

Verre doelen, onmiddellijke frustraties:
Zelfregulatieprocessen in gezondheidsgedrag ¹

Denise de Ridder

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt als hoogleraar
'Gezondheidspsychologie, in het bijzonder de psychosociale aspecten van gezondheid'
aan de Universiteit Utrecht op vrijdag 10 oktober 2003.

Mijnheer de rector magnificus,
Geachte aanwezigen,

Er zijn weinig dingen in ons leven die we zo belangrijk vinden als een goede gezondheid. In de statistieken van het Sociaal Cultureel Planbureau prijkt een goede gezondheid steevast op de eerste plaats van verlangens – vóór een gelukkig gezinsleven en een veilige leefomgeving (SCP, 2003). Daarbij zijn we niet onbescheiden: voor de meeste Nederlanders staat een goede gezondheid niet alleen voor de afwezigheid van ziekte, maar ook voor vitaliteit, energie en, om het populair te zeggen, ‘je lekker voelen’.² Niet alleen vinden we gezondheid belangrijk en veelomvattend, we gaan er ook vanuit dat problemen met de gezondheid gemakkelijk verholpen kunnen worden. Door toedoen van anderen wel te verstaan - zeker in onze moderne samenleving met zijn goed toegankelijke gezondheidsvoorzieningen en de beschikbaarheid van medische technologie. Helaas zijn gemakkelijk te behandelen kwaaltjes niet de belangrijkste bedreiging van onze gezondheid. Dat zijn chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, astma en diabetes, die in de afgelopen eeuw enorm zijn toegenomen en niet of maar zeer beperkt medisch te behandelen (in die zin dat hun oorzaak wordt weggenomen). Een typisch, en in het licht van het voorgaande ook nogal wrang kenmerk van de meeste chronische aandoeningen is dat ze voor een belangrijk deel te wijten zijn aan onze leefstijl en daarmee tot op zekere hoogte vermijdbaar.

Het meest pregnante voorbeeld daarvan is de recente toename van type 2 diabetes, diabetes die zich meestal op latere leeftijd voordoet en vooral op conto komt van een leven met te weinig beweging en te veel eten. Door epidemiologen is berekend dat diabetes de *killer* van de 21^{ste} eeuw wordt en dat die explosieve groei grotendeels te wijten is aan de toegenomen zwaarlijvigheid (Zimmet, 2001). In Nederland heeft op dit moment 44% van de bevolking overgewicht; en een kwart daarvan is zwaarlijvig, onder wie ook veel jongeren en hoger opgeleiden (CBS, 2001). Daarmee heeft Nederland de twijfelachtige eer de vierde plaats op de wereldranglijst van zwaarlijvigheid in te nemen, overigens nog altijd op flinke afstand van de Verenigde Staten dat de lijst aanvoert met ruim 40% zwaarlijvigen (Kumanyika, Jeffery, Morabia et al., 2002). Hoe heeft het zover kunnen komen? Waarom vinden we onze gezondheid zo belangrijk en zijn we kennelijk zo weinig bereid of in staat om er iets voor te doen? Uit het voorbeeld van overgewicht kunnen we afleiden dat we voor een belangrijk deel slachtoffer zijn van de uitgekookte marketingstrategieën van Coca Cola en McDonalds,

uitvinders van het van *king sizen* ofwel het systematisch vergroten van de porties waarin voedsel te koop wordt aangeboden (Zimmet, 2000) – met als gevolg dat we schaamteloos een liter cola en een emmer popcorn wegwerken wanneer we bijvoorbeeld in de bioscoop zitten. Maar dat laat onverlet dat we ook de mogelijkheid hebben om die reuzenporties suiker en vet te laten staan. De kwestie die ik u wil voorleggen is waarom het voor velen zo moeilijk is om van die mogelijkheid gebruik te maken. Mijn betoog gaat niet speciaal over te veel eten of te weinig bewegen. Tal van andere gedragingen vormen eveneens een risico voor de gezondheid, zoals roken, overmatig alcoholgebruik, onbeschermd seks, te veel in de zon zitten, autorijden zonder veiligheidsgordel, fietsen zonder helm, te weinig slaap of te veel stress – om er maar een aantal te noemen. Dit soort gedragingen varieert enorm in de mate waarin ze verslavend zijn of in de sociale normen die ervoor gelden, maar ze hebben één ding gemeenschappelijk: dat ze niet goed zijn voor de gezondheid staat buiten kijf. Voor de meest belangrijke risicofactoren, roken en overgewicht, is berekend dat wanneer de Amerikaanse bevolking zou stoppen met roken dit zou resulteren in 25% minder sterfgevallen als gevolg van kanker en 350.000 minder fatale hartaanvallen per jaar terwijl 10% gewichtsvermindering door minder te eten en meer te bewegen niet alleen tot minder diabetes zou leiden maar ook tot een afname van het aantal beroertes, sommige vormen van kanker en van hart- en vaataandoeningen (Salovey, Rothman & Rodin, 1998; Taylor, 1990).

Alvorens in te gaan op de vraag waarom we ons willens en wetens van tijd tot tijd schuldig maken aan ongezonde gedragingen, is het belangrijk te benadrukken dat de invloed van gedrag op gezondheid weliswaar groot is maar niet moet worden overschat. Je netjes gedragen geeft helaas geen garantie op gezondheid (Jeffery, 1989).³ Je kunt je hele leven stevig doorroken en toch op je negentigste dood gaan aan een ongelukkige val van de trap en net zo goed nooit gerookt hebben en sterven aan hartfalen. Denken dat je je gezondheid volledig onder controle hebt zonder je rekenschap te geven van de biologische beperkingen waarbinnen gedrag zijn invloed uitoefent, kan zelfs leiden tot een ongezonde preoccupatie met gezondheid (Barsky, 1988; Brownell, 1991a). Deze kanttekening is met name belangrijk om vals moralisme te vermijden en de invloed van gedrag op gezondheid gelijk te stellen met individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Desalniettemin, gegeven het feit dat wij allen prijs stellen op een lang en gezond leven is een belangrijke vraag waarom en wanneer we willen investeren in gedrag dat bijdraagt aan onze gezondheid. Dat is de kwestie die ik met u wil bespreken en die ook het hoofdthema vormt van het onderzoek dat ik de komende jaren wil gaan uitvoeren. De term ‘investeren’ gebruik ik niet zonder reden. Investeren impliceert

dat het gaat om gedrag waarvan we de vruchten pas kunnen plukken in de verre toekomst - als we ze al mogen plukken, want net zoals bij andere investeringen is het niet zeker dat onze langdurige inspanningen om gezond te leven iets zullen opleveren. Het gaat, met andere woorden, om verre doelen en onmiddellijke frustraties.

Zelfregulatie en gezondheidsgedrag

Wat mensen doen en laten in het perspectief van wat ze belangrijk vinden is een thema dat in psychologische termen wordt aangeduid met *zelfregulatie* – een begrip dat het hele scala aan gedragingen omvat dat te maken heeft met de manier waarop mensen doelen formuleren, de strategieën die ze toepassen om die doelen te realiseren en vooral de wijze waarop ze omgaan met de frustraties en tegenslagen die onvermijdelijk zijn wanneer je probeert een ambitieus voornemen te realiseren (Mischel, Cantor & Feldman, 1996). Ervan uitgaande dat 95% van ons gedrag gereguleerd wordt door automatische of onbewuste processen (Bargh & Chartrand, 1999) heeft zelfregulatie betrekking op die 5% van het gedrag waarbij het zelf, wat dat dan ook precies moge zijn, bewuste controle uitoefent. En het is die 5% van ons gedrag dat bepaalt welke doelen we nastreven en of we erin slagen om die doelen te verwezenlijken (Baumeister, Bratslavsky, Muraven & Tice, 1998). Zelfregulatie is geen benadering die voorbehouden is aan gezondheidsgedrag, maar wel een die uitstekend geschikt is om het ingewikkelde proces te beschrijven dat we hiervoor summier hebben aangeduid als de moeilijkheden die gepaard gaan met het in praktijk brengen van iets dat je belangrijk vindt. Omdat zelfregulatie, zoals gezegd, gaat over investeringen waarvan de opbrengst op lange termijn onzeker is, is het een meer geschikte benadering dan populaire modellen als de *Theorie van Gepland Gedrag* (Ajzen, 1991) die gezondheidsgedrag louter beschouwen als het uitvoeren van je voornemen en maar weinig aandacht besteden aan het idee dat zoiets inspanning kost (Fishbein, Hennessy, Yzer & Douglas, 2003). Op dat bijzondere aspect van zelfregulatietheorieën, het idee dat inspanning vereist is om frustraties het hoofd te bieden, kom ik later uitgebreid terug. Eerst wil ik met u aan de hand van de twee andere centrale elementen van zelfregulatie de relevantie van deze benadering voor gezondheidsgedrag laten zien. Het eerste element is de wijze waarop mensen gezondheidsdoelen formuleren, het tweede is de wijze waarop ze strategieën bedenken om die doelen te realiseren.

