

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ PROCHASKA ΚΑΙ
DICLEMENTE ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΔΑΠΑΤΑ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ 1873
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΝΕΣΤΟΡΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΡΗΤΗΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση και η ανάλυση του Διαθεωρητικού Μοντέλου των Prochaska και DiClemente. Στο πρώτο μέρος της εργασίας αναφέρεται η σύντομη βιογραφία των θεμελιωτών της θεωρίας και η σύντομη ιστορία δημιουργίας του μοντέλου. Περιγράφονται, έπειτα, αναλυτικά τα κύρια σημεία που απαρτίζουν τη θεωρία. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στις τέσσερις θεμελιώδεις αρχές που διέπουν το μοντέλο. Τα στάδια αλλαγής, στο σύνολο τους πέντε, οι διαδικασίες αλλαγής που εμφανίζονται σε κάθε στάδιο, η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας και ο ρόλος που παίζει στην αλλαγή και διατήρηση της αλλαγής και η ισορροπία απόφασης που είναι άκρως σημαντική για την έναρξη της δράσης προς την αλλαγή.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, εξηγείται πως το άτομο περνάει από το ένα στάδιο αλλαγής στο επόμενο. Επίσης, αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο οι διαδικασίες αλλαγής εμφανίζονται και επηρεάζουν το κάθε άτομο ξεχωριστά. Γίνεται λόγος για την πρακτική εφαρμογή του μοντέλου και πως οι ειδικοί υγείας μπορεί να το χρησιμοποιήσουν για να βοηθήσουν όσους επιζητούν βοήθεια. Αναφέρονται οι πρακτικές και οι τεχνικές που χρησιμοποιούν οι ψυχοθεραπευτές ώστε να εντοπίσουν σε ποιο στάδιο βρίσκεται το άτομο και μπορούν να υποστηρίξουν αποτελεσματικά την πρόοδο της διαδικασίας της αλλαγής. Επίσης, γίνεται λόγος για το πώς μπορεί να εφαρμοστεί το διαθεωρητικό μοντέλο στην καθημερινή ζωή και σε ποια συμπεριφοριστικά προβλήματα μπορεί να παρέμβει αποτελεσματικά.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας βλέπουμε ένα μέρος των ερευνών που έχουν λάβει χώρα για να επιβεβαιώσουν ή να διαψεύσουν τα αποτελέσματα του μοντέλου.

Τέλος, έχουμε τα συμπεράσματα της εργασίας αυτής, η οποία στηρίχθηκε εξολοκλήρου στο πλήθος αποτελεσμάτων των ερευνών που στόχο έχουν κυρίως την υποστήριξη της θεωρίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	ΣΕΛΙΔΑ 2
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΣΕΛΙΔΑ 6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ	ΣΕΛΙΔΑ 10
<i>ΙΣΤΟΡΙΑ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 11
<i>ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 12
<i>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 17
<i>ΕΝΝΟΙΑ ΑΥΤΟΑΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ	ΣΕΛΙΔΑ 25
<i>ΚΥΚΛΙΚΗ ΔΙΑΔΟΧΗ ΣΤΑΔΙΩΝ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 26
<i>ΣΩΣΤΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΑΔΙΩΝ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 27
<i>ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 28
<i>ΕΝΣΩΜΑΤΩΜΕΝΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 30
<i>ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΒΑΣΗ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 37
<i>ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ</i>	ΣΕΛΙΔΑ 38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ	ΣΕΛΙΔΑ 41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΑ 46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	ΣΕΛΙΔΑ 50

“If you treat an individual as he is, he will stay as he is, but if you treat him as if he were what he ought to be and could be, he will become what he ought to be and could be”

-JOHANN WOLFGANG VON GOETHE

“Αν συμπεριφέρεσαι σε κάποιον όπως είναι, τότε θα παραμείνει όπως είναι, όμως αν του συμπεριφέρεσαι όπως θα έπρεπε και θα μπορούσε να είναι, τότε θα γίνει όπως έπρεπε και θα μπορούσε να γίνει.”

