

Veränderungsprozesse initiieren – eine Herausforderung für die Pflegenden

«Wenn der Wind der Veränderung weht, bauen die einen Mauern und die anderen Windmühlen.»
(Chinesisches Sprichwort)

Um Veränderungsprozesse beeinflussen zu können, muss dafür ein Verständnis entwickelt werden. Dazu ist ein wissenschaftlich fundiertes und anwendungsnahe Modell sinnvoll. Eine mögliche Antwort darauf kann das transtheoretische Modell (TTM) sein. **Tomas Kobi**

Eines der bekanntesten Modelle, das sich mit dem Konstrukt der Veränderungsbereitschaft von Risikoverhalten beschäftigt, ist das transtheoretische Modell (TTM) nach Prochaska und DiClemente (1982). Eine Verhaltensänderung ist ein fortlaufender Prozess, der über eine Sequenz von definierten Stadien verläuft. Die Kernaussage des Modells lässt sich folgendermassen erklären:

«Verhaltensänderung beziehungsweise das Lernen neuer Verhaltensweisen wird als ein Prozess verstanden, der sich durch das aktive zeitliche Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen beschreiben lässt.»







Verhaltensänderung beziehungsweise das Lernen neuer Verhaltensweisen wird als ein Prozess verstanden, der sich durch das aktive zeitliche Durchlaufen unterschiedlicher, aufeinander aufbauender Stufen beschreiben lässt. Dabei ist es jedoch nicht so, dass die Stufen linear und kontinuierlich durchlaufen werden müssen. Rückfälle sind etwas Normales und werden nicht als Misserfolge gewertet.

DAS MODELL DER VERHALTENSÄNDERUNG NACH PROCHASKA UND DICLEMENTE Die Phasen können in Stadien und spiralförmig anschaulich dargestellt werden.

Chronische Erkrankungen sind sowohl für die jeweiligen Betroffenen als auch für die Angehörigen eine enorme Herausforderung. Sie verlangen von allen Akteuren erstaunliche Adaptionsleistungen. «In vielen Fällen ist das biomedizinische Verständnis der Erkrankung beschränkt. Es gilt mit mehreren Problemen fertig zu werden: mit der Unsicherheit im Hinblick auf die Diagnose, der Abhängigkeit vom Expertenwissen und von der

«Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen sich ständig mit neuen Gegebenheiten auseinandersetzen, sich an neue, teilweise ungewisse Situationen anpassen.»

Medizintechnik, aber auch mit der Tatsache, dass klare Handlungsanweisungen und spezialisierte Dienstleistungsangebote fehlen.» (Devins, Came-

Stadien		Kurzbeschreibung
6. Stabilisierung		Dieses Stadium ist in der Primärliteratur von Prochaska und DiClemente nicht enthalten. Es wurde von anderen Autoren später hinzugefügt. Sinn dieses Stadiums ist es, die Veränderung auf einem fortwährenden Niveau zu halten, das heisst langfristiger Erfolg und die wirkliche Verhaltensänderung.
5. Aufrechterhaltung		In diesem Stadium geht es darum, das Zielverhalten zu festigen, und das mehr als sechs Monate.
4. Handlung		In diesem Stadium wird aktiv versucht, etwas zu unternehmen, um das Problemverhalten zu verändern oder abzubauen.
3. Vorbereitung		In diesem Stadium wird ernsthaft über eine Veränderung nachgedacht. Es besteht eine hohe Motivation, unmittelbar mit der Veränderung zu beginnen.
2. Absichtsbildung		In diesem Stadium werden Veränderungen gleichzeitig erwogen und wieder verworfen.
1. Absichtslosigkeit		In diesem Stadium zeigt sich, dass kein eigenes Problembewusstsein vorhanden ist.

Legende: grüner Pfeil = Fortschritt

roter Pfeil = Rückschritt

Abbildung 1: Die Phasen der Verhaltensänderung als Modell. Dabei ist es jedoch nicht so, dass die Stufen linear und kontinuierlich durchlaufen werden müssen. Rückfälle sind etwas Normales und werden nicht als Misserfolge gewertet. Abbildung: nach Prochaska und DiClemente (1982).



