussendoortjes te consumeren (Tabel 10). Hierbij werd bijvoorbeeld aangehaald: *'Soms krijg ik de vraag: ik heb eigenlijk geen honger om 10u, waarom moet ik dan een tussendoortje eten? Hierbij benadruk ik wel het belang, en zeg ik dat ze het wel altijd moeten doen'* of *'Mensen denken soms, ik ga de tussendoortjes weglaten want ik heb ze niet nodig, maar het is beter om eentje te eten dan geen te eten'*. Enige nuancering is hier echter noodzakelijk. 57% vermeldde expliciet dat tussendoortjes een manier zijn om extreme honger te vermijden en overeten tijdens de hoofdmaaltijd te voorkomen. Slechts 14% benadrukt dat een tussendoortje geen verplichting is en *'dat dit enkel genomen moet worden wanneer men vindt dat ze het nodig hebben'* (Tabel 10).

Tabel 10 Factoren met betrekking tot honger en verzadiging

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFU	
		Aantal	%	Aantal	%
Luisteren naar lichaam op basis van honger en verzadiging?	ja	5	71,4	3	100,0
	neen	2	28,6	0	0,0
Aangeraden te eten op vaste momenten?	ja	7	100,0	2	66,7
	neen	0	0,0	1	33,3
Verplicht tussendoortjes ?	ja	6	85,7	1	33,3
	neen	1	14,3	2	66,7
Aanbeveling specifieke hoeveelheden ?	ja	5	71,4	2	66,7
	neen	2	28,6	1	33,3

Alle MFE-diëtisten leren hun patiënten te luisteren naar het lichaam in verband met honger en verzadiging (Tabel 10). 67% geeft aan dat de Mindful Eating oefeningen hierbij een basis van de behandeling vormen. Er werd echter wel aangehaald *'dat het ergens normaal is een beetje te structureren, om zo na een bepaalde tijd tot een voedingspatroon te komen wat voor de meeste mensen inhoudt: ontbijt, middagmaal, vieruurtje en avondmaal'*. 33% (°) gaf aan Mindful Eating pas in een verder stadium van de behandeling toe te passen, indien de patiënt hiervoor openstaat.

4.5.2 Inzicht in emotionele triggers tot overeten

Zoals eerder aangehaald in 2.3.2. kunnen eetbuien (onbewust) uitgelokt worden door o.a. emoties. Het nagaan en daarbij het verkrijgen van inzicht in deze, mogelijks ingesleten en automatische, reactiepatronen kan helpen bij het minder of minder intens voorkomen van het aantal eetbuien. Aan de hand van vragenreeks 5-7 (zie Bijlage 2) werd gepeild naar de aandacht die diëtisten schenken aan mogelijke oorzaken, bespreking en de behandeling van onderliggende gevoelens en emoties tijdens deze eetbuien. De resultaten van deze vraagstelling worden gevisualiseerd in Tabel 11.

De vragen 'Ga je de oorzaak van de eetbui na?', 'Vraag je naar onderliggende emoties en gevoelens op dat moment' werd door alle diëtisten positief beantwoord (zie tabel 11). 43% zou hiervoor het voedingsdagboekje inschakelen, en zou aan de patiënt vragen gevoelens en gedachten te noteren of een smiley / sippe emoticon te tekenen. Ook op de vraag 'Wordt dit besproken en behandeld?' antwoordde iedereen 'ja'. 43% zou de patiënt hierbij alternatieve copingstrategieën aanleren om in de toekomst anders met de emoties voor een eetbui om te gaan. Bij deze vraag gaf 29% wel de opmerking dat ze voor het effectief behandelen van de eetbuien zouden doorverwijzen naar een psycholoog.

Tabel 11 Nagaan van emotionele triggers tot (over)eten

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFU	
		Aantal	%	Aantal	%
Nagaan oorzaak eetbuien ?	ja	7	100,0	3	100,0
	neen	0	0,0	0	0,0
Navraag onderliggende gevoelens en emoties tijdens eetbuien?	ja	7	100,0	3	100,0
	neen	0	0,0	0	0,0
Bespreken en behandelen van gevoelens en emoties tijdens eetbuien?	ja	7	100,0	3	100,0
	neen	0	0,0%	0	0,0%

Ook 100% van de MFE-diëtisten beantwoordden deze vragenreeks positief. 33% (°) vermeldde hierbij wel dat het bespreken en behandelen van eetbuien niet uit de weg gegaan wordt, maar zou zich niet opstellen als 'hiervoor moet je bij mij zijn'. Zij haalde ook het doorverwijzen naar een psycholoog aan. 33% haalde aan dat patiënten aangeleerd worden dat 'de eetbuien zullen blijven komen, en dat ze dus niet moeten verwachten dat die zullen wegblijven. Maar eens ze de eetbui bewuster ervaren, ze misschien wel sneller een stop zullen kunnen zetten'. 33% zei hierbij dat 'door de manier van de therapie, bij sommige mensen de eetbuien al automatisch gaan verminderen, zonder dat er specifiek op gewerkt wordt. Omdat de patiënt zichzelf aanvaardt, zich beter voelt, geen beperkingen heeft, minder cognitieve restrictie voelt,... Als er echt eetbuien blijven komen, kijken we verder naar wat er gebeurt op het moment zelf.'

4.5.3 Motivatie en gedragsverandering

De resultaten van de vraagstelling met betrekking tot zelfregulatie worden visueel weergegeven in Tabel 12.

Op de vraag 'Wordt er tijdens de behandeling ook dieper ingegaan op de motivatie van de patiënt?' antwoordden alle diëtisten positief. Alle diëtisten gaven hierbij aan dat het motiveren van patiënten een belangrijk onderdeel van de behandeling is, en 100% neemt

dit dus ook op in de behandeling (Tabel 12). 29% gaf aan dit te doen door de patiënt te vragen naar hun motivatie ('*Zie je het zitten voor volgende week*') of door de patiënt in bemoedigende woorden toe te spreken. Gedragsverandering wordt door 71% stap voor stap aangeleerd. 29% zal gedragsverandering benaderen door expliciet de fasen van gedragsverandering te bespreken met de patiënt. Zoals eerder aangehaald (zie Tabel 7), wordt door 86% dag- en weekschema's meegegeven en zou 43% de patiënt ook vragen een voedingsdagboekje bij te houden om hem/haar zo de nodige inzichten in zijn/haar eetpatroon te verschaffen. 14% gaf aan gedragsverandering aan te leren door de patiënten hun eigen menuplaning en bijhorend boodschappenlijst te laten opstellen, met als belangrijkste doel impulsief koopgedrag te voorkomen.

