

Inhoud

	Voorwoord	8
	Inleiding	10
	DEEL I UITGANGSPUNTEN VOOR LEEFSTIJLCOACHING	15
1	Perspectieven op leefstijlproblematiek en uitgangspunten voor coaching	17
1.1	Inleiding	17
1.2	Uitgangspunten en stellingen	17
1.3	Betekenis voor de professional	28
1.4	Communicatie	29
1.5	Gespreksmodellen	31
1.6	Motiverende gespreksvoering	32
2	Kernvragen bij het Leefstijl en Gezondheid-model	39
2.1	Inleiding	39
2.2	Vier kernvragen	39
2.3	Veranderencyclus	43
3	Screening en indicatiestelling	45
3.1	Inleiding	45
3.2	Doel van screening	45
3.3	Leefstijl	45
3.4	Lichamelijke kenmerken	49
3.5	Stress	53
3.6	Verandercompetenties	54

	DEEL II WERKEN MET HET KLG-MODEL	57
4	Kernvraag 1: loop ik (extra) risico's vanwege mijn leefstijl?	59
4.1	Inleiding	59
4.2	Casus	59
4.3	Doel van deze fase	62
4.4	Vraag 1. Kennis op orde?	65
4.5	Vraag 2. Heb je een 'Cue to action'?	67
4.6	Vraag 3a. Hoe zijn je ziektepercepties?	69
4.7	Vraag 3b. Hoe zijn je ziekterisicorepresentaties?	73
4.8	Vraag 4. Hoe is je risicoperceptie?	76
5	Kernvraag 2: wat zijn voor mij passende keuzes?	86
5.1	Inleiding	86
5.2	Casus	86
5.3	Doel van deze fase	88
5.4	Vraag 1. Wie is waarvoor verantwoordelijk?	92
5.5	Vraag 2. Wat wil je bereiken: Kernwaarden	93
5.6	Vraag 2. Wat wil je bereiken: Doelen	95
5.7	Vraag 2. Wat wil je bereiken: Strategieën	97
5.8	Vraag 3. Ben je gemotiveerd?	99
5.9	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Attitude	100
5.10	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Zelfeffectiviteit	103
5.11	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Responseeffectiviteit	105
5.12	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Sociale normen	107
5.13	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: 'Social modelling'	109
5.14	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Sociale identificatie	110
5.15	Vraag 3. Ben je gemotiveerd: Sociale steun	112
6	Kernvraag 3: hoe kan ik mijn keuze(s) omzetten in gedrag?	117
6.1	Inleiding	117
6.2	Casus	117
6.3	Doel van deze fase	119
6.4	Vraag 1. Hoe ga je het uitvoeren?	121
6.5	Vraag 2. Hoe blijf je gemotiveerd?	125
6.6	Vraag 2. Hoe blijf je gemotiveerd: Plannen	125
6.7	Vraag 2. Hoe blijf je gemotiveerd: Zelfeffectiviteit en Plannen	127

6.8	Vraag 2. Hoe blijf je gemotiveerd: Evalueren en Belonen	129
6.9	Vraag 2. Hoe blijf je gemotiveerd: Zelfcontrole	132
6.10	Vraag 3. Hoe betrek je jouw omgeving bij het veranderen?	136
6.11	Vraag 4. Hoe ga je om met stress?	138
7	Kernvraag 4: hoe kan ik duurzaam veranderen?	144
7.1	Inleiding	144
7.2	Casus	145
7.3	Doel van deze fase	147
7.4	Vraag 1. Hoe bekrachtig je jezelf: Bekrachtiging en Feedback	147
7.5	Vraag 1. Hoe bekrachtig je jezelf: Attributie	149
7.6	Vraag 1. Hoe bekrachtig je jezelf: Herevaluatie van het zelf	151
7.7	Vraag 2. Hoe ga je om met problemen: Stimuluscontrole	152
7.8	Vraag 2. Hoe ga je om met problemen: Omgaan met tegenslag en stress	153
7.9	Vraag 3. Wanneer ben je echt veranderd: Sociale bevrijding	155
7.10	Vraag 3. Wanneer ben je echt veranderd: Identiteit	157
	DEEL III WETENSCHAPPELIJKE ACHTERGRONDEN	161
8	Achtergrond van de verandermodellen	163
8.1	Inleiding	163
8.2	Concepten over veranderen	164
8.3	Concrete verandermodellen	168
	Literatuur	188
	Over de auteurs	192
	Register	193

Perspectieven op leefstijlproblematiek en uitgangspunten voor coaching

1.1 Inleiding

In de inleiding van dit boek heb je kunnen lezen dat een ongezonde leefstijl samenhangt met maatschappelijke, professionele en individuele factoren. Om de consequenties hiervan voor leefstijlcoaching in kaart te brengen, is het zinvol om vanuit verschillende uitgangspunten naar leefstijlproblematiek te kijken. Deze uitgangspunten hebben consequenties voor de verdere nuancering, de gekozen oplossingsrichtingen en bejegening. In dit hoofdstuk bespreken we, aan de hand van een aantal stellingen, de uitgangspunten en de consequenties ervan voor coaching.

1.2 Uitgangspunten en stellingen

We hebben ervoor gekozen om middels het bespreken van een aantal stellingen zicht te geven op onze uitgangspunten bij het kijken naar leefstijlproblematiek:

- gezondheid hangt samen met persoonlijke competenties;
- gedrag is complex en nooit helemaal te voorspellen;
- gedrag wordt deels gestuurd door actuele bewuste overwegingen, maar veel vaker door onbewuste of eerdere bewust genomen ‘beslissingen’ en is daarmee vaak patroonmatig;
- gedrag wordt deels ingegeven door hardware (‘nature’), zoals elementen van de persoonlijkheid, fysieke behoeften en opbouw van de hersenen;
- gedrag is deels aangeleerd: naast ‘nature’ staat ‘nurture’;
- gedrag is contextafhankelijk: mensen interacteren met hun fysieke en sociale omgeving;
- stress speelt een ingewikkelde dubbelrol;
- gedragsverandering verloopt in fasen.

GEZONDHEID HANGT SAMEN MET PERSOONLIJKE COMPETENTIES

Gezondheid is op vele manieren te definiëren. Wij willen hier geen poging doen om al deze definities voor te leggen en vervolgens op hun waarde te toetsen. Maar je zult wel zien dat de manier waarop je hier tegenaan kijkt, consequenties heeft voor de analyse en oplossing van het probleem. Een manier om tegen gezondheid aan te kijken is als iets wat je overkomt, iets waarop je geen invloed hebt. Bij deze visie kun je logischerwijs ook niet verantwoordelijk gehouden worden voor de preventie van gezondheidsproblemen. Daartegenover staat de gedachtegang die gezondheid in verband brengt met persoonlijke competenties, waardoor gezondheid, gezond zijn of gezond blijven niet op toeval berusten (zie tabel 1.1).