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία ασχολείται με το Διαθεωρητικό Μοντέλο των James Prochaska και Carlo DiClemente, οι οποίοι εισήγαγαν το μοντέλο στους κόλπους της ψυχολογίας το 1977. Το μοντέλο σε σύντομο χρονικό διάστημα, δέχθηκε παγκόσμια αναγνώριση, καθώς ήταν η πρώτη επιτυχημένη προσπάθεια ενωποίησης διαφορετικών εννοιών από διαφορετικές θεωρίες της ψυχολογίας.

Στα επόμενα κεφάλαια υπάρχει αναλυτική αναφορά στο Διαθεωρητικό Μοντέλο, τις αρχές που το διέπουν και τα κύρια χαρακτηριστικά του. Θα γίνει γνωστό πως δημιουργήθηκε, αυτό που σήμερα πολλές φορές ονομάζεται το «μοντέλο των σταδίων αλλαγής». Θα αναλυθούν οι έννοιες που προέρχονται από άλλες θεωρίες και κατέχουν πρωταγωνιστικό ρόλο στο διαθεωρητικό μοντέλο. Έννοιες όπως αυτοαποτελεσματικότητα, ισορροπία απόφασης, πειρασμός, κ.α.. Είναι απαραίτητο βέβαια, να αναφερθούμε στις θεωρίες που επηρέασαν και συνετέλεσαν στη δημιουργία του μοντέλου, μέσα από μια σύντομη σύγκριση.

Στα επόμενα κεφάλαια, αναλύεται η συνεισφορά της συγκεκριμένης θεωρίας στα όσα γνωρίζαμε μέχρι στιγμής για την αλλαγή της συμπεριφοράς και τον τρόπο που αυτή εκτελείται από το κάθε άτομο. Η αλλαγή πλέον αντιμετωπίζεται ως ένα σύνολο διαδικασιών και όχι ως ένα μεμονωμένο γεγονός. Τα άτομα διαχωρίζονται σε κατηγορίες, αναλόγως από το στάδιο ετοιμότητας ως προς την επικείμενη αλλαγή. Η ψυχοθεραπεία της συμπεριφορικής αλλαγής εξελίσσεται σε διαδικασία προσωποποιημένη και προσαρμοσμένη στον κάθε ασθενή.

Κρίνεται απαραίτητο, όμως, πριν ξεκινήσει η ανάλυση των όσων προαναφέρθηκαν, να γίνει αναφορά στην κύρια έννοια με την οποία ασχολείται το μοντέλο της έρευνας, στην αλλαγή. Η έννοια της αλλαγής αποτελεί κινητήριο δύναμη σχεδόν σε όλες τις θεωρίες της ψυχολογίας. Το ενδιαφέρον σε σχέση με την αλλαγή, συχνά ξεκινά με την ερώτηση «γιατί τα άτομα δεν αλλάζουν;». Οι ψυχοθεραπευτές, δάσκαλοι, σύμβουλοι υγείας και όσοι εργάζονται σε κοινωνικές υπηρεσίες συχνά προβληματίζονται πάνω σε αυτό καθώς φαίνεται πως οι ενέργειες ενός ατόμου (με πρόβλημα) είτε δεν αποδίδουν είτε το άτομο είναι αυτοκαταστροφικό. Διακρίνεται πολλές φορές ένας εναλλακτικός τρόπος βελτίωσης όμως το άτομο επιμένει στην ίδια συμπεριφορά.

Έτσι, τα προβλήματα συμμόρφωσης σε μια θεραπεία αποτελούν καθημερινό κανόνα ακόμη και σε περιπτώσεις όπου απειλείται η ζωή του ατόμου όπως διαβήτης, καρδιακές ασθένειες, HIV, κ.α.. Επίσης, τα άτομα με εθιστική συμπεριφορά, συνεχίζουν στον ίδιο τρόπο ζωής ενώ γνωρίζουν το κακό που προκαλούν στον εαυτό τους. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό εξηγείται στα επόμενα κεφάλαια.

