



# Mindful eten als behandeling voor emotioneel eten bij overgewicht/obesitas?

### Referentie

Morillo-Sarto H, López-Del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, et al. 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: a randomized controlled trial. *Eur Eat Disord Rev* 2023;31:303-19. DOI: 10.1002/erv.2958

### Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie  
Geen belangenvermenging met het onderwerp.

## Klinische vraag

Is mindful eten in vergelijking met de huidige standaardbehandeling een effectieve behandeling om emotioneel eetgedrag bij volwassenen met overgewicht of obesitas te verminderen?

## Achtergrond

Uit een Belgische gezondheidsenquête bleek dat ongeveer 50% van de bevolking leidt aan overgewicht en 15% aan obesitas (1). Verschillende studies toonden een samenhang tussen emotioneel eten en gewichtstoename, eetbuien en overgewicht (2-6). Bij emotioneel eten wordt (in excessieve mate) gegeten als een copingreactie op negatieve emoties en niet als een fysiologische reactie op de aan- of afwezigheid van hongergevoel (7). Het behandelen van eetpatronen zoals emotioneel eten vormt daarom een belangrijk onderdeel in de aanpak van overgewicht/obesitas. Uit een eerdere systematische review en meta-analyse kon men concluderen dat cognitieve gedragstherapeutische interventies (CGT) effectief zijn in het behandelen van eetpatronen bij overgewicht/obesitas (8). In een recentere systematische review en meta-analyse kwam men tevens tot het besluit dat de nieuwere CGT-behandelingen, gebaseerd op mindfulness en acceptatie, effectief zijn in het veranderen van eetgedrag, mentale gezondheid en psychologische aspecten bij overgewicht/obesitas (9). Mindful eten is een voorbeeld van dergelijk op mindfulness gebaseerd programma. Bij mindful eten worden personen aangemoedigd om zich bewust te worden van de zintuiglijke ervaringen die gepaard gaan met het eten, zonder hierover een oordeel te vellen. Het doel is uiteindelijk om meer bewustzijn te creëren rond voedingskeuzes en gevoelens van honger en verzadiging beter te herkennen.

## Samenvatting

### Bestudeerde populatie

- huisartsen van 4 eerstelijnscentra in Spanje rekruteerden patiënten tussen 45 en 75 jaar oud, met een BMI >25 kg/m<sup>2</sup> en die Spaanstalvaardig waren
- inclusiecriteria: aanwezigheid van minstens 2 van de volgende 3 risicofactoren: sedentaire levensstijl, lage dieetkwaliteit, minstens 2 eetbuien per week
- exclusiecriteria: een ziekte met aantasting van het centraal zenuwstelsel (zoals dementie); een ernstige psychiatrische aandoening (zoals schizofrenie, acute depressie, middelenmisbruik), met uitzondering van angst en persoonlijkheidsstoornissen; aanwezigheid van wanen of hallucinaties; suïciderisico; reeds in behandeling (medisch of psychisch) met focus op een verandering van de relatie met voeding of op gewichtsverlies

- uiteindelijke inclusie van 76 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 58,5 (SD 7,5) jaar; 63,2% vrouwen; 76,3% getrouwd; 51,3% lager en 35,5% secundair onderwijs gevolgd; 35,5% werknemer, 19,7% huisman/-vrouw en 25,0% gepensioneerd.

### Onderzoeksopzet

Multicenter **enkelblinde** cluster gerandomiseerde gecontroleerde studie met twee parallelle groepen (10):

- interventiegroep (n=41): standaardbehandeling + groepssessie mindful eten; gedurende 7 weken gaf een psycholoog in groepen van 8-12 personen wekelijkse sessies (van 2 uur) waarin theorie en oefeningen over mindfulness (ademhalings- en meditatieoefeningen alsook eetgerelateerde bewustwordingsoefeningen zoals de rozijnoefening (\*)) gecombineerd worden met huiswerkopdrachten (ademhalings- en meditatieoefeningen zoals de body scan (\*\*), oefenen in het vertragen van het eetritme, honger- en verzadigingssignalen leren herkennen en hier bewust mee oefenen) met als voornaamste doelstellingen: bijbrengen van bewustzijn over automatische processen en honger, kennis over voeding en de relatie tussen eetpatronen en emoties, differentiëren van fysiologische honger versus honger door externe stimuli, evenwicht zoeken tussen genot bij eten en bewustzijn, herkennen van lichamelijke signalen van verzadiging, zelfcompassie in het kader van eetbuien (gewichtverlies is geen direct doel)
- controlegroep (n=35): alleen standaardbehandeling, bestaande uit wekelijkse gesprekken gedurende 7 weken tussen patiënt enerzijds en huisarts en verpleegkundige anderzijds over gezondheid en voeding waarbij ook een voedingsplan wordt opgemaakt
- follow-up na interventie (8 weken na de start van de studie) en na 1 jaar.