Tabel 12 Factoren met betrekking tot zelfregulatie

		Soort diëtist(e)			
		Conventioneel		MFE	
		Aantal	%	Aantal	%
Gedragsverandering opgenomen in behandeling?	ja	7	100,0	3	100,0
	neen	0	0,0	0	0,0
Ingaan op de motivatie van de patiënt?	ja	7	100,0	1	33,3
	neen	0	0,0	2	66,7

33% van de MFE-diëtisten gaf aan motivatie als een belangrijk onderdeel van de behandeling te zien. Hiertoe worden motiverende gesprekstechnieken gebruikt voor het uitlokken van verandertaal en motivatie bij de patiënt zelf, dit wordt aanzien als basis van de behandeling. 67% (waaronder °) gaf aan dat er niet verder op motivatie ingegaan wordt tijdens de behandeling. Hiervoor werd meerdere redens aangegeven: '*motivatie moet moment per moment bekeken worden*', '*dan is het precies alsof ze 'moeten' gemotiveerd zijn (°)*' en '*Het feit dat ze naar mij komen, is al een teken dat ze gemotiveerd zijn (°)*.' 100% van de MFE-diëtisten neemt wel gedragsverandering op in de behandeling. 33% (°) doet dat aan de hand van het uitleggen van de voedselcomponenten. 33% gaf aan dat gedragsverandering gestimuleerd wordt door datgene wat de patiënt zelf als 'fout' ervaart. Eén diëtiste vertelt: '*Vaak komen patiënten binnen met de melding 'het is niet goed gegaan, ik heb zoveeeeeel fout gedaan'. Dat woord hoor ik al niet graag, want lekker eten is geen fout hé. Dus proberen we de foutgedachten of angsten over de dingen die ze doen of eten eruit te krijgen aan de hand van het opmerken wat het lichaam eigenlijk wou op dat moment.*' 33% gaf aan ook hier te werken aan de hand van motiverende gesprekstechnieken in combinatie met Mindful Eating oefeningen: '*De patiënt vindt hierdoor zelf oplossingen en interne motivatie en geeft aan wat hij wil doen, of waartoe hij bereid is om iets te doen.*'

4.6 ALGEMENE DISCUSSIE

In de hoofdstukken 4.1 – 4.5 werden de resultaten uit de diepte-interviews weergegeven, en reeds deels per vraagstelling besproken. In deze algemene discussie worden linken gelegd tussen de verschillende observaties en de inzichten bekomen tijdens de interviews.

Uit de interviews kwam onder meer naar voor dat diëtisten steeds frequenter geconfronteerd worden met patiënten met verschillende vormen van verstoord eetgedrag. Dit indiceert een hedendaagse groep van patiënten die op zoek zijn naar een specifieke aanpak, verschillend van de reguliere behandelingen binnen de conventionele diëtistenpraktijk. MFE-diëtisten ontvangen procentueel gezien méér patiënten met verstoord eetgedrag. Enerzijds bestaat de kans dat zij een bewustere houding naar deze patiënten toe hebben, en verstoord eetgedrag beter herkennen. Anderzijds is het mogelijk dat patiënten met verstoord eetgedrag op termijn toch op zoek gaan naar een alternatieve benadering van hun eetpatroon, vanuit een gevoel dat ze met conventionele diëtetiek niet geholpen worden.

De resultaten van de steekproef tonen aan dat diëtisten minder belang hechten aan gewicht en BMI van de patiënt met verstoord eetgedrag, er werd duidelijk meer belang gesteld in de lichaamssamenstelling. Hieruit kan besloten worden dat de gewichtsfocus bij diëtisten enigszins verschoven is naar een focus op de lichaamssamenstelling. Er wordt vermoed dat de aandacht hierbij vooral op vetpercentage ligt. Dit werd echter niet specifiek nagevraagd binnen de afgenomen interviews, een sluitend antwoord is hierbij dus niet mogelijk. Diëtisten haalden aan dat het cijfer op de weegschaal voor veel patiënten wél een belangrijke tot zelfs essentiële factor is, waardoor het wegen van de patiënt veelal tijdens elke consultatie plaatsvindt. Het gevaar bestaat dat een consultatie in de diëtistenpraktijk hierdoor een gewichtsgeoriënteerde connotatie krijgt, waardoor het streven naar een ideaalbeeld in de toekomst net wordt aangewakkerd. De patiënt kan hierbij gevoelens van frustratie, falen, schaamte en schuld ontwikkelen wanneer de doelstelling (het streefgewicht), niet worden behaald. Zoals omschreven in 2.3.2 leiden deze gevoelens net tot een hogere gewichtsconditionering, extreme gevoelens bij het niet behalen van de vooropgestelde doelstellingen of het uitblijven van resultaat én een vertekend zelfbeeld, waardoor de patiënt in een vicieuze cirkel van restrictief eten en overeten kan terechtkomen. Hieruit kan besloten worden dat diëtisten niet lijken te beseffen dat het zelfbeeld negatief beïnvloed kan worden door het (onbewust) benadrukken van externe schoonheid, gewicht en/of vetpercentage tijdens consultaties.

De meerderheid van de MFE-diëtisten streeft eerder lichaamsacceptatie na, en acceptatie van het 'zijn' bij hun patiënten met verstoord eetgedrag. Hierdoor ontstaat ruimte om de vicieuze cirkel te doorbreken wanneer patiënten zich minder kritisch opstellen naar het eigen uiterlijke en innerlijke toe (zie 2.3.2.9). De patiënt hoeft hiervoor niet tevreden te zijn met zijn/haar lichaam. Enige vorm van waardering, mildheid en respect naar het eigenlijk lichaam toe zorgt al voor een bepaalde flexibiliteit in de restrictie. Deze vorm van zelfzorg kan mogelijk een belangrijke meerwaarde betekenen binnen de reguliere diëtistenpraktijk.