Tomas Kobi, Master in Gerontologie (MAS), Executive Master in Prävention & Gesundheitsförderung (FH).
Beratung/Coaching/Bildung,
Gerontologie & Gesundheitsförderung.
www.tomas-kobi.ch
tomas.kobi@bluewin.ch

ron & Edworthy, zitiert in Klug Redmann, 2008, S. 17). Menschen mit chronischen Erkrankungen müssen sich ständig mit neuen Gegebenheiten auseinandersetzen, sich an neue, teilweise ungewisse Situationen anpassen. Bei chronischen Prozessen die Lebensgestaltung beziehungsweise -führung zu verändern, ist nicht immer einfach. Vor allem dann, wenn der Nutzen nicht sofort erkennbar ist. Mit dem Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente will man zwei wesentliche Aspekte angehen: Einerseits soll der Betroffene in seiner Verhaltensänderung vorankommen und andererseits wird eine Stärkung der Selbstwirksamkeit des Betroffenen angestrebt.

FRAGEN SOLLEN EMOTIONAL BERÜHREN Diverse Analysen belegen, dass eine rein kognitive Wissensvermittlung kaum Auswirkungen auf eine Verhaltensänderung hat. Verhaltensänderung ist ein dynamischer Prozess. Bei der Pflege, Begleitung und Betreuung von älteren Menschen kann es immer wieder vorkommen, dass beraten und informiert wird und die Pflegenden gleichwohl den Eindruck haben, dass sich die Betroffenen trotz entsprechender Anleitungen nicht an ihre Abmachungen halten.

Die Autoren Prochaska und DiClemente gehen in den einzelnen Phasen differenziert vor und stellen anschauliche Überlegungen zum Prozess an. Es sollen im Weiteren die einzelnen Aspekte genauer beleuchtet werden, um aufzuzeigen, welche Auswirkungen sie auf die Betroffenen und ihr Umfeld haben. In der Begleitung von Betroffenen sind die Pflegenden herausgefordert:

- Akzeptanz fördert Veränderung
- Offene Fragen stellen
- Aktives Zuhören ist unabdingbar
- Kompetenzen bestätigen
- Ambivalenzen herausarbeiten.

Besonders um die Betroffenen zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, sollen Fragen emotional bewegen. Keller (2001) zeigt mögliche Fragestellungen auf, mittels derer Betroffene angesprochen werden können. Es ist wichtig, eine Beziehung aufzubauen. Eine entsprechende Gesprächsführung ist unabdingbar. Ein gutes Gespräch und eine wirksame Kommunikation sind kein Zufallsprodukt. In den einzelnen Phasen werden variierte Fragestellungen nach Keller (2001) erörtert.

ABSICHTSLOSIGKEIT Wenn es darum geht, Menschen mit einem gesundheitlichen Problem zu beraten, stellen Pflegende sehr häufig fest, dass sich die zu beratende Person häufig im Stadium der Absichtslosigkeit befindet. Das Problembewusstsein ist nicht vorhanden. Viele Menschen sind sich in der Phase der Absichtslosigkeit ihrer Probleme nicht oder zu wenig bewusst. Dies führt häufig zu einer

Inkongruenz der Bewertung zwischen Betroffenen und Pflegenden. Im Stadium der Absichtslosigkeit kann bei Menschen mit chronischen Schmerzen folgende Situation eintreten:

«Die betroffene Person hat kein Bestreben, den aktuellen Umgang mit den Schmerzen zu verändern, da sie eine selbstständige Beeinflussbarkeit des Schmerzerlebens als nicht möglich oder nicht notwendig ansieht.»

