Vorsatz, meine Zuversicht

Wissen und Furcht allein motivieren auf Dauer nicht: Wie man es schafft, ungesunde Gewohnheiten wie Rauchen oder Stubenhockerei nachhaltig zu durchbrechen

„Ich habe keine Zeit!“ Ein häufiges – wohl vorgeschobenes – Argument, wenn es zum Beispiel darum geht, abzunehmen, mit dem Rauchen aufzuhören oder sich mehr zu bewegen. Selbst wenn die Ärztin oder der Arzt drohend prophezeit: „In drei Jahren sind Sie tot, wenn Sie so weitermachen“, geht das häufig zum einen Ohr rein und zum anderen wieder raus. „Man kann noch so viel Wissen vermitteln und Furcht erzeugen – das führt oft nicht zur Verbesserung der Motivation“, stellt Ralf Schwarzer fest, Professor für Gesundheitspsychologie an der Freien Universität Berlin.

Insbesondere in Bezug auf die körperliche Aktivität scheint es enorme Motivationsprobleme zu geben. Nur 10 bis 15 Prozent der Bevölkerung in westlichen Industrieländern bewegen sich in der Freizeit regelmäßig – obwohl die Mehrheit Sport treiben möchte. Etwa die Hälfte derjenigen, die eine Aktivität aufnehmen, fällt schnell wieder in eine passive Lebensweise zurück. Ärzte, Familienangehörige und ganze Gesundheitskampagnen scheitern an dem Vorhaben, Menschen dazu zu bewegen, ihren Lebensstil zu ändern.

Seit den 1950er Jahren versuchen Psychologen herauszufinden, warum eine Änderung des Gesundheitsverhaltens so schwerfällt und wie man Menschen dazu motivieren kann, gesünder zu leben. Was offensichtlich nicht so gut funktioniert, ist die Strategie der Angsterzeugung. Viele Gesundheitskampagnen bauen auf das Prinzip Abschreckung, wie beispielsweise die Warnhinweise auf den Zigarettenpackungen. „Doch die Kommunikation von Risiken wird allgemein überschätzt“, so Schwarzer. „Die Betroffenen werden sich dadurch zwar ihrer individuellen Gefährdung bewusster, halten aber meistens an ihren Gewohnheiten fest.“

Die Gesundheitspsychologie hat inzwischen in vielen Modellen deutlich gemacht, dass die Umstellung auf eine gesündere Lebensweise ein komplexes Geschehen ist: Menschen, die ungesunde Gewohnheiten ändern wollen, benötigen viele kognitive Strategien in einem Prozess, der nicht linear verläuft, sondern zirkulär oder stufenförmig. Sie durchlaufen verschiedene Phasen, pendeln zwischen den verschiedenen Stadien hin und her, müssen mit Ambivalenzen, Zweifeln und Rückschlägen rechnen.

Das weltweit bekannteste Konzept, das diesem Prozess gerecht werden möchte, ist das „Transtheoretische Modell“ (TTM), das die amerikanischen Psychologen James Prochaska und Carlo DiClemente Anfang der 1980er Jahre vorgestellt und seitdem in zahlreichen Studien überprüft haben. Es hat sich insbesondere bei der Raucherentwöhnung bewährt. Prochaska und DiClemente unterscheiden sechs Stadien:

1. Phase der Sorglosigkeit (*precontemplation*): Die betreffende Person denkt nicht darüber nach, ihr Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu ändern.

2. Phase der Absichtsbildung (*contemplation*): Sie denkt darüber nach, innerhalb des nächsten halben Jahres etwas zu verändern.

3. Phase der Vorbereitung (*preparation*): Sie ist nun fest entschlossen, innerhalb der nächsten vier Wochen etwas zu unternehmen.