Wetenschappers zijn het er steeds meer over eens dat het aandeel van het toeval of lot bij de meeste gezondheidsproblemen niet erg groot is. Dat betekent dat iemands gedrag een belangrijke bijdrage levert aan zijn gezondheid. Zelfs allerlei soorten kanker worden tegenwoordig in sterke mate in verband gebracht met gedrag. Indien je onderkent dat gedrag een belangrijke factor is, volgt daaruit dat je dus ook slecht (en goed) kunt zijn in het managen van gezondheid, zoals je ook slecht kunt zijn in een sport of beroep. Gezond gedrag is daarmee te zien als een competentie. Om een sport of beroep goed te beheersen moet je les, training en feedback hebben gehad en ben je op een gegeven moment in staat jezelf hierin verder te ontwikkelen in verschillende contexten. Zou het zo kunnen zijn dat mensen die er een ongezonde leefstijl op na houden, geen of slecht 'les' hebben gehad (opvoeding en scholing), de verkeerde of onvoldoende vaardigheden hebben ingezet, onvoldoende feedback hebben ontvangen of verwerkt en misschien ook wel een portie pech hebben met betrekking tot hun aanleg voor een bepaalde kwetsbaarheid? Zo gek is het nog niet dat de Amerikaanse televisiester Oprah Winfrey in haar programma geregeld een arts ('dr. Oz') uitnodigde, om mensen de gevolgen van een ongezonde leefstijl te laten zien. Hulpverleners weten dat een confrontatie met een persoonlijk gezondheidsprobleem mensen vaak aan het denken (leren) zet. Zo is een ernstige bedreiging van de gezondheid voor veel mensen, behalve de schrik van hun leven, uiteindelijk in potentie ook een waardevolle en leerzame ervaring. Zo'n situatie kan voor een plotselinge ommekeer zorgen in het gedrag van mensen.

Tabel 1.1 Visies op gezondheid.	
Gezondheid als toeval	Gezondheid als competentie
Ziekten en aandoeningen overkomen je, daar heb je als mens geen invloed op.	Je kunt invloed uitoefenen op het risico een bepaalde ziekte en/of aandoening op te lopen.
Iemand is niet verantwoordelijk voor de preventie van ziekten en aandoeningen.	Je bent verantwoordelijk voor de preventie van ziekten en aandoeningen.
Gezond blijven of worden is niet te leren.	Gezond blijven of worden is te leren.

Uiteraard wordt een aantal gezondheidsproblemen veroorzaakt door factoren waar je niet of nauwelijks invloed op hebt. Sommige mensen hebben misschien gewoon pech, zul je tegenwerpen. De invloed van (on)gezond gedrag is echter veel vaker een oorzakelijke factor voor ziekte dan de factor pech. Zoals onder meer ook in de definitie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport terugkomt, wordt gezondheid mede bepaald door vaardigheden die iemand in staat stellen zich van zijn gezondheid bewust te worden. Het is een uitdaging om de relatie met het eigen gedrag te analyseren, hieraan gekoppelde keuzes te maken, de gevolgen van deze keuzes weer met de eigen gezondheid te verbinden en daar verantwoordelijkheid voor te nemen.

Consequentie. Als gezondheid ook met dit soort vaardigheden en de eigen verantwoordelijkheid samenhangt - en je er dus ook slecht in kunt zijn! - is het een logische consequentie dat sommige mensen op 'les' moeten. Professionals kunnen in kaart brengen welke vaardigheden iemand mist, hem ondersteunen bij het aanleren van de benodigde vaardigheden en hem helpen verantwoordelijkheid te nemen.

GEDRAG IS COMPLEX EN NOOIT HELEMAAL TE VOORSPELLEN

Omdat gedrag en gezondheid zo veel met elkaar te maken hebben, ontkomen we er dus niet aan ook stil te staan bij gedrag. Gedrag is uiterst complex, kent vele lagen en is nooit volledig te voorspellen. Het gedrag dat we aan de buitenkant waarnemen, is een afspiegeling van allerlei processen die zich in iemand afspelen, zoals persoonlijkheid, sociaal-culturele blauwdrukken, diepliggende overtuigingen en emoties. Om enig zicht te krijgen op deze processen, kunnen gesprekken die ingaan op de beweegredenen van mensen verhelderend zijn. Dit heeft allerlei consequenties voor hun bejegening tijdens het proces van leefstijlcoaching. Maar ook wanneer er werkelijk een dialoog gevoerd

wordt over de diepere lagen van gedrag, zullen we slechts een deel ervan leren kennen of begrijpen.

Deze opvatting zal menigeen wat pessimistisch stemmen. Inderdaad, gedrag is complex en daardoor is het lastig er grip op te krijgen. Maar daartegenover staat dat gedrag gericht beïnvloed kan worden. Door generieke gedragspatronen te combineren met persoonlijke beweegredenen kan deze greep verstevigd worden. Die persoonlijke beweegredenen kunnen in gesprekken en introspectie, ondersteund door observatie van feitelijk gedrag, (deels) gekend worden. Dit heeft als consequentie dat de invloed op gedrag vooral ontstaat in de dialoog tussen mensen over het bestaande gedrag, de beweegredenen ervoor en het gewenste gedrag.

Consequentie. De consequentie van de aanname dat gedrag complex en nooit helemaal te voorspellen is, is dat een ondersteunend werkmodel of methodiek beperkingen kent en dus in sommige situaties gewoonweg niet afdoende is. Eenvoudiger gezegd: het niet slagen van een gedragsverandering is soms te wijten aan de beperktheid van de methodiek en niet aan de vaardigheid van de coach of therapeut. Dit gegeven helpt bij het relativeren van de eigen pretenties en eventuele frustraties. Daarnaast zijn er belangrijke consequenties voor de communicatie tussen coach en cliënt. In acceptatie van de complexe werkelijkheid brengen beide hun ideeën in en ontstaat een dialoog, die tot doel heeft een gezamenlijk perspectief te creëren dat de basis kan vormen voor verdere samenwerking.

GEDRAG WORDT DEELS GESTUURD DOOR ACTUELE
BEWUSTE OVERWEGINGEN, MAAR VEEL VAKER
DOOR ONBEWUSTE OF EERDERE BEWUST GENOMEN
'BESLISSINGEN' EN IS DAARMEE VAAK PATROONMATIG

Hersenonderzoekers die zich bezighouden met het bewustzijn vinden bijna unaniem dat het bewustzijn achterloopt op wat iemand doet. Met andere woorden, iemand is zich vaak pas bewust van zijn gedrag als het al heeft plaatsgevonden. Dit geldt vooral voor alledaagse gedragingen, waarbij iemand niet (meer) nadenkt. Men kan 'op de automatische piloot' een heleboel dagelijkse dingen doen. Gelukkig maar, want het zou erg vermoeiend en inefficiënt zijn om alles steeds opnieuw te moeten overwegen. Mensen met een rijbewijs kunnen beamen dat autorijden in het begin veel hersencapaciteit kostte. Maar zodra het een automatisme werd, konden zij op het verkeer letten, een gesprek voeren en tegelijkertijd een bestemming invoeren in een navigatiesysteem.

Als je dit doortrekt naar het dagelijkse doen en laten, verricht iemand ontzettend veel op de automatische piloot, zonder daar bewust bij stil te staan. Dit geldt zowel voor gezond als ongezond gedrag. Wie altijd al gezond eet en veel sport, denkt daar niet meer over na; het is iets logisch. Net zo goed als het voor anderen juist logisch of normaal is om het niet te doen ('ik doe het altijd zo'). Toch heeft iedereen een keer (vluchtig of uitgebreid) nagedacht over wat hij bijvoorbeeld gaat eten, waar hij dit haalt en of dit bevalt. Maar op een gegeven moment doet men dat niet meer.

Dit betekent dat een bewuste en geplande gedragsverandering veel mentale kracht vraagt van mensen, omdat zij steeds bewust een ander gedrag dan het routinematige moeten kiezen. Zodra de mentale kracht (onder andere voor gerichtheid en aandacht) om welke reden dan ook onvoldoende is, lopen zij de kans terug te vallen in hun oude patroon. Vermoeidheid, pijn en chronische stress zijn vaak de oorzaak van een afname in mentale kracht, waardoor de kans op terugval groter wordt. Ook alcohol en drugs kunnen een afname van de mentale kracht tot gevolg hebben.