Gezondheidsdoelen

Stellen mensen eigenlijk wel gezondheidsdoelen? Die vraag is niet onbelangrijk want mogelijk weerspiegelt het belang dat mensen aan gezondheid hechten en dat ik eerder

memoreerde, slechts een oppervlakkige belangstelling die wel vaag verband houdt met iets dat ze graag zouden willen, maar niet of nauwelijks te maken heeft met wat ze doen. Zonnebankbruin en sportschoolfit zijn in dat opzicht extreme voorbeelden van een wellicht oprechte maar nogal gemakzuchtige en zelfs risicovolle interesse voor gezondheid. Voor de meeste Europeanen en Amerikanen is het echter moeilijk om te ontsnappen aan de folders en reclamespotjes die regelmatig op hen worden losgelaten en die hen op het hart drukken wat wel en niet gezond is. Veel mensen weten dus inmiddels, zo mogen we aannemen, wat ze moeten doen en laten om gezond te blijven. In dat opzicht is het niet verbazingwekkend dat grote groepen mensen het plan opvatten om gezonder te leven. De bekende goede voornemens die mensen maken tussen kerst en nieuwjaar hebben voor het overgrote deel betrekking op stoppen met roken, meer bewegen of gezonder eten (Brownell, 1991b; Norcross, Ratzin & Payne, 1989). Omgerekend betekent dat voor roken dat in tien jaar tijd (tussen 1981 en 1991) dertig miljoen Amerikanen een poging waagden om te stoppen met roken; en voor Nederland gelden mutatis mutandis vergelijkbare cijfers (Dijkstra, De Vries & Bakker, 1996).

Aan goede voornemens is kennelijk geen gebrek, maar is zo'n voornemen ook een echt doel in die zin dat het een aanleiding vormt om je ervoor in te spannen? Wat dat betreft zijn de gegevens wat minder rooskleurig. Zeker in het stellen van doelen die in de verre toekomst liggen zijn mensen vaak te ambitieus en geneigd zichzelf te overschatten. Ze kiezen hun doelen op basis van wat ze graag willen zonder zich er rekenschap van te geven of dit wel realistisch is (Lieberman & Trope, 1998). Of ze formuleren hun doelen in abstracte termen die nauwelijks richting geven aan hun gedrag (Emmons, 1992). Zo bleek uit ons eigen onderzoek dat chronisch zieke patiënten, gevraagd naar hun middellange termijn doelen in het omgaan met ziekte, vaak hun onmiddellijke preoccupaties en bekommernissen noemen, zoals bijvoorbeeld het beter begrijpen van de lichamelijke signalen die hun ziekte met zich meebrengt (Bensing, Schreurs, De Ridder & Hulsman, 2002; De Ridder, Schreurs & Bensing, 1998). Dat soort doelen zijn weinig motiverend omdat je nooit zeker weet of je het doel hebt bereikt en zelfs niet of je enige voortgang boekt. Maar ook in het geval mensen wel in staat zijn heldere en haalbare doelen te formuleren, liggen er nog allerlei gevaren op de loer. Soms realiseert men zich onvoldoende dat gezondheidsdoelen op gespannen voet kunnen staan met andere dingen in het leven die ook belangrijk zijn. De tijd die voldoende bewegen in beslag neemt, ervaren mensen als concurrerend met de tijd die ze moeten of willen besteden aan sociale activiteiten, iets extra's doen voor het werk, het gezinsleven of het huishouden

(Gebhardt & Maes, 1998). Dat is geen onbelangrijk gegeven gelet op de overvolle agenda's van moderne mensen. En wanneer men bereid is wel tijd aan die doelen te spenderen, heeft men daar niet altijd zin in. Uit ons eigen onderzoek naar patiënten met chronische aandoeningen bleek bijvoorbeeld dat astmapatiënten ook wel eens naar een rokerig feestje willen en diabetespatiënten gewoon uit eten – zelfs als ze belang hechten aan het volgen van hun regime. Een flinke dosis vastberadenheid die je al het andere doet vergeten is nodig om gezondheidsdoelen af te schermen tegen afleiding (Shah, Friedman & Kruglanski, 2002). Wanneer je je doel beschouwt als bittere noodzaak en niet als een van de vele mogelijkheden die het leven biedt, kun je zelfs plezier beleven aan het weerstaan van allerlei verleidingen (Freitas, Lieberman & Higgins, 2002). Maar helaas is niet iedereen gezegend met plichtsbesef en helaas ziet niet iedereen er de lol van in om zich dingen te ontfemen.⁴ Een manier om na te gaan in hoeverre mensen gecommitteerd zijn aan hun doelen is te bekijken of die doelen sporen nalaten in het denken en doen van alledag, in wat de psycholoog Eric Klinger (1996) *current concerns* ofwel actuele bekommernissen noemt. Wanneer die bekommernissen over heel andere zaken gaan, is dat een teken dat het doel niet echt leeft. Bij mijn weten is dergelijk onderzoek naar gezondheidsdoelen nog niet verricht, maar het zou een aardige manier kunnen zijn om na te gaan in hoeverre mensen echt begaan zijn met hun doel.⁵

Vooralsnog kunnen we concluderen dat veel mensen wel de intentie hebben om gezond te leven in de zin dat ze voornemens hebben om minder te roken of af te vallen of juist meer te bewegen en gezonder te eten. Dat soort voornemens heeft meer kans van slagen als ze concreet en realistisch zijn en niet te veel concurreren met andere doelen. Maar wanneer is een dergelijk doel aanleiding om echt in actie te komen; ofwel hoe begin je met het realiseren van je doel? De Duitse psychologe Gabriele Oettingen heeft daar interessant onderzoek naar gedaan. Zo keek ze bij vrouwen met overgewicht die wilden afvallen onder welke condities hun wensen werkelijkheid werden. Wat bleek? Vrouwen die alleen maar droomden van maatje 36 bleken een jaar later juist in omvang te zijn toegenomen. Vrouwen daarentegen die hun fantasieën in gedachten confronteerden met de negatieve realiteit van het dik zijn, bleken wel in staat af te vallen. De verklaring die Oettingen hiervoor geeft is dat fantasieën over hoe je graag anders zou willen zijn niet motiveren tot actie omdat de wens als het ware geconsumeerd wordt in de fantasie. Vrijblijvende fantasieën worden alleen bindende doelen als je doordrongen bent van de noodzaak tot actie (Oettingen, 1996; zie ook Oettingen & Mayer, 2002). Daarmee zijn we aangekomen bij een tweede belangrijke element van zelfregulatie, namelijk de strategieën die mensen toepassen om doelen te realiseren.