Μια πιο παραγωγική και ενδιαφέρουσα ερώτηση είναι «γιατί αλλάζουν οι άνθρωποι;». Διότι εν καιρώ οι άνθρωποι αλλάζουν συνήθειες και τρόπο ζωής. Οι έφηβοι ωριμάζουν, τα άτομα με προβλήματα εθισμού (αλκοόλ, ναρκωτικά) τελικά επιτυγχάνουν να τα ξεπεράσουν χωρίς τη χρήση επίσημης θεραπείας, και να ζήσουν μια μετέπειτα φυσιολογική ζωή. Οπότε, τι είναι αυτό που μας αφυπνίζει και προκαλεί τη σταδιακή αλλαγή της πορείας μας; Η τη δραματική μεταστροφή μας σε νέο τρόπο ζωής ;

Οι λόγοι που συντρέχουν για να καταφύγει ένα άτομο στην αλλαγή, μοιάζουν με τα κομμάτια ενός παζλ. Είναι ένα συνονθύλευμα αιτιών και αφορμών που την κατάλληλη στιγμή ενεργεί ώστε το άτομο να αποφασίσει πως θέλει να αλλάξει. Έρευνες που έγιναν στο πεδίο του εθισμού έδειξαν πως οι κύριοι λόγοι που συντρέχουν ώστε το άτομο να σκέφτει να αλλάξει, είναι οι παρακάτω:

Φυσική αλλαγή

Είναι κοινώς αποδεκτό πως η θετική αλλαγή πραγματοποιείται και χωρίς τη βοήθεια ιατρικής θεραπείας. Πολλά άτομα με προβλήματα αλκοολισμού ή εθισμού σε διάφορες ουσίες, συνήλθαν χωρίς ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Αυτού του είδους η ανάρρωση ονομάζεται «αυθόρμητη υποχώρηση» (spontaneous remission) και δεν θεωρείται τόσο συχνό φαινόμενο πλέον. Παρόλα αυτά, τα στάδια αλλαγής που δημιουργούνται στην αυθόρμητη υποχώρηση, είναι ίδια με εκείνα που παρατηρούνται σε περίπτωση που υπάρχει ιατρική παρέμβαση(Miller,2002).

Σύντομες παρεμβάσεις

Είναι πιθανόν να επιταχύνουμε ή να διευκολύνουμε μια αλλαγή. Έρευνες έδειξαν πως σύντομες παρεμβάσεις, κάτω απο συγκεκριμένες συνθήκες μπορούν να πυροδοτήσουν μια αλλαγή. Μια ή δυο συνεδρίες μπορούν να αποφέρουν μεγάλη αλλαγή στον τρόπο σκέψης ενός ατόμου.

Αριθμός παρεμβάσεων

Αν μια σύντομη συνεδρία βοηθάει το άτομο, τότε εύλογα κάποιος μπορεί να υποθέσει πως αυξάνοντας τον αριθμό των παρεμβάσεων, αυξάνεται και το ποσοστό επιτυχίας. Δηλαδή, ο βαθμός της αλλαγής σχετίζεται με τον βαθμό συμβουλευτικής διαδικασίας στην οποία λαμβάνει μέρος. Όσες περισσότερες συνεδρίες ολοκληρώνει το άτομο εθελοντικά, τόσο μεγαλύτερη αλλαγή θα δούμε στην συμπεριφορά του(Miller,2002).