Hoe dieper de oude patronen geworteld zijn, des te lastiger is het deze patronen te doorbreken. Daardoor duurt het 'vervangen' van deze patronen soms enkele jaren.

Consequentie. Wanneer mensen willen veranderen, moeten ze hun patronen of automatismen veranderen. Dit vergt uiteraard veel tijd; mensen moeten langdurig nieuwe patronen herhalen, voor ze er niet meer over na hoeven te denken. Bovendien moeten oude patronen worden afgeleerd. Gedragsbeïnvloeding heeft dus onder andere te maken met het opsporen en duiden van bestaande patronen, het aanleren van nieuwe patronen en met factoren zoals stress en vermoeidheid.

GEDRAG WORDT DEELS INGEGEVEN DOOR HARDWARE ('NATURE'), ZOALS ELEMENTEN VAN PERSOONLIJKHEID, FYSIEKE BEHOEFTE EN DE BOUW VAN DE HERSENEN
Hoeveel mensen ken je die geen voedsel lusten waarin suiker of vet is verwerkt? Of mensen die geen water lusten? Vast geen enkele. Dat is natuurlijk geen toeval, want zonder water en voedsel gaan mensen dood. Zo zijn er nog talloze andere voorbeelden van gedragingen die ieder mens vertoont. Mensen hebben fysieke behoeften en uiten die in concreet gedrag. Verschillende wetenschappers hebben vastgesteld dat mensen continu op zoek zijn naar waardevolle dingen om te overleven, zoals eten en water. Iets wordt in tijden van overvloed gegeten en vervolgens deels opgeslagen voor tijden van schaarste. In onze (westerse)

maatschappij heeft deze eigenschap voor veel mensen een minder belangrijke functie gekregen, omdat voedsel niet langer schaars is. Het hele jaar door kunnen we in grote hoeveelheden alle voedingsstoffen binnenkrijgen. Dat dit op veel mensen een negatief effect heeft, zal geen verrassing zijn.

Bovendien kostte voedsel vergaren vroeger meer energetische inspanning; soms zelfs meer dan het opleverde. Dit heeft als gevolg dat mensen nu nog zuinig zijn met het gebruiken van energie. Het lichaam probeert uit alle macht energie vast te houden, te verzamelen en zo min mogelijk te verspillen. Dit betekent dat de mens in aanleg spaarzaam is met energie en dus ook niet de natuurlijke drive heeft om regelmatig fors inspannend te bewegen.

Waarom het sommige mensen goed lukt om het hoofd te bieden aan deze evolutionaire krachten, komt wellicht door de bouw van onze hersenen. Hersenonderzoekers stellen dat primaire behoeften gereguleerd worden door 'oudere' hersengebieden en dat de logica en bewuste sturing van het gedrag meer gereguleerd wordt vanuit 'nieuwere' hersengebieden. Mensen zijn daardoor voortdurend bezig met het controleren van hun primaire behoeften. Dit zie je zelfs terug in de ontwikkeling van menselijke hersenen. De 'nieuwere' hersengebieden werden en worden groter en zijn meebepalend voor het gedrag van mensen. Deze 'nieuwe' hersengebieden onderdrukken de driften, impulsen en instincten en sturen meer op basis van logica, voorspellingen en geheugen. Alcohol schakelt een deel van deze functies uit en zorgt ervoor dat mensen dingen doen die ze normaal nooit zouden doen (bijvoorbeeld agressief zijn); de basale hersenstructuren nemen de overhand. 'Ik was mezelf niet', zeggen mensen dan achteraf, waarmee ze waarschijnlijk bedoelen dat de controle over hun basale hersenstructuren onvoldoende dwingend was.

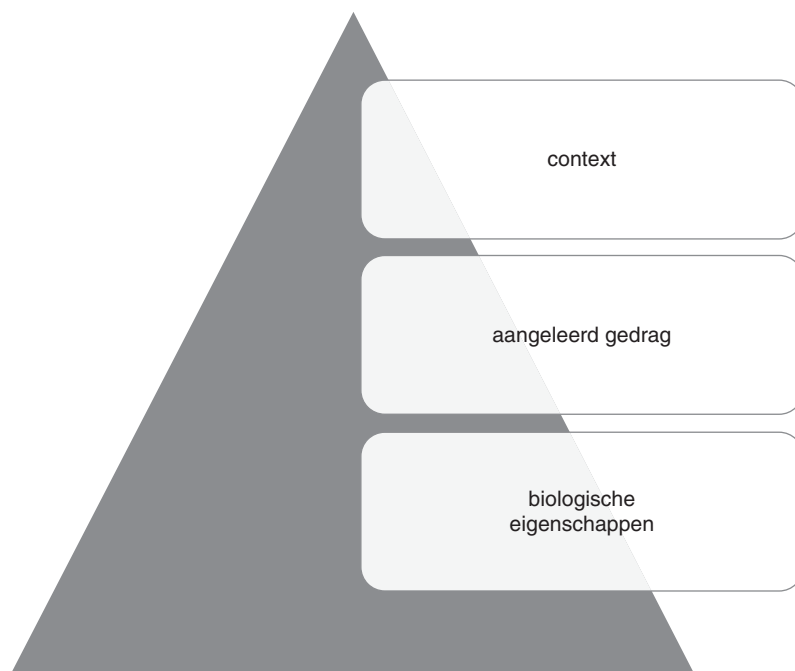
Hoe goed je bent in het controleren van behoeften is onder meer ingegeven door hoe goed de nieuwere hersengebieden in staat zijn om deze controle uit te oefenen. Deze vaardigheid is iets wat tussen mensen verschilt maar ook per situatie anders is. Dit geldt niet alleen voor voeding en bewegen, maar bijvoorbeeld ook voor voortplanting en agressie. Deze controle wordt mede ingegeven door factoren zoals intelligentie, opvoeding, cultuur, ervaringen, persoonlijkheid en psychische gesteldheid.

Consequentie. Het zit voor een deel in de natuur van mensen om, ter voorbereiding op tijden van schaarste, energie efficiënt op te slaan (door middel van vet) en daarnaast heel zuinig met energie om te gaan. Deze evolutionair gezien helpende eigenschappen keren zich bij

langdurige overvloed misschien juist tegen mensen. Verder worden wij deels gedreven door drijfveren en instincten die in het brein ‘vastliggen’. Voor sommige mensen is het nodig deze drijfveren te onderdrukken. Het aanleren en versterken van zelfcontrole is dan ook een van de aspecten van verandering waarbij zorgprofessionals mensen kunnen ondersteunen.

GEDRAG IS DEELS AANGELEERD: NAAST ‘NATURE’ STAAT ‘NURTURE’

Natuurlijk staat veel van ons gedrag constant onder invloed van onze biologische eigenschappen en lijkt de reikwijdte van onze mogelijkheden sterk mede bepaald te worden door de ‘nature’-component. Menselijk gedrag wordt echter ook sterk beïnvloed door de ontwikkeling die we gedurende ons leven doormaken op basis van allerlei leerprocessen. Leren laat zich omschrijven als een blijvende verandering van gedrag of mentale processen, als gevolg van een bepaalde ervaring. We leren door imitatie, klassieke en operante conditionering, inzicht en sociale invloed. Dit betekent dat we in allerlei situaties en langs tal van routes in ons gedrag worden beïnvloed. Als het gaat om de beïnvloedbaarheid van gedrag wordt vaak gerefereerd aan de metafoor van de ijsberg (zie figuur 1.1).