Die betroffene Person hat kein Bestreben, den aktuellen Umgang mit den Schmerzen zu verändern, da sie eine selbstständige Beeinflussbarkeit des Schmerzerlebens als nicht möglich oder nicht notwendig ansieht. Sie erwartet Hilfe ausschliesslich durch eine medizinische Behandlung, um die Schmerzen zu lindern (Rau et al., 2007). Wie kann jemand, der sich im Stadium der Absichtslosigkeit befindet, bewegt werden? Um den Betroffenen in diesem Stadium «zu bewegen», können emotionale Fragestellungen hilfreich sein:

«Was könnte der Gewinn für Sie sein, wenn das Verhalten geändert würde? Was könnte der Nutzen für Sie oder die unmittelbare Umgebung sein? Was würde geschehen, wenn nichts geschieht? Was löst der Gedanke aus, etwas zu verändern?»

Ziel ist es, den Betroffenen in die Phase des Abwägens zu führen. Zu beachten ist dabei, dass die betroffenen Personen nicht in eine abwehrende Reaktion verfallen. Die Fragen sollen dazu dienen, dass sich Betroffene Gedanken über die (Problem-) Situation machen.

ABSICHTSBILDUNG Diese Phase ist häufig von der Aussage begleitet: «Ich habe ein Problem und sollte etwas dagegen tun.» Es besteht die ernsthafte Absicht das Problem zu lösen oder Veränderungen im nächsten halben Jahr einzuleiten.

Personen mit chronischen Schmerzen können in dieser Phase überlegen, ob und wie sie einen Weg finden werden, um mit der Schmerzsituation besser umzugehen (Rau et al., 2007). Die Pflegenden können in dieser Phase, wie auch in allen anderen Phasen des transtheoretischen Modells, kognitiv-emotionale Prozesse in Gang bringen. Auch hier können offene Fragen dazu einladen, sich aktiv mit den eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen in Bezug auf seine Erkrankung zu befassen. Mögliche Fragestellungen aus Sicht der Pflegenden können sein:

«Welche Veränderungen möchten Sie angehen? Was könnte Ihnen Ihrer Meinung nach helfen? Mit welchen Schwierigkeiten könnten Sie konfrontiert werden?»

VORBEREITUNG In dieser Phase sind die Betroffenen hochmotiviert, eine Aktivität anzugehen. Sie wollen etwas verändern – am besten heute statt morgen. Wie jeder, der sich für eine Handlung entschieden hat, müssen die betroffenen Personen in der Vorbereitungsphase Ziele und Prioritäten setzen. Dazu müssen sie sich zu einem selbst gewählten festen «Aktionsplan» entschliessen. Menschen mit chronischen Schmerzen überdenken in dieser Phase ihren gegenwärtigen Umgang mit den Schmerzen und erwägen erste Schritte einer Neuorientierung hin zu einem eigenständigeren Schmerzmanagement und einer biopsychosozialen Schmerzperspektive (Rau et al., 2007).

In diesem Stadium sind die Betroffenen empfänglich für Informationen. Sie stellen ihre bisherige Sichtweise, ihre Grundannahmen in ein neues Licht beziehungsweise infrage. Die Pflegenden können Betroffene darin unterstützen, indem sie entsprechende Fragen stellen:

«Welche Ideen haben Sie, damit Sie Ihr Ziel erreichen können?»

Wie wollen Sie Ihr Ziel angehen?»

Was sind Sie bereit zu tun?»

Was kann Ihnen helfen, das Ziel zu erreichen?»

HANDLUNG Auf der Stufe der Handlung ist die Entschlossenheit der Betroffenen sehr gross. Die Bereitschaft der Verpflichtung ist da. Handlung beinhaltet die offensichtlichste Verhaltensänderung und verlangt einen beträchtlichen Einsatz von Zeit und Energie. Die Betroffenen begnügen sich nicht mehr mit dem Vorsatz, sondern stellen sich der Tatsache und gehen das Risiko ein, dass der Versuch danebengehen kann. Rau et al. (2007) beschreiben, dass Menschen mit chronischen Schmerzen in dieser Phase verschiedene Strategien anwenden, um die Schmerzen zu beeinflussen.

«Einerseits geht es um die Stärkung des Selbstvertrauens der Person, die etwas umsetzen will. Andererseits geht es darum, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wie auch die Unterstützung des sozialen Umfelds zu fördern.»