Σε ελεγχόμενη έρευνα που έγινε, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν τυχαία σε δυο ομάδες. Στη πρώτη ομάδα, τα υποκείμενα δέχθηκαν λίγες και σύντομες συνεδρίες και στη δεύτερη ομάδα έλαβαν μέρος σε μια μακροπρόθεσμη ψυχοθεραπεία. Το αποτέλεσμα ήταν εκπληκτικό. Και στις δυο περιπτώσεις, η αλλαγή συνέβη στην αρχή, με το μέσο όρο να εμφανίζει σημάδια αλλαγής στις δυο με τρεις πρώτες συνεδρίες. Οι περισσότερες θεωρίες εστιάζουν στις διαδικασίες που χρειάζονται ώστε να επιτευχθεί η αλλαγή. Τα ευρήματα της παραπάνω έρευνας δείχνουν πως πρέπει να εξετάσουμε με διαφορετικό τρόπο αυτές τις διαδικασίες(Miller,2002).

Αυτοαποτελεσματικότητα ατόμου

Αν ένα άτομο ερωτηθεί για το κατά πόσο μπορεί ή όχι να επιτύχει μια αλλαγή, η απάντηση που θα δώσει, αποτελεί ένα καλό προγνωστικό παράγοντα του αν πραγματικά θα τα καταφέρει. Οι πεποιθήσεις του ατόμου για τις δυνατότητες του αποτελούν τον δείκτη αυτοαποτελεσματικότητας του (έννοια βασισμένη στη θεωρία του Bandura). Αν το άτομο πιστεύει πως μπορεί να τα καταφέρει και έχει υψηλές προσδοκίες και στόχους, τότε το ποσοστό επιτυχίας αυξάνεται. Αν όμως, δεν έχει πίστη στον εαυτό του,είναι πιθανό να εγκαταλείψει πιο εύκολα την προσπάθεια και να μην επιτύχει(σε αυτές τις περιπτώσεις συναντάμε την αυτοεκπληρούμενη προφητεία).

Αποτελεσματικότητα θεραπευτή

Όταν κάποιος θέλει να αλλάξει και αναζητά βοήθεια σε κάποιον θεραπευτή, ποιοι είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το αν θα συνεχίσει τη θεραπεία ή θα αποχωρήσει; Ο Roger δημιούργησε και ερεύνησε μια θεωρία σχετικά με τις ικανότητες του ψυχοθεραπευτή που διευκολύνουν τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας. Υποστήριξε πως μια πελατοκεντρική, διαπροσωπική σχέση παρέχει το ιδανικό έδαφος ώστε ο πελάτης να βοηθηθεί. Μέσα σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, το άτομο μπορεί να εξερευνήσει τα προβλήματα του

και να καταλήξει σε κάποιες λύσεις. Ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι να δίνει λύσεις αλλά να αντιμετωπίζει το άτομο με γνησιότητα, ενσυναίσθηση και απεριόριστο θετικό σεβασμό. Έτσι το άτομο δεν απειλείται απο τη θεραπευτική σχέση και αφήνεται ελεύθερο στην διαδικασία.

Όπως βλέπουμε και παραπάνω, η αλλαγή που συμβαίνει σε ένα άτομο δεν είναι ένα μονοδιάστατο γεγονός. Συντρέχουν πολλοί λόγοι ώστε κάποιος να αποφασίσει πως θέλει να αλλάξει και να προσπαθήσει επίμονα για αυτό. Οι συνθήκες κάτω απο τις οποίες ζει, η εξωτερική βοήθεια που δέχεται, η πίστη που έχει στον εαυτό του οτι θα τα καταφέρει και η πίστη που έχει στον ψυχοθεραπευτή του, ότι μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά και αποτελεσματικά, αποτελούν κύρια κίνητρα για την καθοριστική απόφαση.

Το Διαθεωρητικό μοντέλο ασχολείται με όλους αυτούς τους λόγους, θέλοντας να δώσει έμφαση στη διαδικασία αλλαγής. Υποστηρίζει πως η αλλαγή δεν είναι ένα τυχαίο μεμονομένο γεγονός αλλά μια διαδικασία που χρειάζεται χρόνο για να συμβεί και να ολοκληρωθεί. Στα επόμενα κεφάλαια, εξηγείται για ποιους λόγους ο Prochaska υποστηρίζει αυτή τη σκέψη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΔΙΑΘΕΩΡΙΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΑΙ ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Το Διαθεωρητικό Μοντέλο (ΔΜ) πρωτοεμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Θεμελιωτές του μοντέλου είναι ο James Prochaska και ο Carlos DiClemente.