4. Phase der Handlung (*action*): Sie ist inzwischen aktiv geworden und strengt sich an, das Verhalten beizubehalten.

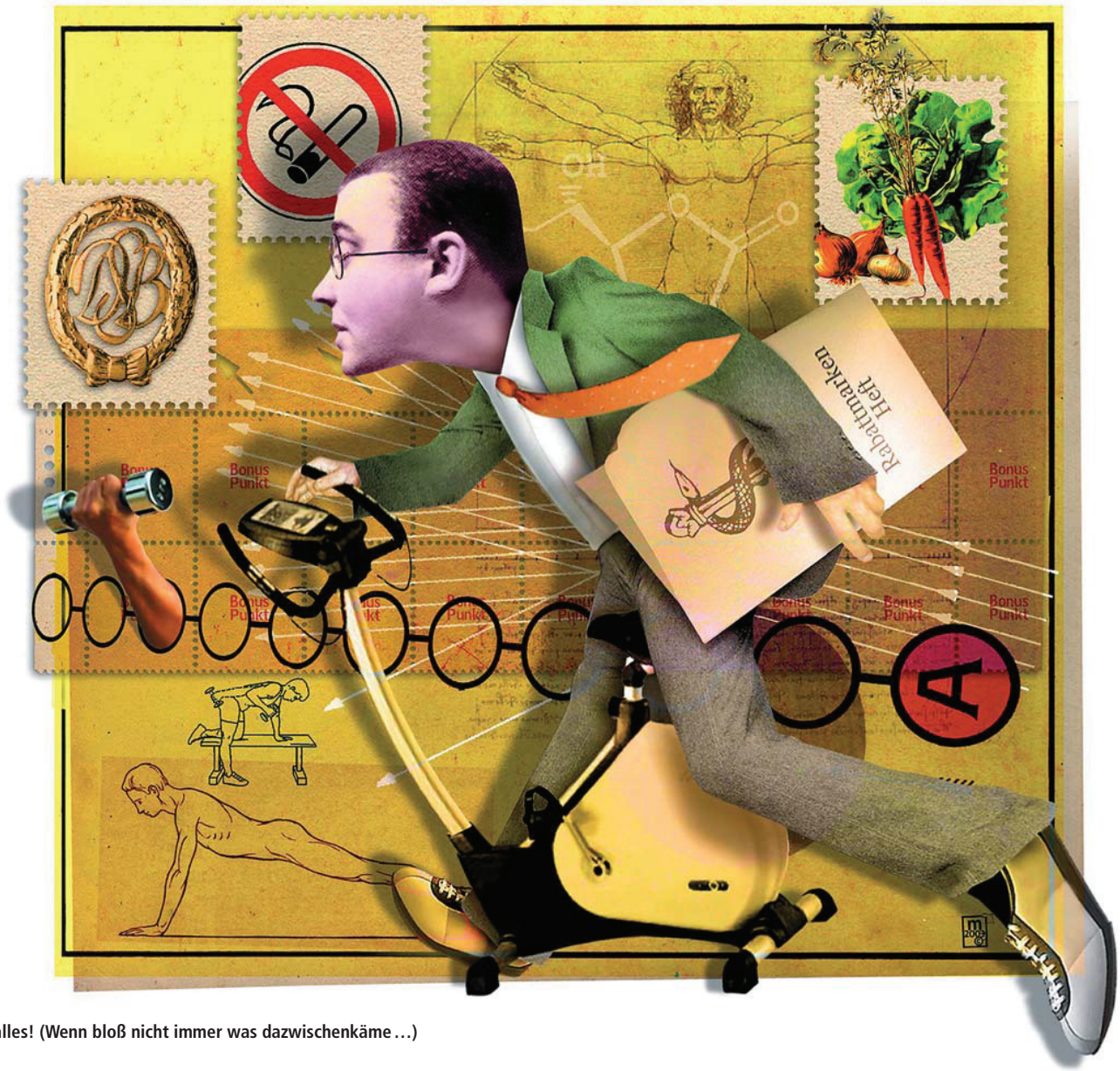
5. Phase der Aufrechterhaltung (*maintenance*): Sie hat es geschafft, länger als sechs Monate bei der Stange zu bleiben.