Strategieën om gezondheidsdoelen te realiseren

Kennelijk is iets willen wel een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde om het daadwerkelijk te bereiken. Toch is dat het beeld dat geschetst wordt in veel populaire zelfhulpboekjes: waar een wil is, is een weg – zo luidt het credo. En niet alleen in de zelfhulp literatuur is deze visie gemeengoed, ook veel psychologen zijn deze mening toegedaan. In de benadering van zelfregulatie die de Amerikaanse psychologen Carver en Scheier voorstaan, doet men het voorkomen dat simpelweg de discrepantie tussen hoe het is en hoe je het eigenlijk zou willen voldoende motiverend is om in actie te komen (Carver & Scheier, 1998). Dat is ‘de mens als thermostaat’ benadering: net zoals de verwarmingsketel harder gaat branden als de temperatuur zakt onder de door ons vooraf ingestelde waarde, zouden mensen harder gaan proberen als hun ervaringen te veel afwijken van wat ze eigenlijk willen. Uit het onderzoek van Oettingen weten we dat het niet zo eenvoudig werkt. Het contrasteren van wens en werkelijkheid in het onderzoek onder vrouwen met overgewicht was waarschijnlijk vooral effectief omdat deze vrouwen, wellicht voor het eerst, expliciet nadachten over hun situatie en op die manier op ideeën kwamen om er iets aan te doen – met andere woorden strategieën bedachten om hun doel - slanker worden - te realiseren. Die verklaring is plausibel gegeven het onderzoek van Shelley Taylor en haar collega's (Pham & Taylor, 1999; Taylor, Pham, Rivkin & Armor, 1998) naar mentale simulatie van strategieën om je doel te bereiken. Zij moedigden de personen in hun onderzoek aan om zich niet blind te staren op de doelen die ze wilden bereiken, maar na te denken over de manieren waarop ze dat zouden kunnen doen. Door in hun hoofd alternatieve scenario's af te spelen en ze als het ware als een film aan hun geestesoog voorbij te laten trekken, konden mensen de voor- en nadelen van verschillende strategieën mentaal uitproberen om zo tot een overwogen besluit te komen hoe ze het gingen aanpakken. De uitkomst was dat ze tot betere oplossingen kwamen. Door expliciet stil te staan bij het maken van een actieplan werden niet alleen onrealistische verwachtingen getemperd, maar werden ook de inventiviteit en creativiteit aangesproken die nodig zijn om een ambitieus voornemen te realiseren. Bekend is dat een aantal mensen spontaan de techniek van mentale simulatie toepast als ze voor lastige situaties komen te staan, maar uit ons eigen onderzoek naar mentale simulatie blijkt dat het ook eenvoudig aan te leren valt en dat mensen het zelfs plezierig vinden (De Ridder & Schreurs, in voorbereiding; Schreurs, Colland, Kuijer et al., in press; Theunissen, De Ridder, Bensing & Rutten, in press). Maar daarmee zijn we er nog niet want, ik zei het al eerder, gezondheidsdoelen zijn verre doelen. Het gaat er niet alleen om hoe je begint met zo'n lastige klus, maar ook en vooral hoe je het volhoudt. De beschikbare cijfers laten zien dat dat bepaald geen sinecure is.

Uit het onderzoek naar goede voornemens waar ik eerder over sprak blijkt dat een kwart van degenen met goede voornemens al na een week het bijltje erbij neergooit en dat nog eens een derde het na zes maanden voor gezien houdt (Norcross, Ratzin & Payne, 1989). De meeste mensen hebben minimaal vijf jaar achtereen hetzelfde voornemen voor ze er in slagen om het te verwezenlijken, al dan niet voor langere duur (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) - wat er overigens niet alleen op wijst dat ze regelmatig falen maar ook dat ze hardnekkig blijven proberen. Van de 30 miljoen Amerikanen die probeerden te stoppen met roken, hield slechts 20% het langer dan een jaar vol – 80% viel al snel terug in het oude patroon (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986; Prochaska, Velicer, Guadagnoli et al., 1991). Iets vergelijkbaars geldt voor pogingen om gewicht te verminderen: 95% van degenen die erin slagen om af te vallen, zijn binnen een paar jaar weer op hun oude gewicht en velen van hen zijn zelfs zwaarder dan ze eerst waren (Heatherton, Mahamedi, Striepe et al., 1997). Overigens is zulk falen niet specifiek voor gezondheidsdoelen. Ook op andere terreinen is het een bekend gegeven dat veel ambitieuze doelen voortijdig stranden (Polivy & Herman, 1999). De psychologen Polivy en Herman (2002) hebben er zelfs al een naam voor bedacht: het *Valse Hoop Syndroom*.

Wilskracht

Wat is hier aan de hand? Waarom zijn mensen niet langer dan eventjes in staat zich naar hun goede voornemens te gedragen? Zijn ze lui of gemakzuchtig? Volgens de Amerikaanse psycholoog Roy Baumeister komt het daar dicht bij in de buurt. In zijn gezaghebbende boek over falende zelfregulatie schrijft hij het onvermogen om bijvoorbeeld te stoppen met roken niet toe aan de verslavende eigenschappen van nicotine, maar aan het simpele feit dat het gemakkelijker is om gewoon te blijven roken (Baumeister, Heatherton & Tice, 1994; Muraven & Baumeister, 2000). Net zoals het weglepelen van een halve liter Ben & Jerry's ijs voor veel mensen gemakkelijker is dan dagelijks de aanbevolen vijf porties groente en fruit te nuttigen. Volgens Baumeister is falende zelfregulatie het gevolg van gebrekkige wilskracht en het probleem bij uitstek van de moderne Amerikaanse samenleving. Omdat in zijn visie de gemiddelde Amerikaan maar moeilijk weerstand kan bieden aan zijn of haar impulsen is niet alleen, zoals eerder gezegd, 40% van de bevolking zwaarlijvig maar kunnen de Verenigde Staten ook bogen op een van de hoogste percentages tienerzwangerschappen en op regelmatige schietincidenten op middelbare scholen, om maar een paar voorbeelden te noemen van, volgens Baumeister, typisch Amerikaanse toestanden (Baumeister & Heatherton, 1996). De uitwassen van falende zelfbeheersing mogen dan nogal Amerikaans

lijken, de pretentie van de psychologische verklaring voor dit fenomeen heeft wel degelijk relevantie voor Nederland en de rest van Europa. Die verklaring luidt dat zelfbeheersing inspanning vergt en mentale energie kost. En net zoals een spier uitgeput raakt na inspanning, raakt onze zelfbeheersing uitgeput na inspanning – in jargon *ego depletie* genaamd. In het meest tot de verbeelding sprekende experiment dat Baumeister uitvoerde om het bestaan van ego depletie aan te tonen, kregen proefpersonen radijsjes en chocoladekoekjes voorgezet. De ene helft kreeg de instructie dat ze alleen mochten snoepen van de radijsjes, de andere dat ze alleen mochten proeven van de chocoladekoekjes. Vervolgens moesten beide groepen een ingewikkelde, frustrerende puzzle oplossen. Wat bleek? De mensen die alleen radijsjes hadden mogen eten en zich dus hadden moeten inhouden om van de koekjes af te blijven, gaven eerder op dan degenen die wel van de koekjes hadden mogen eten (Baumeister, Bratslavsky, Muraven & Tice, 1998). Met tal van variaties op dit experiment heeft Baumeister laten zien dat wilskracht na enige tijd verbruikt is, waardoor mensen zich er minder toe kunnen zetten om doorzettingsvermogen te tonen bij een volgende opgave die inspanning vereist. Illustratief in dit verband is dat volgens Baumeister falende zelfcontrole vooral plaatsvindt in de late avond of rond middernacht – als je al een hele dag je best gedaan hebt om aan alle verplichtingen te voldoen.

Baumeisters theorie van de uitputtelijke wilskracht biedt een intrigerende verklaring voor het fenomeen dat zoveel mensen met goede voornemens na enige pogingen het bijltje erbij neergooien. Geheel passend in de metafoer van wilskracht als een spier, suggereert Baumeister als oplossing om wilskracht te trainen (Muraven, Baumeister & Tice, 1999). Als wilskracht werkt zoals een spier, moet je het net als een spier sterker kunnen maken door oefening. Dat is een interessante optie, maar niet de meest voor de hand liggende. Als we de resultaten van het onderzoek van Baumeister serieus nemen, moeten we accepteren dat het vlees zwak is en dat wilskracht regelmatig faalt. De implicatie daarvan is dat we moeten nagaan onder welke omstandigheden het beroep op wilskracht geminimaliseerd wordt. Wie niet sterk is, moet slim zijn en situaties vermijden waarin wilskracht vereist is om je gezondheidsdoelen te bereiken. Een slimme manier om wilskracht te omzeilen is ervoor zorgen dat er geen verleidingen op de loer liggen (Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986) of, omgekeerd, een omgeving creëren die je helpt herinneren aan je goede voornemens (Shah & Kruglanski, 2003). Door geen chocolade en chips in te slaan bij de supermarkt, kun je niet toegeven aan je snoeplust; terwijl je door alleen komkommers en appels in huis te hebben eerder op het idee komt om ook eens gezond te eten. Professionele