\* *De rozijnoefening is een oefening waarbij bewustzijn van de zintuiglijke ervaringen wordt versterkt door elk van de zintuigen te overlopen. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd om aan een rozijn te ruiken en de geur te beschrijven, om met gesloten ogen te voelen aan de rozijn en de sensatie te beschrijven. Er wordt hierbij ook regelmatig gevraagd of er honger of zin in de rozijn optreedt en waar dit wordt gevoeld in het lichaam.*

\*\* *Body scan is een veelgebruikte meditatieoefening waarbij via audiobegeleiding aandacht wordt besteed aan delen van het lichaam. Hierbij worden lichaamsdelen van voeten naar hoofd overlopen met de vraag om bewust de aandacht hiernaartoe te brengen en eventuele sensaties zoals pijn en spanning op te merken, zonder te oordelen en zonder ze te willen veranderen. Op die manier wordt opnieuw bewustzijn zonder oordeel rond zintuiglijke/lichamelijke ervaringen bevorderd. De body scan en andere meditatieoefeningen zijn bijvoorbeeld te verkrijgen op <https://www.actinactie.nl/audio-materiaal/> of in de VGZ Mindfulness App.*

### Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: mate van emotioneel eetgedrag, gemeten met een specifieke subschaal van de **Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE)**
- secundaire uitkomstmaten:
  - mate van extern eetgedrag en lijngericht eetgedrag, telkens gemeten met een subschaal van de NVE
  - aanwezigheid van boulimie, gemeten met de **Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE)**
  - frequentie van eetbuien (BITE-item 27) op een 6-punten Likertschaal
  - risico van eetstoornis, gemeten met de **Eating Attitudes Test-26 (EAT-26)**
  - angst, gemeten met de **Generalised Anxiety Disorder vragenlijst (GAD-7)**
  - depressieve symptomen, gemeten met de **Patient Health Questionnaire (PHQ9)**
  - gewicht, buikomtrek, BMI
  - cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceriden, levertesten, glucose, HbA1c

- systolische en diastolische bloeddruk
- intention-to-treat-analyse
- effectgrootte uitgedrukt in **Cohen's d**
- number needed to treat (NNT) voor twee dichotome criteria van de primaire uitkomstmaat: daling naar een minder ernstig kwartiel ten opzichte van de basismeting; **Reliable Change Index RCI** = 0,72 punten (na behandeling) en 1,1 punten (na follow-up).

## Resultaten

- studie-uitval: 0% in controlegroep, 9,8% in interventiegroep
- primaire uitkomstmaat:
  - daling in emotioneel eetgedrag in de interventiegroep versus de controlegroep na de interventie ( $p=0,006$ ,  $d=0,35$  of klein effect) en na 1 jaar follow-up ( $p<0,001$ ,  $d=0,69$  of matig effect); vergelijkbare resultaten na correctie voor geslacht, angst en depressie
  - NNT=3 (95% BI van 1,8 tot 5,3) en 7 (95% BI van 3,8 tot 35,7) respectievelijk voor daling naar minder ernstig kwartiel en RCI=0,72 na behandeling; NNT=3 (95% BI van 1,6 tot 4,2 voor daling naar minder ernstig kwartiel na 1 jaar follow-up
- secundaire uitkomstmaten:
  - daling in extern eetgedrag in de interventiegroep versus de controlegroep na de interventie ( $p=0,035$ ,  $d=0,31$  of klein effect) en na 1 jaar follow-up ( $p<0,001$ ,  $d=0,85$  of groot effect), maar niet in lijngericht eetgedrag
  - daling in ernst van boulimie ( $p=0,004$ ,  $d=0,65$  of matig effect) en frequentie van eetbuien ( $p=0,001$ ,  $d=0,53$  of matig effect) maar niet in symptomen van boulimie in de interventiegroep versus de controlegroep na 1 jaar follow-up
  - tussen beide onderzoeksgroepen waren geen verschillen in risico van eetstoornis, angst- en depressieve symptomen, zowel na de interventie als na 1 jaar follow-up
  - na 1 jaar follow-up zag men tussen beide onderzoeksgroepen geen verschillen in gewicht, BMI en andere fysiologische parameters (behalve meer daling in cholesterol en HDL-cholesterol in de controlegroep).