Diëtisten lijken zich binnen de consultaties met patiënten met verstoord eetgedrag vooral te concentreren op het doorbreken van ongezonde eetgewoonten. Vaak proberen ze dit te bereiken door hun patiënten een dag- of weekschema mee te geven. Hierbij werd meermaals aangegeven dat hoeveelheden daarbij als een leidraad gelden, waardoor de patiënt een gevoel van controle ervaart (zie 2.3.2). Uit het onderzoek blijkt dat deze controle duidelijk extrinsiek wordt aangebracht door de diëtist, met de gekende valkuilen als gevolg (zie 2.3.2). Bovendien gaat deze, door het opleggen van specifieke hoeveelheden, porties en eetmomenten, deels voorbij aan fysieke honger- en verzadigingssignalen van het individu. Er wordt verwacht en aangeraden dat de patiënt daarbij 'zo goed mogelijk' dit schema probeert te volgen, ook indien er geen sprake is van (fysiologische) honger. Onbewust wordt hierdoor aangeleerd niet meer te vertrouwen op signalen van het eigen lichaam, en ontstaat een geconditioneerde maaghonger (zie 2.3.2.2). Door het aanleveren van een voedingsschema en het aanraden van tussendoortjes, lijkt het alsof diëtisten honger net willen vermijden bij hun patiënten, en wordt gestreefd naar een constant gevoel van verzadiging. Het individueel aanvoelen van honger en verzadiging wordt niet expliciet aangeleerd, terwijl bewustwording hieromtrent net belangrijk is in kader van zelfregulatie op lange termijn.

Bovendien blijkt dat diëtisten door middel van een dag- of weekschema hun patiënten bewust een gevoel van controle willen geven, aangezien patiënten met verstoord eetgedrag vaak over een enorme externe voedingsfocus beschikken (zie 2.1.6), en deze controle net blijken te verwachten als onderdeel van de dienstverlening. Er wordt aangenomen dat dergelijke patiënten met erg veel onduidelijkheden en vragen zit, en vaak onrealistische verwachtingen heeft. Hierdoor zoeken ze een oplossing buiten zichzelf, wat de actieve vraag naar extrinsieke controle, en bijgevolg de aanpak door diëtisten enigszins verklaard. Dit kan mogelijks ook de grote tijdsbesteding aan voedingseducatie verklaren bij diëtisten. Tijdens de voedingseducatie wordt door de meerderheid van de diëtisten weinig tijd besteed aan het genieten van eten. Bovendien wordt, mogelijks onbewust, het genieten van voeding aan een 'zondigmoment' gelinkt. Hierdoor kan het voor de patiënt overkomen alsof er tijdens een dieet een duidelijke afgebakende lijn bestaat tussen het volgen van het dagschema en het consumeren van comfortvoeding. Hierdoor ervaart de patiënt deze 'ongezonde' comfortvoeding als 'te vermijden', wat echter aanleiding geeft tot een verhoogd beloninggerelateerde gevoel (zie 2.1.6).

MFE-diëtisten benaderen hongergevoel, verzadiging en genieten duidelijk op een andere manier dan de conventionele diëtisten. Zij leren hun patiënt het lichaam te benaderen als belangrijkste indicator voor noodzakelijke eetmomenten, het herkennen en verkennen van honger en verzadiging aan de hand van bewuste pauzes en keuzemomenten, en bewust genieten aan de hand van alle zintuigen. Deze benadering kan ook bij regulieren diëtisten een waardevolle aanvulling in de behandeling betekenen, gezien deze aanpak een grote invloed kan hebben op zelfregulatie en gedragsverandering op lang termijn.

Ook een goed inzicht in mogelijke triggers tot overeten is belangrijk in kader van gedragsverandering op lange termijn (zie 2.3.2.4 en 2.3.2.5). Het onderzoek wijst uit dat diëtisten de confrontatie met emotionele triggers niet uit de weg gaan. Een groot deel van

de geïnterviewde diëtisten geeft aan tijdens consultaties actief te vragen naar welke emoties naar boven kwamen vóór, tijdens en na een eetbui. Hierdoor wordt geprobeerd de patiënt enige inzichten te verschaffen in hun verstoord eetgedrag. Waar mogelijk, leren diëtisten de patiënt ook copingstrategieën aan om in de toekomst op een niet-voedingsgerelateerde manier met deze emotionele reactiviteit om te gaan. Indien de patiënt hiervoor openstaat, deinst de diëtist bovendien ook niet terug om door te verwijzen naar een psycholoog. Het is echter onduidelijk of een psycholoog hier wél een kant en klaar antwoord kan bieden. MFE-diëtisten daarentegen leren hun patiënten, door het werken op acceptatie en bewustwording, stil te staan op het moment dat de eetbui zich voordoet, en niet achteraf. Hierdoor ontstaat een keuzemoment en ervaren MFE-diëtisten dat de eetbuien vaak al minder voorkomen, of minder intensief door voortijdige afbreking. Ook hier kan Mindful Eating als mogelijke aanvulling gezien worden binnen de conventionele diëtetiek.

Ten slotte kan geconcludeerd worden dat diëtisten hun patiënten op een extrinsieke wijze motiveren, hun voorzien van de nodige inzichten omtrent het eetpatroon en hen zo begeleiden naar zelfregulatie en gedragsverandering op lange termijn. Dit door het meegeven van dag- en weekschema's, voedingsdagboekjes en het toespreken op een motiverende wijze. De meerderheid van de MFE-diëtisten daarentegen gaf aan juist niet verder in te gaan op de motivatie van de patiënt. Tijdens de interviews werd niet verder doorgevraagd over de reden(s) hiervoor, maar er kan aangenomen worden dat de Mindfulness en Mindful Eating filosofie 'leven in het nu', het moment per moment bekijken, een belangrijke rol speelt. Ook motivatie kan als een emotie van voorbijgaande aard aanzien worden, en wordt door de specifieke techniek mogelijks intrinsiek en autonoom uitgelokt, zonder hiernaar te streven. Gedragsverandering wordt benaderd door te streven naar het zelfstandig (intrinsiek) ontkrachten van foutgedachten en/of angsten. Dit zou ook binnen de reguliere diëtistenpraktijk mogelijks een krachtige tool kunnen zijn.

