



Motivation

Menschliches Verhalten wird durch äußere und innere Beweggründe motiviert. Man tut etwas, weil es einem Spaß macht; man unterlässt etwas, weil man zu scheitern fürchtet; man tut oft auch etwas, weil andere es so von einem verlangen, Strafen drohen oder man ein schlechtes Gewissen vermeiden will oder man tut etwas, weil man damit ein langfristiges Ziel verwirklichen will. Die Motivationspsychologie kennt viele Anlässe für ein Verhalten und mindestens so viele für das Unterlassen oder Abbrechen. Für die Bewegungsförderung ist es wichtig zu wissen, welche Einflüsse (Determinanten) es wahrscheinlicher machen, dass Personen ihren sitzenden und/oder inaktiven Lebensstil aufgeben, stattdessen aktiv werden und es dann auch bleiben.



Motivationsforschung

Die Psychologie unterscheidet Motive von Motivation. Motive sind Dispositionen einer Person. Sie sind Werthaltungen, die Dinge in der Welt als wichtig oder unwichtig deklarieren. Vermutlich gibt es nur eine begrenzte Menge von Motiven, darunter mächtige wie Leistung, Anschluss, Macht und weitere. Gesundheit ist in diesem Sinne kein Motiv, sondern ein Prozess, der es einem ermöglicht, seine Motive zu befriedigen. Vier Motive sind elementar: Anschluss, Kontrolle, Selbstachtung und Wohlbefinden. Motivation ist ein Vorgang, der ein Verhalten auslöst, das dann durch Selbstregulation „in Gang gehalten“ und zu gegebener Zeit auch wieder beendet wird.

Vereinfacht lässt sich formulieren, dass ein Verhalten eher nachhaltig beibehalten wird, je stärker es um seiner selbst Willen praktiziert wird. Es ist dann intrinsisch motiviert und befriedigt das Bedürfnis nach Wohlbefinden. Ist es dagegen extrinsisch motiviert, um Strafe zu vermeiden oder Belohnungen zu erhalten, dann hängt es gleichsam am Tropf dieser „Verstärker“; bleiben diese aus, dann endet auch das Verhalten. Zwischen diesen beiden extremen Varianten der Selbstregulation gibt es eine Reihe weiterer Varianten, die als introjeziert (man tut etwas, um Schuldgefühle zu vermeiden), identifiziert (man tut etwas, weil es zu einem passt) und integriert (man tut es aus Überzeugung) bezeichnet werden. Im Idealfall sollte es gelingen, bislang inaktive Personen zu motivieren, intrinsisch aktiv zu sein, mindestens aber identifiziert.

Zu Beginn ist Aktivitätsverhalten für Personen mit einem sitzenden und inaktiven Lebensstil aber oft extrinsisch motiviert. Sie beabsichtigen mit höherer Wahrscheinlichkeit aktiv zu werden, wenn sie sich für eine ernsthafte Erkrankung (Ernsthaftigkeit) selbst anfällig (Vulnerabilität) wännen und zugleich in der körperlichen Aktivität eine für sie machbare Möglichkeit (Selbstwirksamkeit) sehen, die drohende Gefahr (Bedrohung) abzuwenden (Konsequenzerwartung). Oft geben äußere Hinweisreize, zum Beispiel die ärztliche Diagnose, den Anstoß für ein solches Szenario. Die vier in den Klammern benannten Determinanten sind konstituierend für die Klasse der Strukturmodelle, von denen die Gesundheitspsychologie verschiedene kennt [1]. Motivierung endet in einer Absicht, etwas zu tun. Es tatsächlich zu tun, braucht so-

genannte volitive Mechanismen. Die Person muss eine Implementierungsabsicht bilden, quasi einen für sie verbindlichen Plan machen und die gefasste Absicht (Intention) dann gegen konkurrierende Motive abschirmen (Intentionsabschirmung), damit sie ihren Plan bei passender Gelegenheit auch tatsächlich umsetzt [2].

Viele Menschen sind aber weit davon entfernt, in ihrem derzeitigen Verhalten ein Problem zu sehen, das sie gesundheitlich bedrohen könnte. Sie neigen zu einem „optimistischen Fehlschluss“, einer Verzerrung, die alles Unbill den anderen und das Gute einem selbst zuschreibt. Sie sind nicht in einem Stadium der Abwägung und schon gar nicht in dem des Ändernwollens. Psychologische Stadienmodelle wie das Transtheoretische Modell beschreiben die verschiedenen Bewusstseinszustände auf dem Weg zur Motivierung und Absichtsbildung [3]. Mindestens fünf diskrete Stadien lassen sich unterscheiden: Prä-Kontemplation (die Person ist sich des riskanten Verhaltens nicht bewusst), Kontemplation (sie wägt ab, ob es nicht doch besser wäre, das riskante Verhalten aufzugeben), Vorbereitung (sie hat die Absicht, aktiver zu werden), Aktion (sie unternimmt erste Schritte im neuen Verhalten) und Aufrechterhaltung (sie ist bereits seit sechs Monaten aktiv). Es leuchtet unmittelbar ein, dass sich Gesundheitskommunikation an Stadien orientieren sollte. Jemanden beispielsweise im ersten Stadium über Trainingspläne zu informieren, mit denen sich die Fitness steigern lässt, ist kein erfolgversprechendes Vorgehen und jemanden, der bereits seit sechs Wochen aktiv ist, über die Risiken der Inaktivität zu informieren, hieße „Eulen nach Athen tragen“.

Was tun, um wirksam zu motivieren?