## Besluit van de auteurs

De resultaten van deze studie ondersteunen de werkzaamheid van mindful eten in combinatie met de standaardbehandeling om emotioneel en extern eetgedrag te verminderen naast een effect op enkele andere secundaire uitkomstmaten. Men observeerde geen significante verandering in gewichtsverlies.

## Financiering van de studie

Open Access Funding door de 'Universitat Autònoma de Barcelona'.

## Belangenconflicten van de auteurs

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

## Bespreking

### Beoordeling van de methodologie

Bij de randomisatie stratificeerde men de 4 clusters (i.c. de eerstelijnscentra) volgens het gemiddelde inkomen van de patiënten. Een evenwicht in gemiddeld inkomen tussen beide onderzoeksgroepen is immers belangrijk omdat socio-economische status samenhangt met overgewicht en obesitas (11). Door het kleine aantal centra zal na deze stratificatie de randomisatie echter eerder beperkt zijn. Dat verklaart mogelijk waarom bij aanvang van de studie de score voor emotioneel eetgedrag verschillend (hoger) was in de interventiegroep dan de controlegroep. Dit verschil kan de resultaten in het voordeel van de interventiegroep beïnvloed hebben. De randomisatie gebeurde door een onafhankelijke onderzoeker en noch de huisartsen, noch de effectbeoordelaars waren op de hoogte

van de toewijzing. Blindering van deelnemers is voor dit type interventie niet mogelijk. Het feit dat deelnemers wisten dat zij al dan niet de behandeling kregen, kan in de controlegroep voor frustratie of ongenoegen geleid hebben, wat een risico van **performance bias** kan inhouden. Ook **detectie bias** is mogelijk omdat men gebruikmaakte van zelfrapportagevragenlijsten. Het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten bij niet-geblindeerde deelnemers kan immers sociaal wenselijke antwoorden uitlokken en zo de betrouwbaarheid van de resultaten verminderen. Men gebruikte wel gevalideerde vragenlijsten.

De steekproefgrootte bleef na de beperkte studie-uitval voldoende groot om een sterk verschil (Cohen's  $d=0,80$ ) in de primaire uitkomstmaat tussen interventie- en controlegroep te kunnen aantonen. Bij de powerberekening hield men ook rekening met een clustereffect. De onderzoekers voerden sensitiviteitsanalyses uit om de invloed van geslacht en angst en depressieve symptomen na te gaan, maar deze analyses leverden vergelijkbare resultaten op.

### **Beoordeling van de resultaten**

In deze studie werd emotioneel eten gekozen als primaire uitkomstmaat. Dat lijkt een logische keuze want mindful eten zal als interventie in eerste instantie een effect hebben op de bewustwording van eetpatronen en zintuigelijke ervaringen tijdens het eten, waaronder het herkennen van honger en verzadiging. Met mindful eten stelt men dus niet gewichtsverandering als primair doel voorop. Zoals eerder aangegeven zijn bepaalde eetpatronen, waaronder emotioneel eten, wel een risicofactor voor gewichtstoename, eetbuien en overgewicht. Voor toekomstig onderzoek kan het wel interessant zijn om gewichtsveranderingen (op langere termijn) toch als primaire uitkomstmaat naar voor te schuiven. Het vooropgestelde klinisch relevante verschil van  $d=0,80$  voor de primaire uitkomstmaat tussen de interventie- en de controlegroep werd niet gehaald. Ondanks een statistisch significant verschil is het gevonden verschil dus mogelijk klinisch minder relevant, noch na de behandeling, noch na 1 jaar follow-up. De effectgrootte nam wel toe tijdens de follow-up. Omdat de scores op de uitkomstmaten relatief laag waren bij aanvang van de studie, werd het effect van de interventie misschien niet zichtbaar (vloereffect). Ook moeten we opmerken dat de score voor emotioneel eten bij aanvang hoger was in de interventiegroep. Omdat men daar hoger startte, was een grotere daling mogelijk. Zoals hoger vermeld kan dit tot een vertekening van het resultaat in het voordeel van de interventie geleid hebben. Interessant is wel dat de onderzoekers ook een NNT voor respons op de primaire uitkomstmaat hebben berekend. Ze gebruikten hiervoor twee criteria. Drie personen moeten de interventie krijgen om bij één persoon na de interventie en na 1 jaar follow-up een lager kwartiel in emotioneel eten te bereiken. Om bij één persoon een betrouwbaar effect na de behandeling te zien moet men 7 personen behandelen. De NNT voor een betrouwbaar effect na 1 jaar follow-up kon men niet berekenen omdat er geen statistisch significant verschil in absoluut verschil gevonden werd.