6. Phase der Stabilisierung (*termination*): Sie hat über fünf Jahre durchgehalten und verspürt keinerlei Versuchung mehr, in alte Gewohnheiten zurückzufallen.

Zu den sechs Stufen gesellen sich im TTM zehn Veränderungsstrategien und zwei weitere theoretische Variablen. Zu kompliziert und zu viele Stufen, findet Schwarzer. In seinem HAPA-Modell (*Health Action Process Approach*) hat er den Prozess auf drei Phasen reduziert, sodass sich die Möchtegerngewohnheitsdurchbrecher auf drei Gruppen verteilen: die Unmotivierten, die Motivierten und die Handelnden. Studien haben gezeigt, dass die Kommunikation von Risiken nur in einer sehr frühen Phase – also bei den noch unmotivierten Menschen – etwas bringt.

Deshalb setzt das HAPA-Modell neben der Risikowahrnehmung noch auf zwei weitere Elemente: Mit der „Handlungs-Ergebnis-Erwartung“ ist das Abwägen der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung gemeint. Alle Vorteile zu sammeln (Beispiel: „Wenn ich mich bewege, werde ich mich wohler fühlen“) kann noch nicht motivierten Menschen auf die Sprünge helfen.

Der Schlüssel zur Verhaltensänderung liegt im HAPA-Modell in der „Selbstwirksamkeitserwartung“, die in jeder Phase von Bedeutung ist. Dieser Begriff umschreibt die optimistische Überzeugung, Gewohnheiten aus eigener Kraft kontrollieren und ändern zu können. Und diese Zuversicht kann trainiert werden. Zum Beispiel indem die Veränderungswilligen alles aufschreiben, was sie



Schaff ich alles! (Wenn bloß nicht immer was dazwischenkäme …)

ohnehin schon gut können: ein Kind trösten, rückwärts einparken, Fisch braten – was auch immer. „Je mehr den Personen einfällt, desto eher fühlen sie sich kompetent“, so Schwarzer. Eine weitere Methode: sich Nahziele setzen, damit ein Erfolg garantiert ist. Oder sich bewusst andere Menschen zum Vorbild nehmen. Im Psychologendeutsch: Die Risikokommunikation sollte durch eine verstärkte Kommunikation der Ressourcen ergänzt werden.

Ist ein Vorsatz erst mal gefasst, muss die Umsetzung konkret geplant werden. „Das ist nicht so trivial, wie es klingt“, betont Schwarzer. „Denn dabei geht es nicht nur um das Wann, Wo und Wie. Sondern auch darum, sich mögliche Barrieren vorzustellen und Alternativen zu entwickeln.“ Beispiel: Was könnte mich daran hindern, regelmäßig mit dem Fahrrad zur Arbeit zu fahren? Regen beispielsweise. Also sollte ich mir Regencape und Regenhose zulegen, um mich vom Wetter nicht abhalten zu lassen. Egal ob man körperlich aktiv werden, sich besser vor der Sonne schützen oder mehr Obst und Gemüse essen möchte: In internationalen Studien hat sich gezeigt, dass die „barrierebezogene Strategieplanung“ am hilfreichsten dabei ist, Vorsätze in die Tat umzusetzen. Vorausgesetzt, die Menschen gehören zu den bereits Motivierten, die fest entschlossen sind, etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Die Gesundheitsförderung hat demnach keine homogene Zielgruppe vor sich, darüber sind sich die Gesundheitspsychologen einig. Wer sich zum Beispiel noch nie Gedanken darüber gemacht hat, das Rauchen aufzugeben, muss anders angesprochen werden als jemand, der es schon x-mal probiert hat. Eine kombinierte Risiko- und Ressourcenkommunikation für die Unmotivierten, eine barrierebezogene Strategieplanung für die Motivierten sowie Rückfallprävention und Umgang mit Misserfolgen für die bereits Handelnden: Auf jedes Stadium sollten Beratung und Strategien eigens zugeschnitten sein.

■ Anke Nolte