gezondheidsbevorderaars hebben deze mogelijkheid inmiddels ook ontdekt. Door de omgeving te manipuleren ontlast je mensen van de beslissing om zich gezond te gedragen. Mijn favoriete voorbeeld is dat kleinere caf etafels leiden tot minder drankgebruik omdat mensen hun lege bierglazen niet meer kwijt kunnen (De Vries, 2000). Het omzeilen van wilskracht is uitgebreid onderzocht door de psycholoog Gollwitzer die overtuigend aantoonde dat het uitvoeren van een voornemen vergemakkelijkt wordt door het maken van een simpel ‘waar-en-wanneer’ plan, in jargon ‘implementatie-intenties’ geheten (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Brandst tter, 1997). Zo’n plan ontlast de wilskracht omdat het voornemen als het ware automatisch opgeroepen wordt wanneer de eerder bedachte ‘waar en wanneer’ omstandigheden zich voordoen. Door de condities voor het uitvoeren van het voornemen vooraf vast te leggen, denk je minder aan allerlei alternatieve bezigheden of aan de mogelijkheid dat je wellicht niet slaagt in het uitvoeren van je voornemen – gedachten die ondermijnend zijn voor de toewijding die vereist is om een doel te realiseren. Het maken van simpele waar-en-wanneer plannen heeft zijn nut bewezen bij relatief eenvoudig gezondheidsgedrag, zoals het besluit om deel te nemen aan bevolkingsonderzoek (Sheeran & Orbell, 2000). Nog niet duidelijk is of waar-en-wanneer plannen ook effectief zijn bij complex gezondheidsgedrag dat langdurige aandacht vraagt, zoals bijvoorbeeld stoppen met roken of gezonder eten. Evenmin is bekend of mensen spontaan implementatie-plannen maken en in hoeverre dit samenhangt met hun motivatie om een bestaande gewoonte te veranderen. In een onderzoek naar gezond eten onder jongeren dat ik binnenkort samen met John de Wit ga doen, willen we nagaan of implementatie-plannen ook effectief zijn in dit soort complexere situaties. Al met al laat het onderzoek naar implementatie-plannen zien dat mogelijk is om in ieder geval ten dele te ontsnappen aan wilskracht door vooruit te lopen op omstandigheden die het in praktijk brengen van een voornemen vergemakkelijken (Armor & Taylor, 2003; Taylor & Gollwitzer, 1995). De mogelijkheden van deze benadering zijn echter beperkt in die zin dat ze wel duidelijk maken hoe verre doelen tot een goed einde gebracht kunnen worden zonder daarbij een al te groot beroep te doen op wilskracht, maar geen soelaas bieden voor het probleem dat mensen in lastige en frustrerende situaties terecht kunnen komen waarin hun goede voornemens op de proef gesteld worden, ook al zijn die ingebed in een net implementatieplan. Daarmee ben ik aangekomen bij het laatste deel van mijn betoog dat gaat over de vraag wat te doen met onmiddellijke frustraties. Wellicht is wilskracht niet nodig om verre doelen te bereiken, maar wel een vereiste om weerstand te kunnen bieden aan afleiding en frustratie die het realiseren van lange termijn doelen in de weg staan.

Aandacht voor onmiddellijke frustraties

Volgens Baumeister en ook andere onderzoekers op het gebied van zelfregulatie is dat inderdaad het geval. Pogingen tot zelfregulatie falen in hun visie vooral als mensen hun lange termijn doelen opofferen en gaan voor de korte termijn bevrediging. Het beeld dat hiermee geschetst wordt is dat we zwichten voor een kroket of een sigaret omdat we ons goed willen voelen (Tice & Bratslavsky, 2000; Tice, Bratslavsky & Baumeister, 2001). Maar gaat het hier eigenlijk wel om hedonisme (Hirt & McCrea, 2000)? Moeten we het verlangen naar een kroket of een sigaret niet serieus nemen en erkennen dat kiezen tussen een goed gevoel nu of een gezond leven later een lastige opgave is? Het wachten op een uitgestelde beloning met de frustratie van een andere beloning binnen handbereik is uitgebreid onderzocht in het klassieke zogeheten *delay of gratification* paradigma waarin jonge kinderen de keuze voorgelegd krijgen om ofwel te wachten op twee snoepjes die ze later zullen krijgen of direct één snoepje te nemen. Uitgebreid onderzoek van Mischel en collega's heeft overtuigend aangetoond dat de meeste kinderen natuurlijk wel twee snoepjes willen, maar dat slechts een klein aantal het vereiste geduld kan opbrengen om daarop te wachten (Mischel, Shoda & Peak, 1989). Mutatis mutandis geldt deze situatie ook voor de volwassenen die iets aan hun gezondheid willen doen en die ik in verschillende voorbeelden ten tonele heb gevoerd: kiezen ze voor de onmiddellijke bevrediging van een kleine beloning (een lekker taartje of een sigaret) of kiezen ze voor de grotere beloning die ze vele jaren later in de vorm van een goede gezondheid zullen ontvangen? Op het eerste gezicht lijkt deze formulering niet veel af te wijken van de manier waarop Baumeister het probleem van zelfregulatie beschrijft. Er is echter een belangrijk verschil. Waar Baumeister en velen met hem betogen dat onmiddellijke behoeften onderdrukt moeten worden in het licht van het grotere doel, pleit Mischel voor het erkennen dat er zoiets als behoefte aan een onmiddellijke beloning bestaat. Dit kleine verschil heeft grote gevolgen voor de wijze waarop wij tegen het dilemma van verre doelen en onmiddellijke frustraties en de rol van zelfbeheersing daarin moeten aankijken. In navolging van Mischel zou ik willen beweren dat zogeheten afleidingen eigenlijk geen afleidingen zijn, maar korte termijn belangen die in beginsel gerechtvaardigde aandacht vragen. Zo'n visie impliceert dat de essentie van zelfregulatie niet bestaat uit het najagen van verre doelen en het stoïcijns negeren van onmiddellijke frustraties, maar uit het vinden van een goede balans tussen korte en lange termijn belangen die per definitie met elkaar concurreren (Metcalf & Mischel, 1999). En volgens dezelfde redenering bestaat effectieve zelfregulatie niet zozeer uit het leveren van een bovenmenselijke krachtsinspanning, maar uit het effectief inzetten van de

beperkt aanwezige wilskracht om op gepaste wijze aandacht te geven aan directe noden en behoeften.

We kunnen nog een stap verder gaan. Misschien moeten we wel af van het idee dat wilskracht de motor is van zelfregulatie. Al meer dan honderd jaar, sinds Freud weten we dat het ego zwak is en maar moeilijk weerstand kan bieden aan de impulsen uit het id. Het wordt tijd dat we die notie uit de klassieke psychoanalyse onderkennen en combineren met de bevinding uit zelfregulatie-onderzoek dat wilskracht beperkt is. Ik zou daarom willen pleiten voor een hernieuwde oriëntatie op de mechanismen van effectieve zelfregulatie waarin niet wilskracht maar de aandachtfunctie een centrale plaats inneemt en waarin het richten of verschuiven van aandacht bepalend is voor de vraag of mensen erin slagen het conflict tussen korte termijn belangen en lange termijn doelen te beslechten. Een bijkomend voordeel van zo'n benadering is dat we ons voor onderzoek naar aandachtsmechanismen niet hoeven te beroepen op welluidende maar niet onderbouwde metaforen, zoals de wilskracht-als-spier metafoor, maar kunnen profiteren van recente inzichten uit neuropsychologisch (Botvinick, Braver, Barch et al., 2001; Metcalfe & Mischel, 1999) en psychofysiologisch (Ellenbogen, Schwartzman, Stewart & Walker, 2002; Pham, Taylor & Seeman, 2001) onderzoek dat laat zien dat aandachtsregulatie traceerbaar is in hersenactiviteit en fysiologische responsen en in die zin objectief aantoonbaar. Voor zover ik weet is de rol van aandacht nog nauwelijks onderzocht in de context van zelfregulatie van gezondheidsgedrag. Desalniettemin zijn er voldoende aanwijzingen dat zo'n benadering interessante inzichten kan opleveren over de wijze waarop aandacht bemiddelt tussen verre doelen en onmiddellijke frustraties en als zodanig een belangrijk paradigma vormt voor toekomstig onderzoek op het gebied van de gezondheidspsychologie.