Door het excluseren van personen met ernstige psychiatrische aandoeningen en suïciderisico werd er een mogelijke risicogroep gemist wat extrapolatie naar een grote groep patiënten bemoeilijkt. Ook meer onderzoek naar de werkzaamheid van mindful eten in vergelijking met andere behandelingen en een vergelijking tussen individuele en groepsessies mindful eten is noodzakelijk om de plaats van mindful eten in een multidisciplinaire aanpak van overgewicht/obesitas te bepalen.

### **Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?**

Ebpracticenet beveelt aan om bij de anamnese (diagnose) van overgewicht/obesitas na te gaan of er sprake is van emotioneel of extern eten (12,13). Voor de behandeling van obesitas benadrukken ze het belang van een individueel gerichte en stapsgewijze behandeling, waarbij een combinatie van dieet, gedrags- en bewegingsadvies gehanteerd wordt. De NHG-richtlijnen raden een combinatie van dieet en CGT aan (niveau 1), maar spreken niet specifiek over mindful eten.

## Besluit van Minerva

Deze multicenter enkelblinde cluster gerandomiseerde studie met belangrijke methodologische beperkingen toont aan dat 'mindful eten' bovenop de standaardbehandeling emotioneel en extern eetgedrag vermindert. De klinische relevantie van het effect is echter onduidelijk omdat de effectgrootte, zowel na de behandeling als na 1 jaar follow-up, klein tot matig was. Er was geen gewichtsverlies maar de studie was niet opgezet om dit aan te tonen.

### Referenties

1. Driessens S, Charafeddine R, Gisle L. Gezondheidsenquête 2018: Voedingsstatus. Sciensano. Url: <https://www.sciensano.be/nl/biblio/gezondheidsenquete-2018-voedingsstatus>
2. Stojek MM, Tanofsky-Kraff M, Shomaker LB, et al. Associations of adolescent emotional and loss of control eating with 1-year changes in disordered eating, weight, and adiposity. *Int J Eat Disord* 2017;50:551-60. DOI: 10.1002/eat.22636
3. van Strien T. Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. *Curr Diab Rep* 2018;18:35. DOI: 10.1007/s11892-018-1000-x
4. Dohle S, Hartmann C, Keller C. Physical activity as a moderator of the association between emotional eating and BMI: evidence from the Swiss Food Panel. *Psychol Health* 2014;29:1062-80. DOI: 10.1080/08870446.2014.909042
5. van Strien T, Peter Herman C, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite* 2012;59:782-9. DOI: 10.1016/j.appet.2012.08.009
6. Koenders PG, van Strien T. Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *J Occup Environ Med* 2011;53:1287-93. DOI: 10.1097/JOM.0b013e31823078a2
7. Karlsson J, Persson LO, Sjöström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Int J Obes* 2000;24:1715-25. DOI: 10.1038/sj.ijo.0801442
8. Jacob A, Moullec G, Lavoie KL, et al. Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol* 2018;37:417-32. DOI: 10.1037/hea0000576
9. Lawlor ER, Islam N, Bates S, et al. Third-wave cognitive behaviour therapies for weight management: a systematic review and network meta-analysis. *Obesity Reviews* 2020;21:e13013. DOI: 10.1111/obr.13013
10. Morillo-Sarto H, López-Del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, et al. 'Mindful eating' for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: a randomized controlled trial. *Eur Eat Disord Rev* 2023;31:303-19. DOI: 10.1002/erv.2958
11. Newton S, Braithwaite D, Akinyemiju TF. Socio-economic status over the life course and obesity: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177151. DOI: 10.1371/journal.pone.0177151
12. Verbeyst L, Vanhauwaert E, Wuyts M, et al. Voedings- en levensstijladviezen voor volwassenen met overgewicht/obesitas. Ebpracticenet. UCLL, Moving Minds, bijgewerkt door de producent: 1/05/2021.
13. Van Royen P, Bastiaens H, D'hondt A, et al. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk. Ebpracticenet. Domus Medica, bijgewerkt door de producent: 17/04/2013.