Die Pflegenden sind in dieser Phase stark gefordert. Einerseits geht es um die Stärkung des Selbstvertrauens der Person, die etwas umsetzen will. Andererseits geht es darum, das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wie auch die Unterstützung des sozialen Umfelds zu fördern (Keller, 2001). Dabei können die Fragestellungen folgendermassen aussehen:

«Welche Unterstützung brauchen Sie?»

Wie setzen Sie das neue Verhalten in Ihrem Alltag um?»

Was gönnen Sie sich?»

Wie motivieren Sie sich?»

Wie gehen Sie mit Misserfolgen um?»

AUFRECHTERHALTUNG Wenn eine Person länger als sechs Monate das Zielverhalten ausübt, befindet sie sich in der Phase der Aufrechterhaltung. Hier geht es um die Stabilisierung der Verhaltensänderung und das Vermeiden von Rückfällen. Menschen mit chronischen Schmerzen haben in dieser Phase ihre Strategien so in den Alltag integriert, dass sie mit der Situation umgehen und ihr Verhalten entsprechend adaptieren können (Rau et al., 2007).

In der Phase der Aufrechterhaltung ist es wertvoll, Anerkennung und Bestätigung für das Erreichte auszusprechen. Der Fokus liegt auf dem Positiven, dem Gelungenen. Trotz allfälligen Rückschlägen soll das Vertrauen in die eigenen Stärken hervorgehoben werden. Es geht darum, den Betroffenen und dem sozialen Umfeld Mut dafür zu machen, vorwärtszuschauen. Mit gezielten Fragen können die Betroffenen unterstützt werden:

«Was hat Ihnen geholfen dranzubleiben?»

Was hilft Ihnen, einen Rückfall zu vermeiden?»

Welche weiteren Perspektiven sehen Sie?»

KONSEQUENZEN FÜR DIE PFLEGE Einer der grundlegendsten Fehler, die im Zusammenhang mit dem transtheoretischen Modell gemacht werden, ist es, dasjenige Stadium zu wenig zu berücksichtigen, in dem sich der betroffene Mensch befindet. Häufig konzentrieren sich die Pflegenden vorrangig auf ein von ihnen erkanntes Problem. Dabei geht es nicht primär darum, für die Veränderung zu argumentieren oder dem Widerstand direkt zu begegnen, sondern den betroffenen Menschen zu neuen Perspektiven einzuladen und ihm diese nicht vorzuschreiben. «Oft wird ein Patient über eine konkrete Umsetzung von Veränderungen beraten, ohne zu berücksichtigen, dass er sich erst in der Phase der Absichtsbildung oder – noch gravierender – der Absichtslosigkeit befindet.» (Müller & Saner, 2008, S. 630)

Mit dem TTM werden die Pflegenden angeregt, sich einerseits mit phasenhaften Verläufen von Verhaltensänderungen zu befassen und sich andererseits mit der Förderung der Selbstwirksamkeit der betroffenen Personen auseinanderzusetzen. Die Zuversicht, sich verändern zu können, ist ein wichtiger Motivator und sollte nicht unterschätzt werden. Gerade deshalb sollten Pflegende die Betroffenen in ihrer Selbstwirksamkeit fördern, damit ein Veränderungsprozess initiiert wird, durch den eine verbesserte Lebensqualität entstehen kann. ■

Literatur

- Keller, S. et al. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozessorientierte Patientenedukation nach TTM. In: psychomed, 13, S. 101 – 111.
- Klug Redman, B. (2008). Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten, befähigen. Bern: Hans Huber.
- Müller, B. & Saner, H. (2008). Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung? In: Schweizerisches Medizin-Forum, 8, 35, S. 626 – 631.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a More Integrative Model of Change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19, S. 276 – 288.
- Rau, J. et al. (2007). Die Bedeutung der Änderungsbereitschaft des Transtheoretischen Modells (TTM) für den Verlauf der Bewältigung chronischer Schmerzen. In: Schmerz, 21, S. 522 – 528.