Illustratief in dit verband is recent onderzoek van Mischel naar het gebruik van aandachtsstrategieën om het dilemma van de uitgestelde beloning het hoofd te bieden (Metcalfe & Mischel, 1999). Daarbij is het relevant te bedenken dat het bij korte termijn belangen gaat om noden die geen uitstel lijken te dulden; in jargon worden deze belangen gereguleerd door een warm systeem dat vraagt om onmiddellijke bevrediging en waarin emoties een grote rol spelen. Verre doelen daarentegen worden gereguleerd door een koel-cognitief systeem dat gekenmerkt wordt door weten en beredeneren. Zo bezien bestaat het balanceren tussen korte termijn belangen en lange termijn doelen voor een groot deel uit het afkoelen van de een en het opwarmen van de ander. Van het opwarmen ofwel het relevanter

maken van lange termijn gezondheidsdoelen weten we inmiddels het een en ander. Dat is belangrijke kennis omdat waarschijnlijk een van de grootste problemen in het nastreven van gezondheidsdoelen is dat mensen wel weten maar niet *voelen* dat het goed voor ze is (Loewenstein, Weber, Hsee & Welch, 2001).⁶ Zo vinden veel mensen het moeilijk om te stoppen met roken omdat ze zich weinig kunnen voorstellen bij het idee dat ze mogelijk in de verre toekomst gespaard blijven van ziekte. Het vergroten van de emotionele waarde van niet-roken is in die situatie heel nuttig. In ieder geval heb ik van veel studenten begrepen dat ze met roken waren gestopt nadat ze het tv-spotje van een aantal jaren terug hadden gezien waarin een rokend meisje, staande voor de spiegel, haar gezicht tot een soort craquelé zag vervormen. Kennelijk vertegenwoordigt een frisse, stralende huid een korte termijn belang met grote emotionele waarde dat voldoende motiverend is om te stoppen met roken. Ook een interessante opwarmings-strategie is geanticiperde spijt, wat zoveel betekent als je voorstellen hoe je je de volgende dag zult voelen als je in de verleiding komt om te zondigen tegen je lange termijn doelen (Sheeran & Orbell, 1999). Zo'n naar voren gehaalde emotie is een krachtig middel gebleken om verleidingen te weerstaan. Van het afkoelen van korte termijn belangen weten we veel minder. Dat wil zeggen dat wel bekend is welke strategieën nuttig zijn – bijvoorbeeld afleiding zoeken of de aandacht op iets anders richten dan het verleidelijke object – maar dat we niet goed weten onder welke omstandigheden mensen in staat zijn om die strategieën toe te passen. Een belangrijk probleem in het volhouden van een dieet bijvoorbeeld is dat mensen steeds herinnerd worden aan eten juist omdat ze de hele dag met dat dieet bezig zijn (Heatherton, Polivy & Herman, 1990), met als gevolg dat hun aandacht gefixeerd blijft op zin in eten.

Stress, stemming en zelfregulatie

De wijze waarop afkoel-strategieën kunnen bijdragen aan effectieve zelfregulatie is een nog grotendeels onontgonnen terrein met grote implicaties voor gezondheidspsychologisch onderzoek. Als we bedenken dat weerstand bieden aan korte termijn belangen stress oplevert en dat stress op zijn beurt de kans op falende zelfregulatie vergroot omdat mensen te veel in beslag genomen worden door hun onmiddellijke frustraties (Baumeister & Heatherton, 1996), is het van grootste belang te onderzoeken welke aandachtsstrategieën bijdragen aan het doorbreken van deze vicieuze cirkel. Sterker gesteld: als mensen erin slagen frustratie effectief te reguleren door op een of ander wijze aandacht te besteden aan hun korte termijn belangen, zouden ze ook beter in staat moeten zijn om aandacht te besteden aan hun lange termijn doelen. Indirect bewijs daarvoor vinden we in het onderzoek naar stemming en

zelfregulatie dat aantoonde dat mensen met een positieve stemming meer aandacht hebben voor informatie over gezondheidsbedreigend gedrag en ook meer bereid zijn om zich in te spannen om hun gedrag te veranderen (Isen, 1999; Reed & Aspinwall, 1998; Sherman, Nelson & Steele, 2000). Anders gezegd: een prettige stemming en een tevreden gevoel zijn signalen dat je je aandacht op iets anders kunt richten, zoals bijvoorbeeld een ver doel (Carver, 2003; Frederickson, 2001).⁷ Dat gegeven leidt tot de enigszins contra-intuïtieve hypothese dat aandacht voor korte termijn belangen geen hinderpaal is in het nastreven van lange termijn doelen, zoals de klassieke zelfregulatiebenadering stelt, maar juist nuttig en misschien zelfs wel noodzakelijk in het blijven nastreven van verre doelen. Er is minstens één studie die deze ogenschijnlijk onlogische veronderstelling ondersteunt. Zo blijkt uit recent onderzoek onder vrouwen die bezorgd waren over hun gewicht dat degenen die informatie kregen over gezond eten en dus herinnerd werden aan hun dieet meer worstelden met de neiging om toe te geven aan lekker eten dan degenen die hadden mogen bladeren in culinaire tijdschriften en dus werden blootgesteld aan de verlokking van lekker eten. Na afloop van het bladeren in de informatie kregen ze de keuze tussen een appel en een Twix. Beide groepen kozen uiteindelijk voor de appel, maar degenen die door het lezen van informatie over gezond eten gericht waren op hun dieet moesten daarvoor een hoge prijs betalen in die zin dat ze veel meer moeite hadden om niet te zwichten voor de Twix (Fishbach, Friedman & Kruglanski, 2003). Simpel gesteld betekent dit dat een taartje op zijn tijd de frustratie van het volgen van een dieet doet afnemen en daardoor bijdraagt aan het volhouden ervan, terwijl een strikt *zero tolerance* regime waarin frustraties genegeerd moeten worden eerder zal leiden tot falen omdat de minste schending geïnterpreteerd wordt als een teken dat het verre doel compleet onbereikbaar is (wat in het engels zo mooi het *what the hell* effect heet; Cochran & Tesser, 1996).⁸ Al met al impliceert deze visie dat falende zelfregulatie niet zozeer het resultaat is van te weinig regulatie als gevolg van een gebrek aan wilskracht, maar eerder een vorm van misregulatie in die zin dat een fixatie op verre doelen de onmiddellijke frustratie vergroot met als gevolg een blokkade van het denken over manieren om die verre doelen te bereiken (Aspinwall & Taylor, 1997; Lazarus, 1991; Richards & Gross, 2000). Dat lijkt me een mooi uitgangspunt voor onderzoek in de komende jaren en dat is dan ook wat ik samen met de onderzoekers in mijn groep wil gaan doen: het verkennen van de omstandigheden waaronder aandacht voor onmiddellijke frustraties bijdraagt aan het nastreven van verre doelen.⁹ In het voorgaande heb ik regelmatig voorbeelden aangehaald die betrekking hadden op gezond eten. Gezond eten, al dan niet met het oog op gewichtsvermindering, is dan ook een uitstekend onderwerp om deze hypothese te verkennen. De grote verscheidenheid aan eetwaren die in

onze moderne samenleving op elk willekeurig moment en op alle mogelijke plaatsen beschikbaar is (Greeno & Wing, 1994; Raynor & Epstein, 2001), brengt ons steeds weer in verzoeking en stelt de pogingen om gezondheidsgedrag te reguleren flink op de proef.¹⁰ Door te onderzoeken onder welke condities oog voor onmiddellijke frustraties bijdraagt aan het weerstaan van die verlokkingen, hoop ik een bijdrage te leveren aan het ophelderen van het intrigerende en belangrijke vraagstuk van zelfregulatie van gezondheidsgedrag.

Consequenties voor gezondheidsbevordering

Ik heb geprobeerd u te overtuigen van het belang van een zelfregulatievisie op gezondheidsgedrag. Ook heb ik geprobeerd te laten zien dat zelfregulatie niet alleen belangrijk is voor gezondheid, maar omgekeerd dat de studie van gezondheid een belangrijke impuls kan geven aan ideeën over zelfregulatie. Juist vanwege de discrepantie tussen willen en doen die zich zo sterk voordoet als het gaat om gezondheid heeft het onderzoek naar zelfregulatie van gezondheidsgedrag een toegevoegde waarde.¹¹ Ik ben me ervan bewust dat ik u misschien vermoeid heb met mijn theoretische beschouwingen. Daarom wil ik ten slotte een paar consequenties schetsen van een zelfregulatiebenadering van gezondheidsgedrag voor de praktijk van gezondheidsbevordering. Ten eerste moet worden opgemerkt dat het overgrote deel van alle inspanningen op dit gebied nog altijd gericht is op het overtuigen van mensen dat bepaalde dingen ongezond zijn. Dat is een niet erg effectieve strategie gebleken omdat een hardhandige confrontatie met gezondheidsrisico's ontkenning oproept en in dat opzicht nogal ondermijnd is voor de overigens goed bedoelde pogingen om mensen gezonder te laten leven (Croyle, Sun & Hart, 1997; Liberman & Chaiken, 1992; Weinstein & Klein, 1995). Voor zover er in Nederland nog mensen waren die niet wisten dat roken ongezond is, zou de recente verordening om deze informatie in groot letterformaat op een pakje sigaretten af te drukken geresulteerd moeten hebben in een drastische afname van roken. Bij mijn weten is dat niet gebeurd. Integendeel, alle rokers zijn inmiddels gewend aan die als afschrikwekkend bedoelde informatie, en worden er niet koud of warm van (zelfs de fraaie kunstlederen hoesjes die eerst in omloop waren blijken daarbij niet nodig). In termen van wat ik u hiervoor geschetst heb, is de reden voor de gebrekkige effectiviteit van overtuigende informatie evident. Zo'n benadering benadrukt louter de gevolgen voor gezondheid op de lange termijn. Maar omdat mensen niet beslissen in termen van kosten en baten op lange termijn, zet dat weinig zoden aan de dijk. Een tweede punt is dat gezondheidsvoorlichting die er uitsluitend op gericht is mensen te overtuigen dat bepaalde gedragingen gezond of ongezond zijn, niet alleen weinig effectief is maar in zekere zin ook overbodig. In termen van het bekende *stages*