Figuur 1.1 De metafoor van de ijsberg.

Een deel van de ijsberg steekt boven de waterlijn uit en laat zich vergelijken met het concreet zichtbaar gedrag van mensen in interactie met hun context. Vanuit dit waarneembare gedrag laat zich een voorspelling doen over het deel van de ijsberg dat zich onder water bevindt en waarvan we weten dat het in volume veel groter is dan het spreekwoordelijke topje van de ijsberg. In de basis van de ijsberg liggen elementen zoals persoonlijkheid en drijfveren, die zeer stabiel en lastig te beïnvloeden zijn. Zij worden op hun beurt weer krachtig beïnvloed door ‘nature’-componenten. De mogelijkheid om vanuit het hier en nu invloed uit te oefenen op deze componenten is beperkt.

Een van de theoretische modellen over persoonlijkheid waarin gesteld wordt dat er een sterke ‘nature’-component aanwezig is als basis voor de menselijke persoonlijkheid, is de Big Five-theorie. Deze theorie beschrijft een vijftal dimensies van persoonlijkheid, waarbij de ‘nature’-component in sterke mate de individuele gedragsneiging van mensen bepaalt. Tegelijkertijd kun je stellen dat mensen wel iets kunnen leren, zij het op een door Moeder Natuur begrensd speelveld. De dimensies van persoonlijkheid uit de Big Five zijn:

- extraversie;
- emotionele stabiliteit;
- zorgvuldigheid;
- openstaan voor nieuwe ervaringen;
- altruïsme.

Iets dichter onder de waterlijn spelen overtuigingen, normen, waarden en attitudes een rol in het gedrag van mensen. Fundamentele overtuigingen over gezondheid zijn mede bepalend of iemand een gevoel van urgentie ontwikkelt om te veranderen; het besef dat het anders moet. Deze gezondheidsovertuigingen liggen vrij diep verankerd en veranderen nauwelijks in de tijd.

Er zijn in grote lijnen twee soorten overtuigingen die ervoor kunnen zorgen dat mensen een probleem gaan ervaren:

- a overtuigingen die fundamenteel iets zeggen over het waarom van het risico (zoals de rol van ‘het lot’ of een hogere macht);
- b gezondheidsovertuigingen die fundamenteel iets zeggen over de interpretatie van tekens en symptomen. Ook valt er iets te zeggen over overtuigingen die een rol spelen bij de afweging of mensen, gerelateerd aan hun gezondheid, in actie gaan komen. Voorbeelden van dit soort overtuigingen zijn het idee dat een negatieve gezondheidstoestand door eigen gedrag voorkomen kan worden, dat de te ondernemen actie een effectieve bijdrage levert aan de gezondheid en dat men ook echt in staat is om de te ondernemen actie tot een goed einde te brengen.

Het duidelijk en bespreekbaar maken van deze componenten kan helpen zicht te krijgen op een deel van het hoe en waarom van het gedrag, en kan soms leiden tot het aanscherpen of bijstellen ervan. Ter hoogte van het wateroppervlak bevinden zich allerlei relevante vaardigheden die mensen nodig hebben om een bepaald gedrag te kunnen vertonen. Het feit dat mensen leerbaar zijn door overtuigingen bij te stellen, attitudes te veranderen, vaardigheden aan te leren en ander gedrag te ervaren en evalueren, pleit voor het feit dat ‘nature’ niet allesbepalend is en er dus veel te bereiken valt door in de ‘nurture’-kant van gedrag te investeren.

Consequentie. Indien iemand is opgegroeid met het idee dat ziekte en gezondheid factoren zijn die zich buiten de directe invloedssfeer van de mens bevinden, ligt het voor de hand dat allerlei relevante vaardigheden in relatie tot het omgaan met gezondheidsproblemen niet of slecht ontwikkeld zijn. Als mensen middels coaching geraakt kunnen worden in hun eigen overtuigingen, attitudes en vaardigheden, zijn de meeste mensen in staat om hun ongezonde leefstijl aan te pakken. Verder lijkt het zinvol om je als leefstijlcoach vooral te oriënteren op de elementen van persoonlijkheid die helpend zijn bij het veranderen, en tegelijkertijd ook aandacht te hebben voor elementen die juist lastig of deels belemmerend zijn bij het veranderen. Door zorgvuldig in te spelen op zulke helpende en belemmerende elementen van persoonlijkheid kan de leefstijlcoach beter afstemmen op individuele behoeften en mogelijkheden.

GEDRAG IS CONTEXTAFHANKELIJK: MEN INTERACTEERT MET ZIJN OMGEVING EN VOORAL MET DE MENSEN DAARIN

Menselijk gedrag is niet alleen afhankelijk van individugebonden eigenschappen, maar ontstaat altijd in interactie met de omgeving. Iemand's leefstijl is het product van deze interactie. Wanneer persoon en omgeving goed bij elkaar passen, spreekt men van een persoon-omgeving-fit (PO-fit). De persoon interacteert met de omgeving en is daar tevens onderdeel van. Dit heeft als consequentie dat een goede ‘fit’ eraan bijdraagt dat iemand zich gemakkelijk gezond kan gedragen: bijvoorbeeld bij een omgeving waarin een gezonde leefstijl de norm is en een persoon die zelf ook waarde hecht aan een gezonde leefstijl. Het wordt anders wanneer iemand in een omgeving leeft waar gezond leven geen issue is en er dus een niet-helpende omgeving een rol gaat spelen. De ‘fit’ tussen persoon en omgeving komt dan onder druk te staan. Het slagen van een leefstijlverandering zal nu mede bepaald

worden door het vermogen van de persoon om invloed uit te oefenen op de eigen omgeving. Soms is het nodig een omgeving te zoeken die wel passend is bij de gewenste verandering.

Zowel de fysieke, economische als de sociale omgeving heeft een sterke invloed op de leefstijl van mensen. Belangrijke determinanten uit de omgeving zijn bijvoorbeeld de beschikbaarheid van voedsel, woonomstandigheden, inkomen, werk, vervoer, scholing en sociale isolatie. Het blijkt dat vooral mensen met een lage sociaaleconomische status moeite hebben om invloed uit te oefenen op hun omgeving. Vooral sociale steun (emotioneel, instrumenteel, informatief en wat betreft waardering) is een belangrijke factor bij het veranderen van routinegedrag, leerprocessen en stressmanagement.

Consequentie. Het is veel te eenvoudig om de aanpak van leefstijlproblematiek alleen te vertalen naar de verantwoordelijkheid van het individu. Het is een maatschappelijk en individueel probleem en de aanpak dient mede gericht te zijn op de inrichting van de omgeving, stimulerende regelgeving en handhaving, voorlichting en educatie, adequate signalering, advies en ondersteuning. Vanuit het individuele perspectief is de mogelijkheid om de eigen omgeving te beïnvloeden van groot belang voor het welslagen van gedragsverandering. Over het algemeen zijn sociale vaardigheden zoals assertiviteit en dominantie van groot belang bij het vormgeven van een helpende omgeving.

STRESS SPEELT EEN INGEWIKKELDE DUBBELROL

Het lastige aan het begrip stress in relatie tot gedragsverandering is dat het doorbreken van vaste gedragspatronen mensen vrijwel altijd uit hun 'comfort zone' haalt en daardoor ook weer een belangrijke stressbron kan zijn. Tegelijkertijd is stress, die ook veroorzaakt kan worden door gebeurtenissen buiten het veranderproces (zoals problemen op het werk of in de relatie, familieomstandigheden), op zich vaak weer een barrière voor succesvolle gedragsverandering in alle fasen van het veranderen.