5 ALGEMEEN BESLUIT

De onderzoekers zijn zich bewust van de kleinschaligheid van dit onderzoek, de limitaties van interviews en het gevaar op voortijdige conclusies op basis van beperkte informatie. De behandeling van patiënten met verstoord eetgedrag is erg complex en theoretisch moeilijk te benaderen. Bovendien wordt, door een behandeling effectief in de praktijk uit te voeren, een vertrouwensrelatie met de patiënt opgebouwd waaruit vaak een therapie van diepgaandere aard kan groeien. Tijdens de diepte-interviews daarentegen werd een fictieve casus aan diëtisten voorgesteld, waarmee de diëtisten geen persoonlijke binding hebben. Er werd gaandeweg door de interviewers opgemerkt dat diëtisten het moeilijker vonden om de vragen binnen vragenreeks 5, 6 en 7 te beantwoorden (zie Bijlage 2). Er wordt aangenomen dat dit in de praktijk op een vlottere manier toegepast zou worden, net door de opgebouwde professionele band met de patiënt. Omwille van de complexiteit van de materie, en gebrekkige ervaring in interviewtechnieken van de onderzoekers, werden ook niet alle mogelijke bijdragen van Mindful Eating nagevraagd.

Desondanks kan besloten worden dat door het toepassen van een aantal Mindful Eating technieken bepaalde lacunes/valkuilen binnen de conventionele diëtetiek kunnen aangevuld of vermeden worden. De onderzoekers benadrukken dat het niet de bedoeling is Mindful Eating als ultieme oplossing naar voor te schuiven, noch om elke diëtiste een training tot Mindful Eating te adviseren. Er wordt wel geconcludeerd dat de diëtist(e), door het zich eigen maken van een aantal nieuwe denkpatronen uit Mindful Eating, in de mogelijkheid kan gesteld worden om (sommige) patiënten met verstoord eetgedrag adequater te begeleiden. Zo is het belangrijk te beseffen dat voeding slechts een stukje van de puzzel is van een behandeling binnen de reguliere diëtistenpraktijk. Naast het streven naar kwalitatieve én kwantitatieve voedingsgewoonten, zijn ook andere factoren van belang in de strijd naar een optimale gezondheid. Een paradigma schift is volgens de onderzoekers gewenst bij de manier waarop (al dan niet bewust) met het gewicht wordt omgegaan, het aanbrengen van voedingsaanbevelingen en het omgaan met voeding gerelateerde gevoelens, gedachten en emoties. Waar mogelijk is het aangeraden de focus zoveel mogelijk van extrinsiek (uitgaand van adviezen gegeven door de diëtist) naar intrinsiek (vertrekkende van inzichten bij de patiënt) te verschuiven. Hierbij kan de patiënt opnieuw de controle over het lichaam in eigen handen te nemen, waardoor een lange termijn doelstelling en leefstijlveranderingen mogelijk worden. Het onderzoek in de bachelorproef en het uitwerken van aanbevelingen is één zaak. Het onderzoeken of deze aanbevelingen in de praktijk ook echt tot betere resultaten kunnen leiden, is een andere zaak die we graag in de toekomst door anderen gerealiseerd zouden zien, of die we zelf door ervaring wensen te ondervinden in onze eigen visie op diëtetiek.

Ervan uitgaande dat Mindful Eating een 'blijver' is binnen de alternatieve diëtetiek, lijkt het interessant om een introductie omtrent de technieken binnen Mindful Eating in de opleiding voeding- en dieetkunde op te nemen. Dergelijke introductie kan helpen de inzichten van toekomstige diëtisten te verruimen, en alternatieve denkpatronen aan te reiken.

LITERATUURLIJST

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC
- Alberts, H.J., Thewissen, R., Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58, p.847–851.
- Bacon, L., Aphramor, L. (2011). Weight Science: Evaluating the Evidence for a Paradigm Shift. *Nutrition Journal*, 10:9, p. 1-13.
- Baerten, C. (2016a). *ME-Cl. Cognitive-affective qualities in a Mindful Eating training*. Jette: Caroline Baerten
- Baerten, C. (2016b), *Mindful Eating, Conscious Living training (werkboek 2016)*. Jette: Caroline Baerten
- Bel, S., Lebacqz, T., Ost, C., Teppers, E. (2015). Rapport 1: Voedingsgewoonten, antropometrie en voedingsbeleid. Samenvatting van de onderzoeksresultaten. In: Ost C., Tafforeau J. (ed.). *Voedselconsumptiepeiling 2014-2015*. WIV-ISP, Brussel, 2015.
- Beshara, M., Hutchinson, A.D., Wilson C. (2013). Does Mindfulness matter? Everyday mindfulness, Mindful Eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67,p. 25–29.
- Brewer, J. (2016). Mindfulness. *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)*, 2016, p. 144–147.
- Brown, K.W, Ryan, R.M., Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18, No. 4, p. 211–237.
- Chozen Bays, J. (2010). *Mindful eten, een gezonde en vreugdevolle relatie met voedsel*. Utrecht: Kosmos Uitgevers
- Crane, R. S., Kuyken, W., Hastings, R. P., Rothwell, N., & Williams, J. M. G. (2010). Training teachers to deliver mindfulness-based interventions: learning from the UK experience. *Mindfulness*, 1, p. 74–86.
- Dalen, J., Smith, B. W., Shelley, B. M., Sloan, A. L., Leahigh, L., Begay, D. (2010). Pilot study. Mindful Eating and Living (MEAL): Weight, eating behavior, and psychological outcomes associated with a mindfulness-based intervention for people with obesity. *Complementary Therapies in Medicine* (18), p. 260-264.

- Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., Epel, E. (2011a). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of Obesity*. Article ID 651936.
- Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F.M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P. J., Epel, E. (2011b). Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized Mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 37, p. 917-928.
- Dejesse, L. D., & Zelman, D.C. (2013). Promoting Optimal Collaboration Between Mental Health Providers and Nutritionists in the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders* (21), p. 185–205.
- Desaive, C., & Dereppe, H. (2010). *Consensus BASO 2010: een praktische gids voor de evaluatie en behandeling van overgewicht en obesitas*. Leuven: Belgian Association for the Study of Obesity.
- Dumont, N. (2014), Maak kennis met Mindful Eating. *Food in Action* (22), p. 26-28.
- Eetexpert (2015). *Aanpak van overgewicht en obesitas bij volwassenen. Draaiboek voor diëtisten*. Brussel: Vlaamse Gemeenschap, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Evans, A., Crane, R., Cooper, L., Mardula, J., Willks, J., Surawy, C., Kenny, M., Kuyken, W. (2014). A Framework for Supervision for Mindfulness-Based Teachers: a Space for Embodied Mutual Inquiry. *Mindfulness* (6), p. 572-581.
- Forman, E. M., Butryn, M. L. (2014). A new look at the science of weight control: how acceptance and commitment strategies can address the challenge of self-regulation. *Appetite* (84), p. 171-180.
- Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J., M., Littman, A. J., Zeliadt, S., Benitez, D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, p. 1439-1444.
- Hong, P. Y., Lishner, D. A., Han, K. H., & Huss, E. A. (2011). The positive impact of Mindful Eating on expectations of food liking. *Mindfulness*, 2 (2), p. 103-113.
- Hulbert-Williams, L., Nicholls, W., Joy, J., Hulbert-Williams, N. (2014). Initial validations of the Mindful Eating Scale. *Mindfulness*, 5 (6), p. 719-729.
- Hulsbergen, M. (2010). Op Mindfulness gebaseerde cognitieve gedragstherapie. *Psychopraktijk*, 2 (3), p. 17-19.