of change model (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) dat een onderscheid maakt tussen de fasen die mensen moeten doorlopen om hun gedrag te veranderen, loopt het veranderingsproces niet zozeer vast in de eerste fasen waarin overwogen wordt om het gedrag te veranderen en daar een begin mee te maken, maar juist in de latere fase die betrekking heeft op het volhouden van die inspanningen. Willen pogingen om mensen gezonder te laten leven slagen, dan zal er veel meer aandacht moeten komen voor de manieren waarop mensen het hoofd kunnen bieden aan hun korte termijn frustraties en belangen.¹² De drankenindustrie heeft dat met haar motto ‘Geniet, maar drink met mate’ beter door dan de doorsnee gezondheidsbevorderings-campagne waarin mensen belerend worden toegesproken dat het maar eens afgelopen moet zijn met dat ongezonde gedrag. Het derde en laatste punt dat van belang is voor toekomstige campagnes voor gezondheidsbevordering betreft het volgende. Wat we weten over zelfregulatie en gezondheid berust vrijwel uitsluitend op onderzoek onder het meer geprivilegieerde deel van de bevolking, mensen die in de luxe positie verkeren dat ze zich druk kunnen maken over hun gezondheid. Zelfs binnen dat deel van de bevolking zijn er grote individuele verschillen in het vermogen tot zelfregulatie, die onder meer te maken hebben met de mate waarin mensen toekomstgericht zijn (Rothspan & Read, 1996; Zimbardo & Boyd, 1999), rekening houden met de gevolgen van hun daden op lange termijn (Strathman, Gleicher, Boninger & Edwards, 1994) en al dan niet optimistische toekomstverwachtingen hebben (Aspinwall & Brunhart, 1996; Armor & Taylor, 1998; De Ridder, Schreurs & Bensing, 2001; Fournier, De Ridder & Bensing, 2002). Het is niet ondenkbaar dat zulke individuele verschillen voor een deel te maken hebben met sociale verschillen. Onderzoek naar sociale stress heeft laten zien dat leefomstandigheden die de onmiddellijke aandacht gevangen houden weinig gelegenheid bieden om toekomstgericht te zijn (Adler, Boyce, Chesney et al., 1994; Taylor, Repetti & Seeman, 1997). Willen we campagnes bedenken die ook aanslaan bij mensen die zich maar moeilijk kunnen permitteren om hun aandacht af te wenden van hun leefomstandigheden, dan zullen die campagnes beter moeten inspelen op hun onmiddellijke noden en frustraties. Het lijkt me dat hier een mooie uitdaging ligt voor degenen die zich professioneel met gezondheidsbevordering bezighouden.

Dankwoord

Mijnheer de rector magnificus, gewaardeerde aanwezigen, graag wil ik deze rede besluiten met enkele woorden van dank. Allereerst gaat mijn dank uit naar het College van Bestuur en het bestuur van de Faculteit Sociale Wetenschappen die mijn benoeming mogelijk maakten. Hooggeleerde Schnabel en hooggeleerde Van Lieshout, bij wie ik mijn onderzoekslapbaan

bijna twintig jaar geleden begon: in het Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid hadden we geen traditie van experimenteel onderzoek en internationale publikaties, maar jullie hebben me geleerd en gestimuleerd om ook zonder die hulpmiddelen academisch te denken. Ik denk met genoeg aan die tijd terug. Hooggeleerde Hofstee, beste Wim. Ik dank je voor onze discussies over rationele besluitvorming die we naar aanleiding van mijn proefschrift voerden. Wat wel en niet rationeel genoemd mag worden vind ik nog altijd een boeiend thema dat ook voor gezondheidsgedrag bijzonder relevant is. Hooggeleerde Bensing en hooggeleerde Van Doornen, mijn collega-hoogleraren in de Capaciteitsgroep Gezondheidspsychologie: ik dank jullie voor de intensieve samenwerking. Jozien, ik bewonder je vermogen om in onderzoek en personeelsmanagement kansen te creëren. Lorenz, onze vooropleidingen konden niet meer verschillen dan ze thans zijn. Ik ben ervan overtuigd dat onze gezamenlijke interesse voor gezondheidsgedrag in de toekomst vruchten gaat afwerpen door een combinatie van psychofysiologisch en psychologisch onderzoek. Leden van de GP-staf en in het bijzonder hooggeleerde Van Mens-Verhulst, Marjolijn Sorbi en tot voor kort ook Karlein Scheurs: dank voor jullie inspiratie en enthousiasme waarmee we in onze staf de lastigste onderzoeks- en onderwijsperikelen te lijf zijn gegaan. Onderzoekers met wie ik de afgelopen jaren heb samengewerkt, Christina Bode, Carolijn Ouwehand, Annet Kleiboer, Vivian Colland, Raymond Vet, Hennie Boeije, Bart Thoolen, John de Wit en in een wat verder verleden ook Roeline Kuijer, Monique Heijmans, Marijda Fournier en Nicolet Theunissen: ik hecht zeer aan alle brainstormsessies die ik met jullie had. Ze hebben mijn denken aangescherpt. John in het bijzonder ben ik dankbaar voor onze samenwerking op het snijvlak van gezondheidspsychologie en sociale psychologie. Ik verheug me op een voortzetting van deze samenwerking, zodat we het beste van beide disciplines kunnen combineren om het interessante vraagstuk van de psychologie van gezondheid verder te onderzoeken. Overige collega's van de capaciteitsgroepen gezondheidspsychologie en klinische psychologie, en in het bijzonder de hooggeleerde Van Son, Van den Bout en Kleber, ik zie uit naar een voortzetting onze samenwerking op het gebied van onderzoek en onderwijs op het gebied van stress, coping en gezondheid. Dames en heren studenten: ik beschouw het als een uitdaging u deelgenoot te maken van alle interessante vraagstukken die zich voordoen op het terrein van psychologie en gezondheid.

Ten slotte degenen die de belangrijkste plaats in mijn leven innemen. Lieve ouders, als het klopt dat zelfregulatie gebaat is bij een combinatie van nuchtere doortastendheid en aandacht voor bourgondische genoegens, dan hebben jullie mij het beste meegegeven dat een dochter

zich kan wensen: een mix van Zeeuwse en Belgische tradities. Dank daarvoor. Lieve Paul, hooggeleerde Leseman, in die volgorde wil ik jou bedanken: voor het leven dat wij samen leiden en voor de inspiratie die je mij geeft in het doen van onderzoek. En als allerlaatsten: lieve Daan en Charlotte, ik geniet elke dag van jullie wijze opmerkingen over gezondheid en andere dingen in het leven. Met een moeder die aan gezondheidspsychologie doet hebben jullie het niet altijd gemakkelijk; jullie zijn zo ongeveer de laatste kinderen die nog een appel meekrijgen naar school in plaats van een koek of een zak snoep. Gelukkig hoeven we vandaag niet gezond te doen: er zijn chips en cola in overvloed. En dat geldt ook voor de volwassen toehoorders. Ik beloof u: geen radijsjes en tomatensap, maar wijn en lekkere hapjes wachten op ons.

Ik heb gezegd.