Ο James Prochaska γεννήθηκε το 1943. Σπούδασε Ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο του Wayne (1964). Εκεί έλαβε το μεταπτυχιακό του στην κλινική ψυχολογία, όπως και το Διδακτορικό του (1969). Είναι Διδάκτωρ Ψυχολογίας εδώ και αρκετά χρόνια στο Πανεπιστήμιο του Rhode Island και πρόεδρος στο Κέντρο Έρευνας για την πρόληψη του καρκίνου. Έχει εκδώσει πάνω από 100 άρθρα για την συμπεριφορική αλλαγή στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Μια πρόσφατη έρευνα της APA τον κατέταξε στους δέκα πιο ισχυρούς συγγραφείς στην ιστορία της ψυχολογίας. Είναι επίτιμο μέλος σε πολλούς οργανισμούς, ερευνητικές ομάδες και Πανεπιστήμια.

Ο Carlo DiClemente έλαβε το Διδακτορικό του στην κλινική ψυχολογία στο Πανεπιστήμιο του Rhode Island το 1978. Από το 1985 ως και σήμερα είναι Πρόεδρος και καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Maryland. Είναι επίτιμο μέλος σε πολλούς οργανισμούς, ερευνητικές εταιρίες και συν-θεμελιωτής του Διαθεωρητικού Μοντέλου.

Οι Prochaska και DiClemente δημιούργησαν το μοντέλο και προκάλεσαν την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας. Το μοντέλο ενσωματώνει έννοιες από πολλές θεωρίες που σχετίζονται με την συμπεριφορική αλλαγή. Αρχικά αναπτύχθηκε ως ένα πλαίσιο μελέτης για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα σημειώνουν πρόοδο κατά την υιοθέτηση και διατήρηση των αλλαγών συμπεριφοράς σε θέματα υγείας. Η πρώτη μελέτη αφορούσε τη διακοπή καπνίσματος και στη συνέχεια εφαρμόστηκε στην τροποποίηση εθιστικών συμπεριφορών. Όταν τα αποτελέσματα των ερευνών είχαν επιτυχία, σειρά είχαν και άλλες μορφές συμπεριφορών, όπως διατροφή, άσκηση, στρες.

Βασικός πυρήνας του μοντέλου είναι ότι τα άτομα, όταν αλλάζουν μια συμπεριφορά, τότε διέρχονται από μια σειρά σταδίων. Επίσης, κατά το πέρασμα από το ένα στάδιο στο άλλο, λαμβάνουν χώρα διαφορετικές, για κάθε στάδιο διαδικασίες. Το μοντέλο διαφοροποιείται από άλλες προσεγγίσεις στο χώρο της υγείας, καθώς δεν εστιάζει πλήρως στις βιολογικές και κοινωνικές επιρροές που δέχεται το άτομο. Στο πλαίσιο του ΔΜ, οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται

εξωγενείς. Η διαθεωρητική προσέγγιση εστιάζει στις ικανότητες του ατόμου να παίρνει αποφάσεις και θεωρεί πως η αλλαγή επιτυγχάνεται σταδιακά με την εθελοντική προσπάθεια του ατόμου.