- Gaylord, S.A., Palsson, O.S., Garland, E.L., Garland, E.L, Faurot, K.R., Coble, R.S., Douglas, M.J., et al. (2011). Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *The American Journal of Gastroenterology*, 106 (9), p. 1678–1688.
- Godfrey, K. M, Gallo, L. C., Afari, N. (2014). Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of behaviour medicine*, 2015 (38), p. 348-362.
- Jedel, S., Hoffman, A., Merriman, P., Swanson, B., Voigt, R., Rajan, K.B., Shaikh, M., et al. (2014). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. *Digestion*, 89, p. 142–155.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating and weight loss: a systematic review. *Eating Behaviors*, p.197-204.
- Lowe, R., Levine, A. S. (2005). Eating Motives and the controversy over dieting: eating less than needed versus less than wanted. *Obesity research*, 13 (5), p.797-806.
- MacLean, P.S., Bergouignan, A., Cornier, M-A., Jackman, M.R. (2011). Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *The American Physiological Society*, 301, R581–R600.
- Mann, T., Tomiyama, A.J., Westling, E, Lew, A.M., Samuels, B., Chatman, J. (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *Am Psychol.*, 62 (3), p. 220-233.
- Mason, E., Epel E., Aschbacher, K., Lustig, R., Acree, M., Kristeller, J., Cohn, M., Dallman, M., Mora P., Bacchetti, P., Laraia, B., Hecht, F., Daubenmier, J. (2016). Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial. *Appetite*, 100, p. 86-93.
- May, M. (2013), *Eat What You Love, Love What You Eat: A Mindful Eating program to break your eat-repend-repeat cycle.*
Geraadpleegd op 13 april 2017 van: amihungry.com/pdf/EatWhatYouLoveCh1.pdf
- National Center For Complementary And Integrative Health (2016). *Meditation: In Depth.*
Geraadpleegd op 10 november 2016 van: <https://nccih.nih.gov>
- Ogden, J., Coop, N., Cousins, C., Crump, R., Field, L., Hughes, S., Woodger, N. (2012). Distraction, the desire to eat and food intake. Towards an expanded model of mindless eating. *Appetite*, 62, p. 119-126.

- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruit-Metz, D., Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 15, p. 453-461.
- Prins, B. & Wolters, M. (2010). *Mindful Eating*. Tiel: Witsand Uitgevers.
- Sauer, S., Lynch, S., Walach, H. & Kohls, N. (2011). Dialectics of mindfulness: implications for western medicine. *Ethics, and Humanities in Medicine*, 6:10.
- Schaefer, J.T., Magnuson, A.B. (2014). A Review of Interventions that Promote Eating by Internal Cues. *Eat right*, 114, p. 734-760.
- Sevenans, P. (2016). *Mindfulnessstraining, acht weken (syllabus)*. Deinze: ITAM, Institute for Training of Attention and Mindfulness .
- Smart, R., Chisum, A., Robertson-Pfeffer, K., Tsong, Y. (2015). Women's experience with a Mindful Eating Course on a University Campus: A Pilot Study. *Californian Journal of Health Promotion*, 13, p. 59-65.
- Teixeira, P.J., Carraça, E.V., Marques, M.M., Rutter, H., Oppert, J-M, De Bourdeaudhuij, I., et al. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13, p. 84-100.
- The Center for Mindful Eating website. The principles of Mindful Eating. Geraadpleegd op 18 november 2016 van: <http://thecenterformindfuleating.org/Principles-Mindful-Eating>
- Tylka, T. L., Annunziante, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R.M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss (review). *Journal of obesity*, 18 pages.
- Vandeputten, A., & Debray, L. (2013). Communiceren over gewicht en leefstijl. *Nutrinews*, 4, 2013, p. 3-7.
- Van Strien, T., Herman, C. P. & Verheijden, M. W. (2009). Eating style, overeating and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*, 52, p. 380–387.
- Van Strien, T., Herman, C. P. & Verheijden, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59, p. 782–789.

van Vreeswijk, M., Broersen, J., Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie: Praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. (1ste druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Wansink, B. & Sobal J. (2007). Mindless Eating: The 200 Daily Food Decisions We Overlook. *Environment and Behavior*, 39 (1), p. 106-23.

WHO Expert Consultation (2011). Waist Circumference and Waist-Hip ratio. Geneva, 8–11 December 2008.
Geraadpleegd op 21 november 2016 van:
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/

WHO Regional Office for Europe (2013). Nutrition, Physical Activity and Obesity, Belgium.
Geraadpleegd op 27 september 2016 van:
<http://www.euro.who.int/en/nutrition-country-profiles>.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1: GOOD PRACTICE GUIDELINES

Hieronder een volledig overzicht van de Good Practice Guidelines, opgesteld door het Center for Mindful Eating, met enkele aanvullingen:

1. Een professionele opleiding in de geestelijke gezondheidszorg (vb. psychologie, psychiatrie, sociaal werk of therapie), gezondheidszorg (vb. diëtist/voedingsdeskundige, arts, kinesitherapeut, of andere paramedici) of een professional met een achtergrond in ecologie, biologie of voedingstechnologie ;
2. Het voltooien van een mindfulness-based programma (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR of Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) en/of gedurende een lange termijn de praktijk toepassen onder begeleiding van een senior docent in een contemplatieve traditie (minimaal 3 jaar) ;
3. Het voltooien van een vijfdaagse (of langer) professionele Mindful Eating Training, die voldoet aan de Richtlijnen TCME voor Mindful Eating Teacher Trainingen. Tijdens deze training worden bijkomend twaalf cognitief-affectieve vaardigheden aangeleerd zodat de trainer deze kan modellen bij patiënten (Baerten, 2016a; Evans et al., 2014; Crane et al., 2010).
4. Als onderdeel van de Mindful Eating Teacher opleiding wordt men bovendien begeleid door een senior Mindful Eating Teacher tijdens minimaal tien privésessies van een Mindful Eating programma,
5. Voldoende kennis en ervaring van de specifieke bevolkingsgroepen aan wie Mindful Eating programma's gegeven zal worden, is essentieel (mensen met een verstoorde eetgedrag, zoals overeten, eetaanvallen, extreem restrictief eten, anorexia, boulimia en orthorexia),
6. Streven naar een persoonlijke Mindfulness uitoefening door middel van dagelijkse formele en informele meditaties, en deelname aan ten minste één stille Mindfulness meditatie retraite tijdens het Mindful Eating leerproces,
7. Inzet voor verdere ontwikkeling als docent door middel van bijscholing, evidence-based onderzoek, en regelmatig contact met andere professionals die dezelfde waarden delen,
8. Toezicht en/of begeleiding door een ervaren Mindful Eating mentor tijdens minimum één Mindful Eating acht weken durende programma.

BIJLAGE 2: DEDUCTIEVE CODERING VAN HET INTERVIEW

Reeks 1 Algemene vragen	
Welke vragen zou je tijdens de eerste consultatie van deze patiënte stellen?	
Welke bijkomende vragen stel je doorgaans bij opvolgconsultaties?	
Reeks 2 Gewichtsfocus	
Welk belang hechten patiënten doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	<i>(geïnternaliseerde) gewichtsstigma?</i>
Merk je verschil bij patiënten met verstoord eetgedrag? Welk belang hechten zij doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	
Welk belang hecht je als diëtist aan de patiëntes gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	<i>Gewichtsfocus?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Bepaal je een streefgewicht en op welke manier?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt de patiënt tijdens elke consultatie gewogen?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Waarom?</i> 	<i>Is de diëtist resultaatgericht (waarbij het resultaat gewichtsverlies is)?</i>
Welk belang hecht je aan het BMI tijdens de behandeling? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	
Welk belang hecht je aan lichaamssamenstelling (bv. vet- en spiermassa)? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Zou je gewichtsverlies opnemen in de behandeling?</i> 	<i>Gewichtsgerichte interventie?</i>
Reeks 3 Zelfregulatie	
Hoe zou je de behandeling concreet aanpakken?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Zou je specifieke hoeveelheden aanbevelen?</i> 	<i>Focus op restrictief eten?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Geef je dag- of weekschema's meer naar huis?</i> 	<i>Heeft de diëtist de behandeling in eigen regie? Wordt zelfregulatie aangeleerd?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt er aan de patiënt gevraagd een voedingsdagboekje bij te houden?</i> 	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Waarom?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Welk belang hecht je aan tussendoortjes?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt de patiënten aangeraden om op vaste momenten iets te eten?</i> 	<i>Link met lichamelijk bewustzijn? Aandacht voor fysiologische prikkels?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Leer je patiënten opnieuw luisteren naar het lichaam i.v.m. honger en verzadiging? Op welke manier wordt dit aangeleerd?</i> 	<i>Verhogen lichamelijke bewustzijn?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Worden er bepaalde voedingsmiddelen aangeraden?</i> 	<i>Labelen van voeding als 'goed' en 'slecht'?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Worden er bepaalde voedingsmiddelen 'verboden'?</i> 	<i>Verhoging cognitieve stress bij patiënten?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoeveel aandacht schenk je aan het bewust eten?</i> 	<i>Aandacht voor automatische reactie patronen en het bewust en aandachtig eten?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoeveel aandacht schenk je aan het effectief genieten van eten?</i> 	<i>Wordt 'ongezond' eten aanzien als een 'zonde' of is er ook ruimte voor 'gezondigen'?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoeveel tijd, procentueel gezien, van de volledige behandeling wordt ingenomen door voedingseducatie?</i> 	<i>Hoeveel tijd gaat naar de 'Wat' en 'Hoeveel' van de MFE cycle?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Waarmee vul je de resterende tijd?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt gedragsverandering opgenomen in de behandeling?</i> 	<i>Extern opgelegd?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Op welke manier wordt dit geïntegreerd?</i> 	<i>Op basis van intrinsieke of extrinsieke motivatie? Door middel van gezond dieet en voldoende lichaamsbeweging?</i>
Reeks 4 Zelfbeeld	
Hoe belangrijk is het voor jou als diëtist dat de patiënt zichzelf aanvaard zoals hij/zij is en dus een positief zelfbeeld heeft? (geef een cijfer van 1 tot 10)?	<i>Wordt een verhoging van het zelfbeeld nagestreefd afhankelijk van de interne kwaliteiten (niet afh. v. externe kwaliteiten)? Is er aandacht voor zelfzorg ('zich goed voelen' vs. 'er goed uitzien')?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoe ga je concreet om met lichaamsontevredenheid?</i> 	<i>Is er aandacht voor een (vertekend) zelfbeeld? Hoe wordt er omgegaan met een gewichtsconditionering van de patiënt?</i>

Reeks 5 Reactieve gedragsketen	
Ga je de oorzaak van de eetbui na?	<i>Wordt aangeleerd een onderscheid te maken tussen lichamelijke gevoelens of gewaarwordingen ten gevolge van een gemoedstoestand en gevoelens van fysieke hongersignalen?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vraag je na naar onderliggende emoties en gevoelens op dat moment?</i> 	<i>Worden mal adaptieve coping mechanismen nagegaan? Is er aandacht voor emotioneel luisteren naar het lichaam, wat heeft het lichaam echt nodig?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt dit besproken en behandeld?</i> 	<i>Krijgt de patiënt inzicht in het eigen functioneren?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoe ga je om met gevoelens van schaamte en schuld na een eetbui van de patiënt?</i> 	<i>Is er aandacht voor de vaak vicieuze cirkel (restrictie – overeten – restrictie) met gevoelens van schaamte en schuld?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Leer je de patiënt een manier om hiermee om te gaan?</i> 	<i>Worden er alternatieve coping strategieën aangeleerd?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Op welk punt zou je kiezen voor een multidisciplinaire aanpak of doorverwijzing naar de psycholoog?</i> 	
Reeks 6 Bewustwording en geconditioneerde patronen	
Naar welke interne beïnvloedingsfactoren vraag je tijdens de consultatie?	<i>Wordt er stilgestaan bij eetbeslissingen van de patiënt (fysieke, lichamelijke, emotionele reactiepatronen)?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Naar welke externe beïnvloedingsfactoren vraag je tijdens de consultatie?</i> 	<i>Is er aandacht voor triggers tot overeten, beloning gerelateerd gedrag, sociaal, extern of lijngericht eetgedrag</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoe ver ga je terug in de tijd om de oorzaak van het probleem op te sporen?</i> 	<i>Is er aandacht voor geconditioneerde patronen?</i>
Hoe reageer je op persoonlijke (psychologische) problemen van de patiënt	<i>Wordt psychologische pijn bij de patiënt nagegaan?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Vraag je specifiek naar onderliggende problemen?</i> 	<i>Is er ook aandacht voor mentale gezondheid?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ga je hier verder op in, of net niet?</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wordt het probleem mee opgenomen in de behandeling?</i> 	