Noten

1 Ik dank Paul Leseman en John de Wit voor hun commentaar op een eerdere versie van deze tekst.

2 Deze omschrijving staat te boek als ‘positieve gezondheid’ (World Health Organization, 1946).

3 In dit verband is de zogeheten ‘paradox van Rose’ interessant. De epidemioloog Rose betoogde dat een populatiebenadering van preventie impliceert dat veel mensen die een laag risico op aandoeningen hebben bezig zijn ziekten te vermijden waarvan de kans gering is dat ze die ooit zullen krijgen. Bij afwezigheid van effectieve methoden om mensen met een hoog risico op te sporen, zijn de inspanningen van de gehele populatie evenwel nodig om de incidentie van ziekte (bij mensen met een hoog risico) te reduceren (zie bijvoorbeeld Austin, 2001; Trevison, 1995).

4 Desalniettemin blijkt dat plichtsbesef wel gemanipuleerd kan worden in die zin dat mensen plezier beleven aan zich dingen ontzeggen (Freitas et al., 2002). Onduidelijk is hoe lang een dergelijk effect duurt.

5 In dit verband is ook vermeldenswaardig dat mensen die het expliciete voornemen of de expliciete verwachting hebben om zich gezond te gedragen (bijvoorbeeld veilige seks hebben) tegelijkertijd bereid kunnen zijn om overstap te gaan wanneer de omstandigheden daartoe aanleiding geven (bijvoorbeeld geen condoom bij de hand hebben) (Gibbons, Gerrard, Blanton & Russel, 1998).

6 In dit verband is ook interessant dat *anticiperende* emoties ofwel de emoties die je onmiddellijk ervaart bij het denken aan toekomstige (gezondheids)risico’s meer bepalend zijn bij beslissingen over het omgaan met die risico’s dan *geanticiperende* emoties ofwel de emoties die je verwacht te voelen in de toekomst (Loewenstein et al., 2001). Dit onderscheid is met name voor gezondheid relevant omdat mensen weinig emotie ervaren bij objectief gevaarlijke situaties waarvoor ze emotioneel niet geprepareerd zijn, zoals bijvoorbeeld hamburgers, roken en onveilige seks – zelfs niet wanneer ze het gevaar cognitief onderkennen.

7 Het onderzoek naar de invloed van een positieve stemming op de bereidheid om actie te ondernemen suggereert ook een interessante herinterpretatie van de resultaten van Baumeister en collega’s: als mensen zich tevreden voelen omdat ze een koekje hebben mogen nemen zijn ze kennelijk meer en bereid en in staat om een moeilijke taak ter hand te nemen. Ze hebben als het ware hun energie gespaard voor toekomstige taken (zie ook Reed & Aspinwall, 1998).

8 In dit verband is interessant dat in mediterrane landen die een zekere faam hebben vanwege hun uitbundige eetcultuur, overgewicht relatief veel minder vaak voorkomt dan in Midden- en Noord-Europese landen, zij het dat dit voor een deel moet worden toegeschreven aan de grotere consumptie van fruit en groente in die landen (Steptoe & Wardle, in press).

9 Aandacht voor het hanteren van frustratie in het kader van het realiseren van doelen biedt ook een nieuw interessant perspectief op het onderzoek naar coping dat de laatste jaren in toenemende mate aan kritiek onderhevig is (zie bijvoorbeeld De Ridder, 1997; De Ridder & Kerssens, 2003; De Ridder, Leseman & De Rijk, in press).

10 Recent psychofysiologisch onderzoek heeft aannemelijk gemaakt dat stress-hormonen mogelijk een rol spelen bij het verlangen naar zogeheten 'comfort food' in tijden van stress (Dallman, Pecoraro, Akana et al., 2003). Calorierijk voedsel heeft een stress-reducerende werking en het verlangen naar dit type voedsel is dan ook groot tijdens stress. Een dergelijke reactie is adaptief in het geval van acute stress en wanneer er weinig voedsel beschikbaar is, maar contraproductief in het geval van chronische stress en wanneer er veel voedsel beschikbaar is.

11 Dat gezondheid een interessant model is voor psychologisch onderzoek toont zich bijvoorbeeld in het feit dat 35% van de publikaties in 'algemeen psychologische' tijdschriften (zoals bijvoorbeeld *Journal of Personality and Social Psychology*) betrekking hebben op gezondheid. Het terrein van de gezondheidspsychologie betreft dan ook niet zozeer alle psychologische processen die op een of andere manier met gezondheid van doen hebben, maar op het vinden van psychologische verklaringen voor gezondheidsfenomenen (zie ook Friedman, 2003).

12 Al in de jaren tachtig hield de toenmalige voorzitter van de Amerikaanse gezondheidspsychologen Richard Evans een pleidooi voor de herwaardering van een, wat hij noemde hedonistische leefstijl die minder ongezond is dan op het eerste gezicht lijkt en in ieder geval minder stressvol dan het voortdurend bezig zijn met calorieën tellen en dwangmatig joggen van gezondheidsfanaten die, in de woorden van Evans, 'leven om gezond te zijn in plaats van gezond zijn om te leven' (Evans, 1988).

Literatuur

- Adler, N.E., Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R.L., & Syme, S.L. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist, 49*, 15-24.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Armor, D.A., & Taylor, S.E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology, Volume 30*, (pp. 309-379). San Diego: Academic Press.
- Armor, D.A., & Taylor, S.E. (2003). The effects of mindset on behavior: Self-regulation in deliberative and implemental frames of mind. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 86-95.
- Aspinwall, L.G., & Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121*, 417-436.
- Aspinwall, L.G., & Brunhart, S.M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22*, 993-1003.
- Austin, S.B. (2001). Population-based prevention of eating disorders: An application of the Rose prevention model. *Preventive Medicine, 32*, 268-283.
- Bargh, J.A., & Chartrand, T.L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist, 54*, 462-479.
- Barsky, A.J. (1988). *Worried sick: Our troubled quest for wellness*. Boston: Little Brown.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D.M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1252-1265.
- Baumeister, R.F., & Heatherton, T.F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry, 7*, 1-15.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Bensing, J.M., Schreurs, K., De Ridder, D.T.D., & Hulsman, R. (2002). Adaptive tasks in multiple sclerosis: The development of a patient-centered instrument. *Psychology & Health, 17*, 475-487.
- Botvinick, M.J., Braver, T.S., Barch, D.M., Carter, C.S., & Cohen, J.D. (2001). Conflict monitoring and cognitive control. *Psychological Review, 108*, 624-652.
- Brownell, K.D. (1991a). Personal responsibility and control over our bodies: When expectation exceeds reality. *Health Psychology, 10*, 303-310.
- Brownell, K.D. (1991b). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy, 22*, 1-12.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E., & Wilson, G.T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist, 41*, 765-782.

- Carver, C.S. (2003). Pleasure as a sign you can attend to something else: Placing positive feelings within a general model of affect. *Cognition and Emotion*, *17*, 241-261.
- Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1998).
- CBS (2001). *Zwaar ingezet*. CBS-Index, nr. 7. Voorburg: CBS.
- Cochran, W., & Tesser, A. (1996). The 'what the hell' effect: Some effects of goal proximity and goal framing on performance. In L.L. Martin & A. Tesser (Eds.), *Striving and feeling: Interactions among goals, affect, and self-regulation*, (pp. 99-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Croyle, R.T., Sun, Y., & Hart, M. (1997). Processing risk factor information: Defensive biases in health-related judgments and memory. In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 267-290). Amsterdam: Harwood.
- Dallman, M.F., Pecoraro, N., Akana, S.F., La Fleur, S.E., Gomez, F., Houshyar, H., Bell, M.E., Bhatnagar, S., Laugero, K.D., & Manalo, S. (2003). Chronic stress and obesity: A new view of 'comfort food'. *PNAS*, *100*, 11696-11701.
- De Ridder, D.T.D. (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology & Health*, *12*, 311-324.
- De Ridder, D.T.D., & Kerssens, J. (2003). Owing to the force of circumstances: The impact of concerns, ambiguity, and social context on coping patterns across situations. *Psychology & Health*, *18*, 217-236.
- De Ridder, D.T.D., Leseman, P., & De Rijk, A. (in press). Predicting the short-term course of fatigue symptoms: Does adjustment of habitual coping patterns matter? *British Journal of Health Psychology*.
- De Ridder, D.T.D., & Schreurs, K. (in voorbereiding). Mental simulation: Imagining how to attain your goals.
- De Ridder, D.T.D., Schreurs, K., & Bensing, J.M. (1998). Adaptive tasks, coping, and quality of life: The cases of Parkinson's disease and Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Health Psychology*, *3*, 87-101.
- De Ridder, D.T.D., Schreurs, K., & Bensing, J.M. (2001). The relative benefits of being optimistic: Optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology*, *5*, 141-155.
- De Vries, N.K. (2000). *Het hart, de ruggengraat en de hersenpan. Perspectieven op gezondheidsgedrag*. Inaugurele rede Universiteit Maastricht 9 november 2000.
- Dijkstra, A., De Vries, H., & Bakker, M. (1996). Pros and cons of quitting, self-efficacy, and the stages of change in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 758-763.
- Ellenbogen, M.A., Schwartzman, A.E., Stewart, J., & Walker, C. (2002). Stress and selective attention: The interplay of mood, cortisol level, and emotional information processing. *Psychophysiology*, *39*, 723-732.
- Emmons, R.A. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 292-300.