Το ΔΜ ,επίσης, περιλαμβάνει έννοιες όπως αυτές των «συναισθημάτων», «γνωστικές διαδικασίες» και «αυτοαναφορά» (self-report). Για παράδειγμα, στις συνεδρίες που είχαν σχέση με τη διακοπή καπνίσματος, η αυτοαναφορά, φαίνεται να είναι αρκετά ακριβής. Το θέμα της μέτρησης της αυτοαναφοράς αποτελεί κρίσιμο σημείο για την εφαρμογή του μοντέλου. Η ακριβής μέτρηση απαιτεί σαφή στοιχεία, στα οποία το άτομο μπορεί να απαντήσει με σαφήνεια, χωρίς περιθώριο διαστρέβλωσης των απαντήσεων ή των γεγονότων. Ο τρόπος με τον οποίο διασφαλίζεται η ακριβής μέτρηση, εξηγείται παρακάτω.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Το Διαθεωρητικό μοντέλο αποτελείται από πέντε βασικές δομές:

1. Τα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς
2. Τις διαδικασίες αλλαγής της συμπεριφοράς
3. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αλλαγής της συμπεριφοράς
4. Την αυτοαποτελεσματικότητα
5. Τον πειρασμό

Τα συνθετικά μέρη του μοντέλου εξηγούνται αναλυτικά στις επόμενες ενότητες του κεφαλαίου.

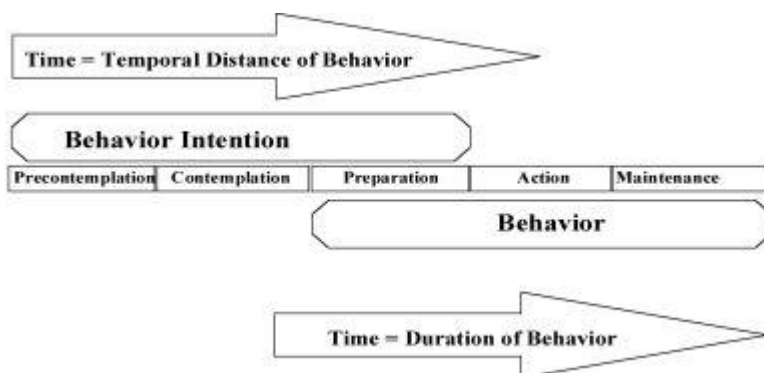
Στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς

Η αλλαγή της συμπεριφοράς δεν επιτυγχάνεται απευθείας. Για το λόγο αυτό τα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς αποτελούν το σημαντικότερο τμήμα του διαθεωρητικού μοντέλου, ακριβώς επειδή αντιπροσωπεύουν τη χρονική διάσταση για την επίτευξη της αλλαγής συμπεριφοράς. Οι έρευνες έδειξαν πως τα άτομα που θέλουν να αλλάξουν είτε από μόνα τους, είτε με την βοήθεια ενός ψυχοθεραπευτή, περνάνε από τα παρακάτω στάδια.



Sources: Grimley 1997 (75) and Prochaska 1992 (148)

1. Στάδιο μη προβληματισμού
2. Στάδιο προβληματισμού
3. Στάδιο προετοιμασίας
4. Στάδιο δράσης
5. Στάδιο διατήρησης



1. Στάδιο -Μη προβληματισμός

Στο πρώτο στάδιο του ΔΜ, τα άτομα δεν αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή και δεν σκέφτονται σοβαρά να αλλάξουν συμπεριφορά για τους επόμενους έξι μήνες. Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, τείνουν να αγνοούν τα προβλήματα τους και να αποφεύγουν να σκέφτονται, να συζητούν ή να ενημερώνονται σχετικά με τις υψηλού κινδύνου συμπεριφορές που εκδηλώνουν. Επίσης, πρόκειται για άτομα που έχουν προσπαθήσει στο παρελθόν να αλλάξουν αλλά απέτυχαν. Έτσι νιώθουν αποθάρρυνση ως προς την ικανότητα τους να αλλάξουν.