Negatieve stress en hiermee samenhangende veranderingen in zowel cognitieve (zoals inzicht en analyse) als emotioneel-affectieve processen (zoals motivatie), heeft over het algemeen een negatieve invloed op de verander- en leercapaciteit van mensen. Je kunt dus gerust stellen dat bewuste en geplande leefstijlveranderingen enerzijds vaak stress veroorzaken en anderzijds bemoeilijkt worden door diezelfde negatieve stress. Daarnaast is stress misschien juist noodzakelijk om mensen uit hun ongezonde routines te halen. Zo kan de confrontatie met een hartinfarct - een stressvolle gebeurtenis - misschien wel de belangrijk-

ste drijfveer zijn voor een hierop volgend veranderproces, zoals stoppen met roken, meer bewegen en gezonder gaan eten.

Kortom: het veranderen van vaste gedragspatronen gaat doorgaans met stress gepaard. De mate waarin mensen stressbestendig zijn is hierbij een belangrijke en soms bepalende factor bij een leefstijlverandering. De stressbestendigheid van mensen is een ingewikkeld samenspel van genetische factoren, zoals emotionele stabiliteit (zie de Big Five), sociale factoren, overtuigingen, fysieke conditie, enzovoort.

Consequentie. Het is belangrijk dat de leefstijlcoach bij het begeleiden van mensen die hun leefstijl willen veranderen aandacht heeft voor het fenomeen stress, vanuit een drietal perspectieven:

- het loslaten van vaste gedragspatronen en het aanleren van nieuwe patronen gaat meestal gepaard met stress;
- negatieve stress en de hiermee samenhangende afgenomen capaciteit van mensen vormt een (tijdelijke) barrière voor gedragsverandering;
- stressvolle gebeurtenissen kunnen op zichzelf juist een belangrijke reden vormen voor mensen om ongezonde routines te doorbreken.

Mensen kunnen bovendien begeleid worden in de manier waarop ze met de ontstane stress omgaan. Stressmanagement is daarmee een relevant onderdeel binnen de begeleiding van mensen bij een bewuste en geplande gedragsverandering. Soms kan het noodzakelijk zijn om de ingezette leefstijlverandering te ‘parkeren’ en eerst aandacht te hebben voor de effecten van stress en de mogelijke bijbehorende oplossingen.

GEDRAGSVERANDERING VERLOOPT IN FASEN

Wanneer mensen veranderen, gaat dit altijd gefaseerd. Simpelweg vanwege het feit dat wanneer iemand in plaats van gedrag A nu gedrag B vertoont, dit ook benoemd kan worden als fase 1 en fase 2. Gedragswetenschappers proberen gedragsverandering in meer dan twee fasen op te delen. Een voorbeeld hiervan is het ‘precaution adoption process model’ (zie hoofdstuk 8). De behoefte om verandering in fasen op te delen, komt voort uit het feit dat mensen in verschillende fasen ook door verschillende factoren beïnvloed lijken te worden.

Zo zijn de factoren die ervoor zorgen dat iemand bepaald gedrag blijft vertonen mogelijk anders dan de factoren die ervoor zorgen dat iemand überhaupt verandert. Op het moment dat iemand zich bijvoorbeeld al zeer bewust is van de relatie tussen leefstijl en gezondheid, en daardoor zeer gemotiveerd is om aan de slag te gaan, is er weinig tot geen behoefte aan informatie over de negatieve gevolgen van de leef-

stijl. Zo iemand wil juist aan de slag en vooral ondersteuning bij het omzetten van motivatie in concreet gedrag. Andersom is het zo dat iemand die zich nog nauwelijks bewust is van de gevolgen van de eigen leefstijl en ook nauwelijks interne motivatie voelt om te veranderen, meestal snel afhaakt als er alleen maar actie in de vorm van bijvoorbeeld een beweegprogramma wordt aangeboden.

Deze voorbeelden maken duidelijk dat kennis over fasering belangrijk is voor het kiezen van de juiste interventie op het juiste moment.

Consequentie. Wanneer je als professional inschat in welke fase van gedrag iemand zich bevindt, kun je iemand specifieker begeleiden. Met deze fasering leg je als professional de basis voor een methodische aanpak.

1.3 Betekenis voor de professional

Vanuit voorgaande uitgangspunten worden professionals geconfronteerd met mensen bij wie deze uitgangspunten in mindere of meerdere mate bepalen of verklaren hoe zij zich gedragen. Dit houdt concreet in dat de professional iemand tegenover zich heeft die:

- zich in een bepaalde mate verantwoordelijk voelt voor zijn gezondheid;
- bepaalde competenties (niet of onvoldoende) heeft om zichzelf gezond te houden of krijgen;
- alleen te leren kennen is door de buitenkant te observeren en te vragen naar de binnenkant;
- volgens allerlei patronen en automatismen leeft;
- gedreven wordt door biologische aspecten van het mens-zijn ('nature');
- gevormd is en wordt in interactie met de omgeving ('nurture');
- een goede of slechte 'fit' heeft met zijn omgeving;
- behoefte heeft aan prikkels die variëren per fase van het veranderproces.

Deze uitgangspunten geven richting aan de analyse en interventie(s) die nodig zijn om een cliënt te ondersteunen bij het bereiken van een leefstijlverandering. Ze helpen de hulpverlener tevens het perspectief van de cliënt te begrijpen. Een bepaald deel van de cliënten voelt zich niet verantwoordelijk voor het oplossen van problemen. Pogingen van de professional om deze cliënten aan te sporen iets aan hun gezondheid te doen zonder het eerst over deze verantwoordelijkheid te hebben, leiden vaak tot frustratie aan beide kanten. Wanneer cliënten de

verantwoordelijkheid wel voelen, is er vaak sprake van een gevoel van onmacht. Dit gevoel wordt mede bepaald door het ontbreken van competenties, gebrek aan zelfkennis en een patroonmatige (en daardoor veilig aanvoelende) leefwijze. Primaire behoeften kunnen bovendien vaak moeilijk onderdrukt worden; men is het niet gewend of heeft niet geleerd om zelf vorm te geven aan gezondheid of iets te doen aan een slechte 'fit' met de omgeving. Geen wonder dat het veel mensen niet lukt om zelfstandig hun leefstijl te veranderen en ze snel opgeven wanneer ze het wel proberen.

Hiermee wordt het ook logisch dat maatschappelijke initiatieven die zich richten op informatieverstrekking vooral effectief zijn bij mensen die al gezond leven (waardoor ze vaak positieve uitkomsten hebben met betrekking tot de genoemde uitgangspunten) en niet werken bij mensen voor wie dit niet geldt (en vaak negatieve uitkomsten hebben wat betreft deze uitgangspunten). Dit betekent dat maatschappelijke (en ook professionele) initiatieven zich beter kunnen richten op de uitgangspunten zoals we ze hiervoor hebben beschreven.

CONTRA-INDICATIES

De genoemde uitgangspunten hebben ook als consequentie dat sommige mensen niet geschikt zijn voor een aanpak waarbij een appel wordt gedaan op hun vermogen nieuwe competenties te leren. Bijvoorbeeld doordat zij deze vermogens, al dan niet tijdelijk, niet kunnen ontwikkelen of niet willen ontwikkelen. Het is daarom van belang dat er in het proces van leefstijlverandering een screening plaatsvindt op factoren die ervoor kunnen zorgen dat iemand niet kan of wil veranderen (zie ook hoofdstuk 3).