Theoretisch fundierte Interventionen sind solchen überlegen, die Erkenntnisse der Theorien ignorieren. Dabei geht es nicht um ein „theoretisches“ Vorgehen, das sich nur auf eine Theorie gründet, sondern auf ein „theorieaffines“, das die wesentlichen Determinanten und Konstrukte der Theorien als Stellgrößen der Gesundheitskommunikation verwendet. Eine stadienorientierte Maßschneiderung der Kommunikation ist effektiver als eine, welche die unterschiedliche Bereitschaft der Betroffenen zur Verhaltensänderung ignoriert (tayloring).

Motivierende Inhalte sollten die Zielgruppe bedenken (targeting). Ältere sind sich ihrer Vulnerabilität eher bewusst als jüngere, für die riskantes Verhalten wiederum oft sozial motiviert ist (Anschluss an eine für sie wichtige Gruppe finden und halten). Ohne Stärkung vor allem der Selbstwirksamkeit, aber auch der Konsequenzerwartungen, fällt die Motivierung in allen Zielgruppen zu schwach aus und mündet nicht in eine Zielintention. Zielintentionen wiederum werden wirkmächtiger, wenn die Ziele mit den grundlegenden Motiven der Person übereinstimmen. Sie muss sich mit den neuen Zielen mindestens identifizieren können. Das Schmieden von Plänen, die Antizipation von Barrieren und die Stärkung der Selbstreflexion und -steuerung sind weitere Komponenten einer Intervention, die wahrscheinlich wirkt.

Verhaltensänderung ist ein mühsames und schwieriges „Geschäft“. Wenn es gelingt, mit den benannten Komponenten auch nur teilweise zum Gelingen beizutragen, ist schon viel erreicht. Menschen entscheiden sich nicht alleine aufgrund rationaler Abwägungen für oder gegen ein Verhalten. Vieles geschieht aus Gewohnheit, die situativ ausgelöst wird oder es geschieht, weil soziale Normen es „gebieten“ und eine Änderung ein „Verstoß“ gegen diese Normen wäre. Manchmal würde jemand gerne, kann aber nicht, weil ihm die Gelegenheiten fehlen oder er/sie diese nicht wahrnimmt. Motivierung muss also immer auch die Lebensumstände der Personen bedenken.

Fazit Verhaltensänderung ist eine psychologisch anspruchsvolle Herausforderung, die ohne Kenntnis und Anwendung motivationaler und volitionaler Modelle und Theorien eher misslingt. Stadienmodelle gestatten eine maßgeschneiderte Kommunikation, Strukturmodelle nennen die wesentlichen Komponenten, die angesprochen und gestärkt werden sollten (v. a. Selbstwirksamkeit) und Prozessmodelle verweisen auf die Erfordernis, neben der Motivation die Volition zu adressieren, damit Ziele handlungswirksam und selbstkonkordant formuliert werden.

Empfehlung Interventionen sollten theoriebasiert, adressatengerecht und zielgruppenspezifisch erfolgen. Sie sollten das Risikobewusstsein erhöhen, die Vorteile des neuen Verhaltens realistisch betonen, ohne die Nachteile zu verschweigen. Sie sollten die Selbstwirksamkeit stärken und dabei helfen, Ziele selbstkonkordant und handlungswirksam zu formulieren (unter eigener Kontrolle, positiv und realistisch). Sie sollten Barrieren antizipieren helfen und Pläne schmieden, was einer tun kann, wenn die Barriere sich ihm in den Weg stellt. Verhaltensänderung scheitert, wenn sie mit rigiden Vorsätzen arbeitet (immer, nur noch, nie mehr).

Weiterführende Literatur

Baaken, A. & Fuchs, R. (2012). Erklärungsmodelle der Sportteilnahme und ihre Implikationen für effektive Interventionsmaßnahmen. In G. Geuter & A. Holleederer (Hrsg.). Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit. Bern: Huber, 79-94.

Fuchs, R., Göhner, W. & Seelig, H. (Hrsg.). (2007). Aufbau eines körperlich aktiven Lebensstils. Göttingen: Hogrefe.

Bucksch, J., Finne, E. & Geuter, G. (2010). Bewegungsförderung 60+. Theorien zur Veränderung des Bewegungsverhaltens im Alter - Eine Einführung. LIGA.NRW: Düsseldorf.

Autor

Prof. Dr. Wolfgang Schlicht

Quellen

[1] Schlicht, W. & Brand, R. (2008). Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit. Weinheim: Juventa.

[2] Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Applied Psychology: An International Review, 57, 1-29.

[3] Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self change of smoking: Towards an integrative model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 390-395.

Bildnachweis

© Peter Smola / pixelio.de

Faktenblätter „Bewegung und Gesundheit“

Alle erhältlichen Faktenblätter in der Kategorie „Grundlagen“:

- ▶ Bewegungsempfehlungen
- ▶ Bewegungsförderung
- ▶ Bewegungsverhalten
- ▶ Lebenswelten
- ▶ Motivation
- ▶ (somatische) Gesundheit
- ▶ Sport

Weitere derzeit verfügbare thematische Kategorien:

- ▶ Alltagsbewegung
- ▶ Zielgruppen
- ▶ Risikofaktoren

Weitere Informationen zum Thema „Bewegung und Gesundheit“ unter: www.lzg.nrw.de/bewegung

Kontakt

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)
Prävention und Gesundheitsförderung
Dr. Thomas Claßen
Telefon: 0234 91535 3202
E-Mail: thomas.classen@lzg.nrw.de