Ο Prochaska και άλλοι (1992) υποστηρίζουν πως το κύριο γνώρισμα των ατόμων στο στάδιο αυτό, είναι η αντίσταση που δείχνουν προς την αλλαγή. Για να καταφύγουν στην αναζήτηση βοήθειας, χρειάζεται να βιώσουν κάποια γνωστική δυσαρμονία ή αρνητική συναισθηματική κατάσταση (Scholl,2002). Σε αυτό συμβάλλουν η οικογένεια του ατόμου, οι φίλοι, γείτονες και εργοδότες που αναγνωρίζουν το πρόβλημα και πιέζουν το άτομο να αλλάξει. Έτσι, πολλές φορές, το άτομο καταφεύγει στην ψυχοθεραπεία εξαιτίας της κοινωνικής πίεσης που δέχεται (σύζυγος που απειλεί να φύγει, εργοδότης που απειλεί για εργασιακές συνέπειες και συχνά απόλυση). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διάθεση για αλλαγή παραμένει για όσο υπάρχει η κοινωνική πίεση (Prochaska, 1992). Μόλις η πίεση εξαφανιστεί, τότε το άτομο υποχωρεί σε παλιές βλαβερές συνήθειες. Όπως ανέφερε και ο G.K.Chesterton «δεν είναι ότι το άτομο δεν βλέπει τη λύση αλλά περισσότερο ότι δεν αναγνωρίζει το πρόβλημα» . σε έρευνες που έγιναν για τη σωστή διάκριση των σταδίων, τα άτομα ερωτήθηκαν αν σκοπεύουν να αλλάξουν σοβαρά τους επόμενους μήνες. Αν η απάντηση ήταν αρνητική τότε το άτομα κατατάσσονταν στο στάδιο του μη προβληματισμού. Μερικές θεωρίες χαρακτηρίζουν τα άτομα αυτά ως επίμονα, με μεγάλη αντίσταση προς την αλλαγή και χωρίς ουσιαστικό κίνητρο (Velicer, 1998).

2. Στάδιο προβληματισμού

Τα άτομα στο στάδιο αυτό γνωρίζουν ότι υπάρχει πρόβλημα και σκέφτονται να προβούν σε μια αλλαγή συμπεριφοράς, χωρίς όμως να έχουν δεσμευτεί να λάβουν δράση. Ωστόσο είναι περισσότερο ανοιχτά σε πληροφορίες σχετικά με την προβληματική τους συμπεριφορά, σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται στο προηγούμενο στάδιο. Η ενημέρωση αυτή βοηθάει στο να ζυγίζουν τα υπέρ

και τα κατά της αλλαγής που θα ήθελαν να κάνουν. Αυτό ονομάζεται ισορροπία απόφασης και είναι τα κύριο χαρακτηριστικό του σταδίου (Lenio, 2006). Εξαιτίας της ισορροπίας απόφασης τα άτομα μπορεί να μείνουν προσκολλημένα στο στάδιο της σκέψης για πολύ καιρό. Τα άτομα φαίνεται να πασχίζουν ανάμεσα στα πλεονεκτήματα της αρνητικής συμπεριφοράς και στο χρόνο, ενέργεια και προσπάθεια που θα χρειαστεί να επενδύσουν για να αλλάξουν συμπεριφορά (Prochaska et DiClemente, 1992). Το θετικό στοιχείο στο στάδιο αυτό είναι πως τα άτομα αναγνωρίζουν το πρόβλημα για πρώτη φορά και σκέφτονται σοβαρά να αλλάξουν.

3. Στάδιο προετοιμασίας

Το τρίτο στάδιο συνδυάζει την τάση και την συμπεριφορά. Τα άτομα προτίθενται να λάβουν δράση τον επόμενο μήνα ενώ ανεπιτυχώς έλαβαν δράση κατά την διάρκεια του προηγούμενου έτους. Ωστόσο, κάποιοι έχουν κάνει ήδη μικρά βήματα δράσης αλλά δεν έχουν εφαρμόσει αποτελεσματικούς τρόπους για πιο αποδοτικότερη δράση (Καρασούλη, 2006). Είναι το στάδιο που συνδυάζει τη πρόθεση με τα συμπεριφορικά κριτήρια. Στο σημείο αυτό, τα άτομα συνήθως δεν ξέρουν πώς να συνεχίσουν ή πώς να δημιουργήσουν ένα αποτελεσματικό πλάνο αλλαγής (Lenio, 2006). Κάποιοι ερευνητές θεωρούν πως το στάδιο της προετοιμασίας αποτελεί το πρώιμο στάδιο της δράσης. Ο Prochaska (1992) ονομάζει το γεγονός αυτό «λήψη απόφασης». τα άτομα θα προχωρήσουν στο στάδιο της δράσης όταν βρεθεί ένα πλάνο το οποίο πιστεύουν πως μπορούν να φέρουν εις πέρας.