1.4 Communicatie

De eerder besproken stellingen en bijbehorende conclusies leveren automatisch een aantal uitgangspunten op voor de communicatie tussen professional en cliënt. Om samen tot werkelijk veranderde inzichten en individueel passende gedragsalternatieven te komen, is het noodzakelijk dat de communicatie gericht is op meer dan alleen gedragingen of informatieoverdracht.

COMPETENTIE GEZONDHEID VERSTERKEN

Indien gezondheid als een persoonlijke competentie gezien wordt, is het niet meer dan logisch dat leefstijlcoach en cliënt in gezamenlijkheid besluiten nemen over relevante doelen en passende oplossingen. Hier spelen processen zoals bewustwording, kiezen, uitvoeren en eva-

lueren natuurlijk een belangrijke rol. Een professional die vooral feitelijke informatie verstrekt en directief is in het keuzeprocess, gaat voorbij aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en draagt ook niet bij aan het ontwikkelen van juist die vaardigheden die voor de cliënt essentieel zijn in relatie tot het vormgeven van de eigen gezondheid. In het licht hiervan is een belangrijke valkuil voor professionals de ‘reparatiereflex’. Problemen oplossen voor de ander geeft over het algemeen een tevreden gevoel aan beide kanten, maar ondermijnt de mogelijkheid van de cliënt om verantwoordelijkheid te nemen en daartoe vaardigheden te ontwikkelen. De uitdaging is juist om mensen te versterken in hun persoonlijk vermogen om hun eigen gezondheid te beïnvloeden, door in het communicatieproces de ander steeds uit te nodigen tot zelfonderzoek en het formuleren van eigen conclusies, doelen en oplossingen. Dit heeft alleen zin als de professional in staat is dit met empathie en betrokkenheid te doen, anders zullen mensen zich alleen gelaten voelen (‘hij wil me niet helpen’). Met warmte en betrokkenheid de regie bij de ander leggen, is een van de krachtigste communicatievaardigheden die een professional kan bezitten.

ONBEVOORDEELD LUISTEREN

Een lastig aspect van goede begeleiding is zonder vooroordeel naar mensen te luisteren. Het is bijvoorbeeld heel verleidelijk om een roker na een bezoek aan de longarts te veroordelen. Of, als iemand de handdoek in de ring gooit tijdens een veranderproces, te denken dat hij niet graag genoeg wil, niet slim genoeg is of niet genoeg doorzettingsvermogen heeft. Zonder oordeel naar iemand luisteren biedt je als professional de mogelijkheid om de werkelijke reden achter gedrag te leren kennen. Soms is dit een heel goede reden, soms een bijzonder slechte, maar je hebt hem leren kennen. Wanneer je iemand (ook onbedoeld) veroordeelt, heeft hij dat bijna altijd meteen door, met geslotenheid en afstand als gevolg. Een oprecht nieuwsgierige houding is een belangrijke grondhouding die een leefstijlcoach beter laat functioneren.

ENTHOUSIASMEREN

Een belangrijke voorwaarde voor veranderen is energie. Mensen halen uit allerlei dingen energie om te veranderen. Uiteindelijk is het wenselijk dat zij die energie uit zichzelf en hun omgeving halen, maar in het begin kun je als leefstijlcoach ook een bijdrage leveren. Door met passie en gedrevenheid te begeleiden, kun je een belangrijke energiebron zijn, waardoor mensen over drempels heen kunnen stappen, wat ze in hun eentje niet kunnen of durven.

BEKRACHTIGEN

Mensen houden van complimenten en groeien wanneer ze positieve feedback krijgen. Positieve feedback helpt mensen het juiste pad te bewandelen, negatieve feedback niet. Mensen hebben vaak al genoeg negatieve feedback en ervaringen opgedaan met bewegen, voeding of het veranderen van hun gedrag. Als leefstijlcoach kun je helpen dit tij te keren door vooral in te zoomen op de dingen die goed gaan. Iemand die er slecht uitziet, weet dit vaak maar al te goed. Dit nog eens benadrukken kan een goede confrontatie zijn, maar leidt vaker tot minder energie. De mededeling dat iemand er goed uitziet zal meer motiveren er goed uit te (willen) zien dan het tegenovergestelde. Zonder dat dit karikaturale vormen aanneemt, kunnen complimenten en positieve feedback middelen zijn die de leefstijlcoach bewust kan inzetten om mensen te motiveren en bekrachtigen in hun gedrag.

1.5 Gespreksmodellen

De laatste tien jaar is er een duidelijke ontwikkeling te zien in de gespreksmodellen die professionals hanteren in de gesprekken met cliënten. Steeds vaker worden de paternalistische modellen ingeruild voor een ‘shared’ model of een ‘informed’ model. De verschillen tussen deze modellen worden uiteengezet in tabel 1.2.

Tabel 1.2 Gespreksmodellen.	
Paternalistisch model	Eén richting
	Informatie van professional naar cliënt
	Medische informatie
	Gekoppeld aan aandoening of ziekte
‘Shared’ model	Professional neemt besluit
	Twee richtingen
	Uitwisseling informatie tussen professional en cliënt
	Medische en persoonlijke informatie
‘Informed’ model	Gericht op aandoening of ziekte en persoon
	Gemeenschappelijk besluit
	Eén richting
	Informatie van professional naar cliënt
	Medische informatie
	Gekoppeld aan aandoening of ziekte
	Cliënt besluit

Om mensen actief te betrekken bij besluiten over hun gezondheid, ligt het voor de hand om tot een vorm van gemeenschappelijke besluitvorming ('shared' model) te komen. Daarin wordt naast biomedische informatie ook persoonlijke informatie uitgewisseld en zijn de beslissingen uiteindelijk de uitkomst van een dialoog tussen professional en cliënt. Het gaat hierbij dus niet om een enkel besluit aan het einde van de rit, maar veel eerder om een continu proces waarin besluiten steeds in gezamenlijkheid worden genomen. De literatuur rondom het beïnvloeden van de leefstijl van mensen toont aan dat gemeenschappelijke besluitvorming zorgt voor meer zelfmanagement en therapietrouw.

1.6 Motiverende gespreksvoering

Een gespreksmethodiek die de laatste jaren sterk aan invloed heeft gewonnen, is motiverende gespreksvoering (MG). Deze methode laat zich definiëren als een directieve en persoongerichte gespreksstijl die tot doel heeft gedragsverandering te bevorderen door ambivalentie ten opzichte van verandering te helpen verhelderen en oplossen. De belangrijkste uitgangspunten zijn de volgende:

- MG is gericht op het identificeren en mobiliseren van intrinsieke waarden en doelen die ondersteunend zijn voor gedragsverandering.
- De motivatie tot verandering moet vanuit de cliënt zelf ontstaan en niet door externe factoren.
- MG is ontworpen om ambivalentie te herkennen, verkennen en op te lossen. Daarbij moeten de kosten en baten van het veranderen benoemd worden.
- Bereidheid tot verandering is niet een statische eigenschap van mensen, maar een wisselend product van interpersoonlijke interactie.
- Weerstand en ontkenning zijn signalen die vragen om het bijstellen van de motivationele strategie.
- Essentieel zijn het benadrukken en versterken van het vertrouwen van de cliënt in de eigen mogelijkheden gedragsverandering door te voeren en de gestelde doelen te halen.
- De relatie tussen professional en cliënt is een vorm van partnership met respect voor de autonomie van de cliënt.
- MG is zowel een set van technieken als een innerlijke houding.