Reeks 7 Motivatie	
Wordt er tijdens de behandeling ook dieper ingegaan op de motivatie van de patiënt?	<i>Intrinsieke of extrinsieke motivatie?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoe ga je als diëtist om met het falen van een patiënt?</i> 	<i>Hoe wordt omgegaan met de bijkomende frustratie voor de patiënt indien het resultaat niet behaald wordt?</i>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Ga je hierdoor de behandeling in vraag stellen of hoe ga je om met deze problematiek?</i> 	<i>Is men zich bewust van het 'probleem' of is er sprake van frustratie bij diëtisten?</i>
Reeks 8 Algemene vragen	
Is dit een voorbeeld waar je in de praktijk al eens mee geconfronteerd werd?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hoe vaak, procentueel gezien, komt dit in de praktijk voor?</i> 	
Wat weet je over Mindful Eating?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Wat is jouw houding ten opzichte van deze techniek?</i> 	<i>Peilen naar interesse en toepasbaarheid</i>
Of indien MFE-diëtisten:	
Waarom koos je voor de bijkomende opleiding Mindful Eating?	

BIJLAGE 3: ANALYSE DIEPTE-INTERVIEWS CONVENTIONELE DIËTISTEN

	Diëtiste 1	Diëtiste 2	Diëtiste 3	Diëtiste 4	Diëtiste 5	Diëtiste 6	Diëtiste 7
Geslacht	V	V	V	V	V	V	V
Extra opleiding	Postgraduaat Diab Educ	Master GZHD-voorlichting	Postgraduaat Diab Educ	Geen	Geen	Geen	Postgraduaat Voeding bij oncologie
Relevante bijscholingen	* Emotioneel eten * Coachend begeleiding	Geen	Geen	Geen	Geen	* Initiatie Mindful Eating * Eetstoornissen	Geen
Multidisciplinair	Nee	Ja	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee
Aantal jaar ervaring	4	7	3	26	2	22	2
Zelfstandig diëtist in hoofd- of bijberoep	Bijberoep	Hoofdberoep	Hoofdberoep	Bijberoep	Bijberoep	Bijberoep	Bijberoep
Welk belang hechten patiënten doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	10	10	9	7	8	4	8,5
Merk je verschil bij patiënten met verstoord eetgedrag? Welk belang hechten zij doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	10	10	9	9	9	5	10
Welk belang hecht je als diëtist aan patiënten hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	2	8	7	6,5	6,5	0	5
§ Bepaal je een streefgewicht en op welke manier?	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee
Is de diëtiste resultaatgericht?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
§ Wordt de patiënt tijdens elke consultatie gewogen?	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
§ Waarom?	Minder focus op gewicht	Om vet- en spierpercentage op te volgen	Patiënt vraagt dit zelf en werkt motiverend	Patiënt vraagt dit zelf	Patiënt vraagt dit zelf en om een evolutie te kunnen aantonen	Om vet- en spierpercentage op te volgen en patiënt te beoordelen	Patiënt verwacht dit
Welk belang hecht je aan het BMI tijdens de behandeling? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	4,5	6	3	5	6	0	3
Welk belang hecht je aan lichaamssamenstelling (bv. vet- en spiermassa)? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	2	10	10	8	9	10	9
Hoe zou je de behandeling concreet aanpakken?							
§ Zou je gewichtsverlies opnemen in de behandeling?	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
§ Zou je specifieke hoeveelheden aanbevelen?	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
§ Geef je dag- of weekschema's meer naar huis?	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Indien de patiënt het vraagt, waardoor de diëtiste de regie in eigen handen neemt?			Ja	Ja	Ja		Ja
§ Wordt er aan de patiënt gevraagd een voedingsdagboekje bij te houden?	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
§ Waarom?	noteren van gedachten en gevoelens om specifieke triggers te definiëren	Om meer variatie in te bouwen	Om op te volgen en bij te sturen waar nodig	Wel indien bewustwording en inzicht in het eetpatroon nodig is	* Controle	Externe invloeden beperken	Bewustwording, controle, liegen nagaan
§ Welk belang hecht je aan tussendoortjes? Worden deze aangeraden?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
§ Wordt de patiënten aangeraden om op vaste momenten iets te eten?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
§ Leer je patiënten opnieuw luisteren naar het lichaam i.v.m. honger en verzadiging?	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja

Hoe reageer je op persoonlijke (psychologische) problemen van de patiënt							
§ Vraag je specifiek naar onderliggende problemen?	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja	Ja
§ Ga je hier verder op in, of net niet?	Ja	Ja	Nee	Nee	Ja	Ja	Ja
§ Wordt het probleem mee opgenomen in de behandeling?	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Ja
Wordt er tijdens de behandeling ook dieper ingegaan op de motivatie van de patiënt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Is dit een voorbeeld waar je in de praktijk al eens mee geconfronteerd werd?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
§ Hoe vaak, procentueel gezien, komt dit in de praktijk voor?	10%	50%	30%	70%	30%	40%	70%
Hoe ga je als diëtist om met het falen van een patiënt?							
Ga je hierdoor de behandeling in vraag stellen of hoe ga je om met deze problematiek?	Nee	Ja		Ja	Soms	Nee	Soms