- Evans, R.I. (1988). Health promotion – Science or ideology? *Health Psychology, 7*, 203-219.
- Fishbach, A., Friedman, R.S., & Kruglanski, A.W. (2003). Leading us not unto temptation: Momentary allurements elicit overriding goal activation. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 296-309.
- Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M., & Douglas, J. (2003). Can we explain why some people do and some people do not act on their intentions? *Psychology, Health & Medicine, 8*, 3-18.
- Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis, and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology, 7*, 409-432.
- Frederickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218-226.
- Freitas, A.L., Liberman, N., & Higgins, E.T. (2002). Regulatory fit and resisting temptation during goal pursuit. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 291-298.
- Friedman, H. (2003). Wherefore health psychology? Review of A. Baum, T.A. Revenson & J.E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology. Contemporary Psychology. APA Review of books, 48*, 488-490.
- Gebhardt, W.A., & Maes, S. (1998). Competing personal goals and exercise behaviour. *Perceptual and Motor Skills, 86*, 755-759.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Blanton, H., & Russel, D.W. (1998). Reasoned action and social reaction : Willingness and intention as independent predictors of health risk. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1164-1180.
- Gollwitzer, P. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493-503.
- Gollwitzer, P., & Brandstadter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 186-199.
- Greeno, C.G., & Wing, R.R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin, 115*, 444-464.
- Heatherton, T.F., Polivy, J., & Herman, C.P. (1990). Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychology of Addictive Behaviors, 4*, 100-106.
- Hirt, E.R., & McCrea, S.M. (2000). Beyond hedonism: Broadening the scope of affect regulation. *Psychological Inquiry, 11*, 180-183.
- Isen, A.M. (1999). Positive affect. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *The handbook of cognition and emotion*, (pp. 521-539). Sussex, England: Wiley.
- Jeffery, R.W. (1989). Risk behaviors and health. *American Psychologist, 44*, 1194-1202.
- Klinger, E. (1996). Emotional influences on cognitive processing, with implications for theories of both. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*, (pp. 168-189). New York: Guilford.

- Kumanyika, S., Jeffery, R.W., Morabia, A., Ritenbaugh, C., & Antipatis, V.J. (2002). Obesity prevention: The case for action. *International Journal of Obesity*, *26*, 425-436.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Liberman, A., & Chaiken, S. (1992). Defensive processing of personally relevant health messages. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *18*, 669-679.
- Liberman, N., & Trope, Y. (1998). The role of feasibility and desirability considerations in near and distant future decisions : A test of temporal construal theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 5-18.
- Loewenstein, G.F., Weber, E.U., Hsee, C.K., & Welch, N. (2001). Risks as feelings. *Psychological Bulletin*, *127*, 267-287.
- Metcalf, J., & Mischel, W. (1999). A hot/cool-system analysis of delay of gratification: Dynamics of willpower. *Psychological Review*, *106*, 3-19.
- Mischel, W., Cantor, N., & Feldman, S. (1996). Principles of self-regulation: The nature of willpower and self-control. In E.T. Higgins & A. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*, (pp. 329-360). New York: Guilford.
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M.L. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, *244*, 933-938.
- Muraven, M., & Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, *126*, 247-259.
- Muraven, M., Baumeister, R.F., & Tice, D.M. (1999). Longitudinal improvement of self-regulation through practice: Building self-control strength through repeated exercise. *The Journal of Social Psychology*, *139*, 446-457.
- Norcross, J.C., Ratzin, A.C., & Payne, D. (1989). Ringing in the New Year: The change processes and reported outcomes of resolutions. *Addictive Behaviors*, *14*, 205-212.
- Oettingen, G. (1996). Positive fantasy and emotion. In P. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.). *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior* (pp.236-259). New York: Guilford.
- Oettingen, G., & Mayer, D. (2002). The motivating function of thinking about the future: Expectations versus fantasies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1198-1212.
- Pham, L.B., & Taylor, S.E. (1999). From thought to action: Effects of process vs. outcome-based mental simulations on performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *25*, 250-260.
- Pham, L.B., Taylor, S.E., & Seeman, T.E. (2001). Effects of environmental predictability and personal mastery on self-regulatory and physiological processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *27*, 611-620.
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1999). The effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: The 'false hope syndrome'. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 434-447.

- Polivy, J., & Herman, C.P. (2002). If at first you don't succeed: False hopes of self-change. *American Psychologist*, *57*, 677-689.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, *47*, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Guadagnoli, E., Rossi, J.S., & DiClemente, C.C. (1991). Patterns of change : Dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research*, *26*, 83-107.
- Raynor, H.A., & Epstein, L.H. (2001). Dietary variety, energy regulation, and obesity. *Psychological Bulletin*, *127*, 325-341.
- Reed, M.B., & Aspinwall, L.G. (1998). Self-affirmation reduces biased processing of health-risk information. *Motivation and Emotion*, *22*, 99-132.
- Richards, J.M., & Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 410-424.
- Rothspan, S., & Read, S.J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, *15*, 131-134.
- Salovey, P., Rothman, A.J., & Rodin, J. (1998). Health behavior. In D.T. Gilbert, S.T. Fiske et al. (Eds.), *The handbook of social psychology. Volume 2* (4th edition), (pp. 633-683). Boston, MA: McGraw-Hill.
- Schreurs, K. Colland, V., Kuijer, R., De Ridder, D., & Van Elderen, T. (in press). Development, content, and process evaluation of a short self-management interventions for patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Education and Counseling*.
- Shah, J.Y., Friedman, R.S., & Kruglanski, A.W. (2002). Forgetting all else: On the antecedents and consequences of goal shielding. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 1261-1280.
- Shah, J.Y., & Kruglanski, A.W. (2003). When opportunity knocks: Bottom-up priming of goals by means and its effects on self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 1109-1122.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Augmenting the theory of planned behavior: Roles for anticipated regret and descriptive norms. *Journal of Applied Social Psychology*, *29*, 2107-2142.
- Sheeran, P., & Orbell, S. (2000). Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology*, *19*, 283-289.
- Sherman, D., Nelson, L.D., & Steele, C.M. (2000). Do messages about health risks threaten the self? Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *26*, 1046-1058.
- Sociaal Cultureel Planbureau (2003). *De sociale staat van Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (in press). Health behaviour: Prevalence and links with disease. In J. Weinman & A. Kaptein (Eds.), *Introduction to Health Psychology*. Oxford: Blackwell.

- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S., & Edwards, C.S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 742-752.
- Taylor, S.E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, *45*, 40-50.
- Taylor, S.E., & Gollwitzer, P.M. (1995). Effects of mindsets on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 213-226.
- Taylor, S.E., Pham, L.B., Rivkin, I.D., & Armor, D.A. (1998). Harnessing the imagination: Mental simulation, self-regulation, and coping. *American Psychologist*, *53*, 429-439.
- Taylor, S.E., Repetti, R.L., & Seeman, T.E. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, *48*, 411-447.
- Theunissen, N., De Ridder, D., Bensing, J., & Rutten, G. (in press). Manipulation of patient-provider interaction: Using the self-regulatory model of illness to discuss adherence. *Patient Education and Counseling*.
- Tice, D.M., & Bratslavsky, E. (2000). Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, *11*, 149-159.
- Tice, D.M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R.F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 53-67.
- Trevison, M. (1995). Means, tails, and the wisdom of Geoffrey Rose. *Addiction*, *90*, 493-498.
- Weinstein, N.D., & Klein, W.M. (1995). Resistance of personal risk perceptions to debiasing interventions. *Health Psychology*, *14*, 132-140.
- Zimbardo, P.G., & Boyd, J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, *77*, 1271-1288.
- Zimmet, P. (2000). Globalization, coca-colonization and the chronic disease epidemic: Can the Domsday scenario be averted? *Journal of Internal Medicine*, *247*, 301-310.
- Zimmet, P., Alberti, K.G., & Shaw, J. (2001). Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature*, *December 13*, *414*, 782-787.