Het lastige aan het begeleiden van verandering bij mensen is dat de leefstijlcoach zich steeds bewust moet zijn van de vraag wie waar precies verantwoordelijk voor is. Motiverende gespreksvoering is meer dan alleen de cliënt aan het woord laten. De expertise van de leefstijl-

coach richt zich onder meer op het juiste moment en vanuit de juiste attitude inzetten van interventies en tegelijkertijd het op het juiste moment ruimte maken voor de expertise van de cliënt. Het is onze ervaring dat leefstijlcoaches soms met expliciete adviezen komen over thema's waar alleen de cliënt zelf expert in is. Daarmee overschrijdt de leefstijlcoach een grens en draagt niet langer bij aan het versterken van de cliënt. Dit betekent niet dat de leefstijlcoach geen kennis of adviezen mag inbrengen, maar dat de leefstijlcoach dat alleen doet met thema's waarover hij zelf professionele expertise heeft. Indien er een soort stoelendans ontstaat waarbij leefstijlcoach en cliënt regelmatig op elkaars stoel gaan zitten, is er iets goed mis.

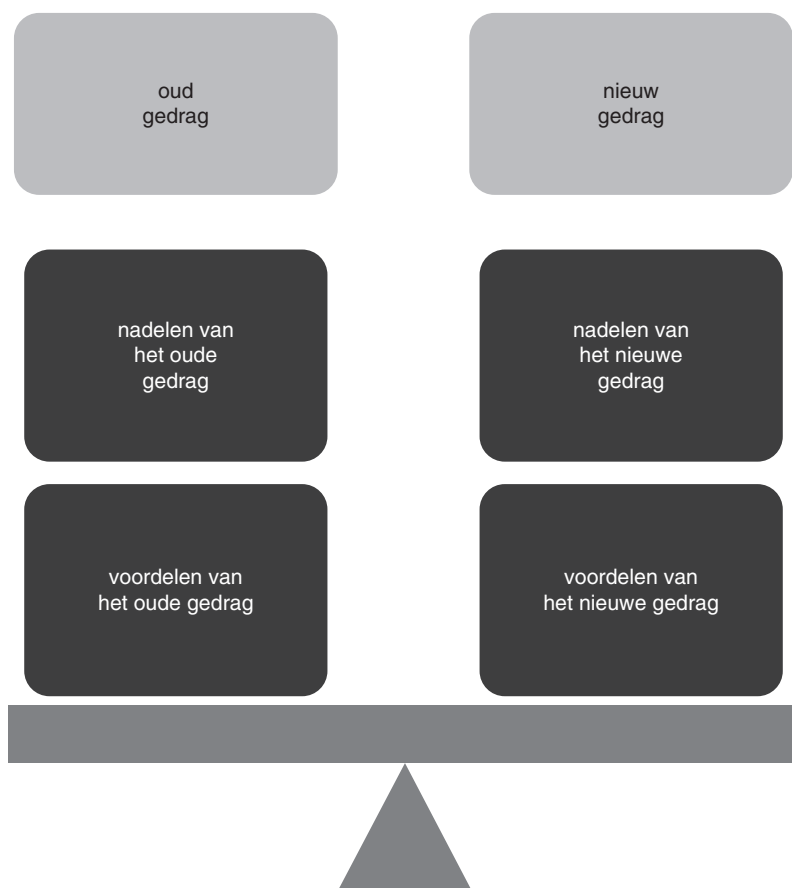
Om dicht bij de uitgangspunten van MG te blijven, moet een aantal oude hulpverlenersgewoonten worden afgeleerd, zoals etiketteren, de deskundige uithangen, vroegtijdig focussen, vraag-en-antwoord-gesprekken voeren en voor de ander invullen. Zeker bij cliënten die veel tijd nodig hebben om hun eigen motivatie op te bouwen, is dit voor menige professional een lastige opgave. Binnen de motiverende gespreksvoering zijn er interventies die, afhankelijk van de fase van gedragsverandering, ingezet kunnen worden. De belangrijkste zijn:

- ambivalentie exploreren;
- weerstand ombuigen;
- verandertaal herkennen en versterken;
- zelfeffectiviteit versterken;
- een actieplan opstellen.

AMBIVALENTIE EXPLOREREN

Het doel van ambivalentie exploreren is om mensen die ambivalent of tweeslachtig zijn ten aanzien van een verandering, een keuze te helpen maken. Deze ambivalentie kenmerkt zich door: 'ik wil wel, maar ...' Vooral in de eerste twee fasen van gedragsverandering kan deze interventie een belangrijk instrument zijn. De aanname bij ambivalentie is dat het geen zin heeft om meer informatie over de voor- en/of nadelen toe te voegen aan de balans. Hoe meer voordelen je als professional aandraagt, des te meer nadelen iemand zelf toevoegt (en vice versa). Het uiteindelijke doel is dan ook niet kiezen door meer argumenten toe te voegen, maar door de uiteindelijke consequentie van de keuze persoonlijk te maken.

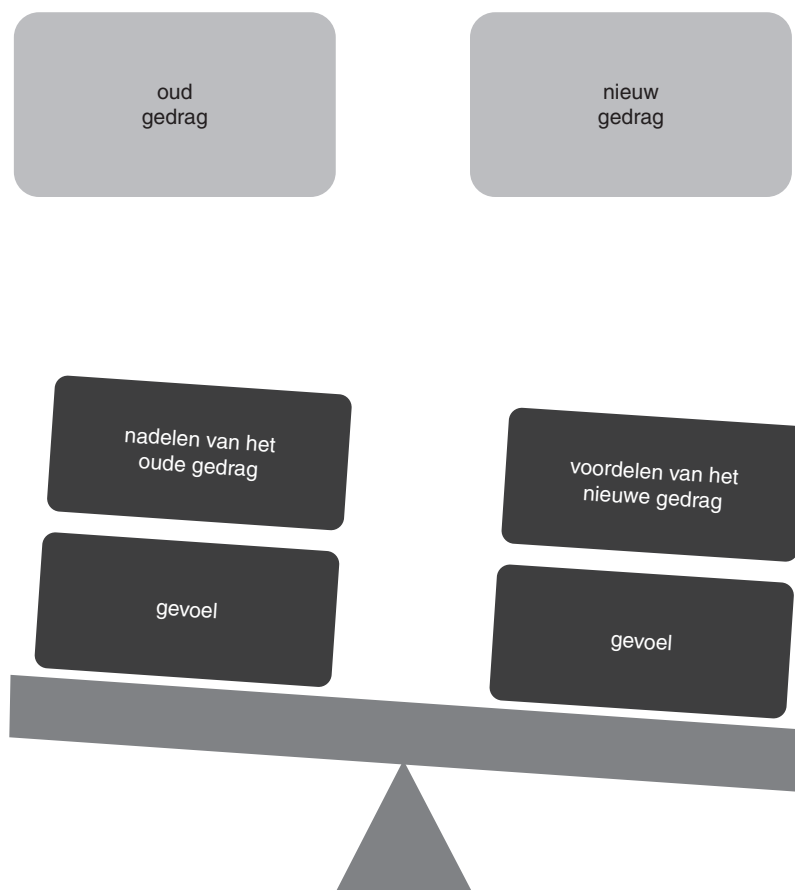
De interventie gaat van start met het in kaart brengen van alle voor- en nadelen bij het huidige en nieuwe gedrag, waarna de balans wordt opgemaakt. Het is essentieel dat de cliënt deze voor- en nadelen zelf inbrengt en opschrijft. Dat je er als leefstijlcoach nog veel meer kent, is irrelevant; dit is dus meteen een mooie gelegenheid om het uitschake-



Figuur 1.2 Ambivalentie: er vindt geen verandering plaats.

len van de reparatiereflex te oefenen als professional. Dit leidt uiteindelijk tot een balans zoals in figuur 1.2.