BIJLAGE 4: ANALYSE DIEPTE-INTERVIEWS MFE-DIËTISTEN

	MFE Diëtiste 1	MFE Diëtiste 2	MFE Diëtiste 3
Geslacht	V	V	V
Extra opleiding	Geen	Licentiaat in handels- en financiële wetenschappen ('93)	Kinesitherapie Postgraduaat Revalidatie
Relevante bijscholingen	Mindfulness teacher	Mindfulness / MFE	* Motivational Interviewing * Cognitieve gedragstherapie * MFE
Multidisciplinair	Nee	Nee	Nee
Aantal jaar ervaring	31	30	5
Zelfstandig diëtist in hoofd- of bijberoep	Hoofdberoep	Hoofdberoep	Hoofdberoep
Welk belang hechten patiënten doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	9	7	8
Merk je verschil bij patiënten met verstoord eetgedrag? Welk belang hechten zij doorgaans aan hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	5	9,5	9,5
Welk belang hecht je als diëtist aan patiënten hun gewicht? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	6	5	5
§ Bepaal je een streefgewicht en op welke manier?	Ja	Nee	Nee
Is de diëtiste resultaatgericht?	Ja		
§ Wordt de patiënt tijdens elke consultatie gewogen?	Ja	Ja	Nee
§ Waarom?	Gewichtsopvolging	Omdat de patiënt dit zelf wil	Focus is niet gewicht
Welk belang hecht je aan het BMI tijdens de behandeling? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	4	5	5
Welk belang hecht je aan lichaamssamenstelling (bv. vet- en spiermassa)? (Geef een cijfer van 1 tot 10)	8	5	6
Hoe zou je de behandeling concreet aanpakken?			
§ Zou je gewichtsverlies opnemen in de behandeling?	Ja	Nee	Nee
§ Zou je specifieke hoeveelheden aanbevelen?	Ja	Ja	Nee
§ Geef je dag- of weekschema's meer naar huis?	Ja	Ja	Nee
Indien de patiënt het vraagt, waardoor de diëtiste de regie in eigen handen neemt?	Ja	Nee	
§ Wordt er aan de patiënt gevraagd een voedingsdagboekje bij te houden?	Ja	Nee	Ja / nee
§ Waarom?	* ter controle indien de patiënt de educatie begreep		* soms ikv bewust eten
§ Welk belang hecht je aan tussendoortjes? Worden deze aangeraden?	Ja	Nee	Nee

§ Wordt de patiënten aangeraden om op vaste momenten iets te eten?	Ja	Ja	Ja / nee
§ Leer je patiënten opnieuw luisteren naar het lichaam i.v.m. honger en verzadiging?	Ja	Ja	Ja
Op welke manier wordt dit aangeleerd?	MFE	MFE	MFE, GROS, oefeningen en degustaties
§ Worden er bepaalde voedingsmiddelen aangeraden?	Ja	Nee	Nee
§ Worden er bepaalde voedingsmiddelen 'verboden'?	Ja	Nee	Nee
§ Hoeveel aandacht schenk je aan het bewust eten --> Schenk je aandacht aan bewust eten?	Ja	Ja	Ja
§ Hoeveel aandacht schenk je aan het effectief genieten van eten? --> Schenk je aandacht aan genieten van eten?	Ja	Ja	Ja
§ Hoeveel tijd, procentueel gezien, van de volledige behandeling wordt ingenomen door voedingseducatie?	80%	0,50%	15%
§ Waarmee vul je de resterende tijd?	Luisteren	Bewust eten, opmerken gedachten, gevoelens, gewaarwordingen, meditatie, zeven hongers, fysiologie,...	Luisteren naar het lichaam, aandacht voor het lichaam
§ Wordt gedragsverandering opgenomen in de behandeling?	Ja	Ja	Ja
§ Op welke manier wordt dit geïntegreerd?	Uitleg omtrent doel van voedingscomponenten	Verder bouwen op ervaringen van de patiënt	Vertrek vanaf de vragenlijsten en motiverende gesprekstechnieken
§ Hoe belangrijk is het voor jou als diëtist dat de patiënt zichzelf aanvaard zoals hij/zij is en dus een positief zelfbeeld heeft? (geef een cijfer van 1 tot 10)?	8	10	8,5
§ Hoe ga je concreet om met lichaamsontevredenheid?	Geduld, structuur, regelmaat	Verder bouwen op datgene de patiënt vertelt	Motiverende gesprekstechnieken
Ga je de oorzaak van de eetbui na?	Ja	Ja	Ja
§ Vraag je na naar onderliggende emoties en gevoelens op dat moment?	Ja	Ja	Ja
§ Wordt dit besproken en behandeld?	Besproken ja; behandeld nee	Ja	Ja
§ Leer je de patiënt omgaan met schaamte en schuld na een eetbui?	Ja	Ja, indien ze ervoor openstaan, want is vaak een trigger voor de eetbui	Door hun voedings-overtuigingen weg te nemen.

§ Op welk punt zou je kiezen voor een multidisciplinaire aanpak of doorverwijzing naar de psycholoog?	Eetstoornissen	Eetstoornissen	Wanneer je niet meer verder kan
§ Naar welke interne beïnvloedingsfactoren vraag je tijdens de consultatie? --> Vraag je naar interne factoren?	Ja	Ja	Ja
§ Naar welke externe beïnvloedingsfactoren vraag je tijdens de consultatie? --> Vraag je naar externe factoren?	Ja	Ja	Ja
§ Hoe ver ga je terug in de tijd om de oorzaak van het probleem op te sporen?	Ja / nee	Ja / nee	Ja
Hoe reageer je op persoonlijke (psychologische) problemen van de patiënt			
§ Vraag je specifiek naar onderliggende problemen?	Ja / nee	Nee	Ja
§ Ga je hier verder op in, of net niet?	Ja / nee	nee	Ja
§ Wordt het probleem mee opgenomen in de behandeling?	Ja / nee	Ja / nee	Ja
Wordt er tijdens de behandeling ook dieper ingegaan op de motivatie van de patiënt?	nee	nee	Ja
Is dit een voorbeeld waar je in de praktijk al eens mee geconfronteerd werd?	Ja	Ja	Ja
§ Hoe vaak, procentueel gezien, komt dit in de praktijk voor?	50%	80%	70%
Hoe ga je als diëtist om met het falen van een patiënt?	Rustpauze inlassen	Falen bestaan niet	Falen kan niet
Ga je hierdoor de behandeling in vraag stellen of hoe ga je om met deze problematiek?	Nee		Ja