Met deze inventarisatie komt er zicht op de ambivalentie. Dat leidt tot de volgende stap: inzoomen op de nadelen van het oude en de voordelen van het nieuwe gedrag (in die volgorde). Dit inzoomen doe je door de ander uit te nodigen de consequenties te beleven alsof zij echt plaatsvinden. Dit kun je doen via een oefening waarbij je gebruik maakt van geleide fantasie. Laat mensen zo concreet mogelijk benoemen wat de feitelijke voor- en nadelen zijn en hoe ze zich hierbij voelen. Een consequentie van dit proces kan zijn dat het mensen echt raakt en zij emotioneel worden. Hoe vervelend dit ook kan zijn, het is wel een indicatie dat iemand de consequenties echt personaliseert. Nadat je hebt ingezoomd op het oude gedrag, nodig je de ander uit om het gevoel dat bij deze nadelen past te omschrijven in enkele treffende



Figuur 1.3 Doorbreken van ambivalentie: iemand komt in beweging.

woorden. Hetzelfde doe je bij de voordelen van het nieuwe gedrag (zie figuur 1.3).

Deze techniek kent een aantal uitkomsten; voor een succesvolle gedragsverandering is dat idealiter een situatie waarbij de balans doorslaat richting het nieuwe gedrag. De balans kan echter ook doorslaan naar het oude gedrag. Dat is ook een waardevolle uitkomst, aangezien dit een belangrijke indicatie is voor een lage succeskans van een gedragsverandering. Een derde uitkomst is dat de ambivalentie blijft, doordat de consequenties van de keuze zo ingrijpend zijn dat iemand de keuze niet kan of durft te maken. De ervaring leert dat veel mensen op dat moment tijd en ruimte nodig hebben om een besluit te nemen.

WEERSTAND OMBUIGEN

Het proces van verandering kent vele momenten waarbij de cliënt gedrag vertoont dat geïnterpreteerd kan worden als een vorm van

weerstand tegen de verandering. Het is logisch dat het verkennen van allerlei nieuw gedrag en het loslaten van vertrouwde routines bezorgdheid bij de cliënt kan oproepen. Je weet immers wat je hebt en niet wat je krijgt. Vaak is men zich niet eens echt bewust van deze bezorgdheid, maar is er een onbewuste weerstand tegen bepaalde veranderingen. Deze weerstand is van grote waarde, omdat deze samenhangt met het werkelijk onderzoeken van verandering en zicht geeft op zorgen omtrent de gewenste situatie.

Het is aan de leefstijlcoach om iets met deze weerstand te doen. Een professionele houding die daarbij hoort kenmerkt zich primair door respect voor de weerstand en het besef dat deze niet gericht is op de leefstijlcoach maar op het proces. Soms reageren coaches op de weerstand alsof het lastig gedrag is dat de doelen van de coaching blokkeert. Vaak speelt hier een rol dat coaches de weerstand te persoonlijk opvatten. We kennen het allemaal, je bent vermoeid, misschien spelen er in jouw eigen leven allerlei stressoren en voor je het weet ga je als leefstijlcoach weerstand tegen de cliënt ontwikkelen. Op dit moment raakt de relatie verstoord en raak je verder verwijderd van het werkelijke probleem. De uitdaging is dus om iets positiefs te doen met de ontstane weerstand. De volgende stappen zijn hierbij relevant:

- herken en benoem de weerstand;
- onderzoek de zorg achter de weerstand;
- laat de cliënt de belangen achter deze zorg benoemen;
- buig de weerstand om in veranderenergie, door samen met de cliënt het vervolgtraject te kiezen.

VERANDERTAAL HERKENNEN EN VERSTERKEN

De manier waarop mensen hun woorden kiezen lijkt een belangrijke indicatie te zijn voor het al of niet veranderen van hun gedrag. Verandertaal is gesproken of geschreven taal, waaruit een positieve neiging tot veranderen blijkt. Daartegenover staat status quo-taal, waaruit blijkt dat iemand niet wil veranderen.

Tabel 1.3 Status quo-taal en verandertaal.

Status quo-taal	'Ik denk dat ik het wel ga doen.'
	'Ik ga erover nadenken of ik het wil.'
	'Dat zou ik moeten doen, ja.'
Verandertaal	'Ik ga morgen beginnen met hardlopen.'
	'Ik ga er deze week over nadenken en zal volgende week vertellen wat de uitkomst is.'
	'Dat moet ik doen.'

Het is belangrijk om als leefstijlcoach status quo-taal of verandertaal te herkennen. Als iemand verandertaal uit is het goed om dit als leefstijlcoach te belonen en bekrachtigen. Wanneer iemand status quo-taal bezigt is het goed om dit te benoemen en de cliënt uit te nodigen tot verandertaal. Voorbeelden van manieren om dit te doen zijn:

- ‘Wat denkt u te gaan doen?’
- ‘Hoe gaat u het aanpakken?’
- ‘Wanneer gaat u precies beginnen?’

Wanneer mensen weerstand hebben tegen een verandering, geven zij vaak geen antwoord op dit soort vragen. Daarmee zijn ze een goede graadmeter voor weerstand.

ZELFEFFECTIVITEIT VERSTERKEN

Vertrouwen in het eigen kunnen is essentieel voor verandering (zie ook hoofdstuk 5). Met het versterken van de zelfeffectiviteit, een techniek uit de motiverende gespreksvoering, nodig je mensen uit om in te schatten hoe groot de kans is dat ze een bepaald doel en het bijbehorende gedrag zullen halen. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van een ‘visual analogue scale’ (VAS). Na deze meting ga je in gesprek, bijvoorbeeld om samen te ontdekken hoe het vertrouwen te vergoten is (‘wat is er nodig om van de vier die je hebt ingevuld op de VAS een vijf of misschien wel een zes te maken?’). Vaak is het goed mogelijk om mensen zelf hulpbronnen te laten inschakelen of de doelen bij te stellen, en ze daarmee voor de cliënt realistischer te maken.

ACTIEPLAN OPSTELLEN

Een belangrijke techniek uit de motiverende gespreksvoering is het maken van een actieplan (zie ook hoofdstuk 6). In dit plan wordt het motivationele construct geconcretiseerd in duidelijke acties. In hoofdlijnen gaat de cliënt onder begeleiding doelen, strategieën en gedrag benoemen en plannen. Daarnaast beschrijft de cliënt hoe hij in de loop van de tijd de resultaten zal evalueren.

Samenvatting

- » Gezondheid hangt samen met persoonlijke competenties.
- » Gedrag is complex en nooit volledig te voorspellen. Het verloopt deels patroonmatig en hangt samen met zowel ‘nature’ als ‘nurture’. Gedrag is contextafhankelijk.
- » Stress speelt een lastige dubbelrol.
- » Gedragsverandering kent verschillende fasen. Leefstijlproblematiek kent vele facetten en is niet toevallig.

- » Een professional moet vanuit verschillende perspectieven kijken naar leefstijl en zich oriënteren op de beweegredenen van de cliënt. Hij werkt met gespreksmodellen die gebaseerd zijn op het ‘shared’ model, moet vroegtijdig focussen op oude gewoonten (zoals etiketteren) en moet afleren dominant-directief te zijn. Ook de gedragsverandering van professionals verloopt in fasen.
- » Motiverende gespreksvoering kent, behalve technieken die de leefstijlcoach kan inzetten om de cliënt te ondersteunen, ook een grondhouding. De technieken ondersteunen de leefstijlcoach bij het ‘uitoefenen’ van deze houding.