4. Στάδιο δράσης

Τα άτομα βρίσκονται στο στάδιο της δράσης όταν πραγματοποιούν αλλαγές στην συμπεριφορά τους, τις εμπειρίες τους και το περιβάλλον τους με σκοπό να ξεπεράσουν τα προβλήματα τους. Το στάδιο δράσης εστιάζει στη συμπεριφορά, είναι πιο εμφανές από τα υπόλοιπα στάδια και λαμβάνει μεγαλύτερης εξωτερικής αποδοχής και αναγνώρισης (Καρασούλη, 2006). Το στάδιο δράσης απαιτεί μια σημαντική δέσμευση χρόνου και ενέργειας. Θεωρούμε πως το άτομο βρίσκεται ολοκληρωτικά στο στάδιο της δράσης όταν έχει αλλάξει επιτυχημένα την συμπεριφορά του για πάνω από έξι μήνες. Ένα ακόμη σημαντικό κριτήριο είναι η αποχή και η εγκράτεια από την προβληματική συμπεριφορά (Prochaska et DiClemente, 1992). Στην διακοπή καπνίσματος για

παράδειγμα, η μείωση του καπνίσματος στο 50% ή μείωση της ημερήσιας δοσολογίας της νικοτίνης είναι συμπεριφορικές αλλαγές που προετοιμάζουν το άτομο για το στάδιο της δράσης αλλά δεν πληρούν τα κριτήρια για το ίδιο το στάδιο. Η μετακίνηση του ατόμου στο επόμενο στάδιο γίνεται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται σημαντική βελτίωση στη ζωή του, βρίσκεται σε θετική συναισθηματική κατάσταση και δέχεται θετική συναισθηματική υποστήριξη και αναγνώριση (Scholl,2002).

5. Στάδιο διατήρησης

Το στάδιο της διατήρησης επικεντρώνεται στην αποφυγή της υποτροπής κάποιου που έχει ήδη πραγματοποιήσει αλλαγές στη συμπεριφορά του. Το άτομο είναι πεπεισμένο ότι θα διατηρήσει τη νέα επιθυμητή συμπεριφορά. Το στάδιο της διατήρησης εξακολουθεί να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Καθώς δεν πρόκειται για την απουσία της αλλαγής αλλά περισσότερο για την διατήρηση της. Στις εθιστικές συμπεριφορές το στάδιο αυτό μπορεί να κρατήσει από έξι μήνες μέχρι και κάποια χρόνια. Για κάποιες άλλες συμπεριφορές μπορεί να ισχύει για όλη τη διάρκεια της ζωής (Prochaska et DiClemente, 1992).

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν πως υπάρχει ένα ακόμη στάδιο, αυτό του τερματισμού. Το άτομο έχει μηδενική πιθανότητα να επιστρέψει σε συνήθειες του παρελθόντος, ενώ το χαρακτηριστικό της αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζεται στο μέγιστο βαθμό. Στο στάδιο αυτό καταλήγουν λίγα άτομα με συγκεκριμένα προβλήματα όπως αλκοολισμός. Η πλειοψηφία των ατόμων δεν καταφέρνει ποτέ να βρεθεί στο στάδιο αυτό, για αυτό και θεωρείται συχνά ότι δεν υπάρχει (Καρασούλη, 2006).

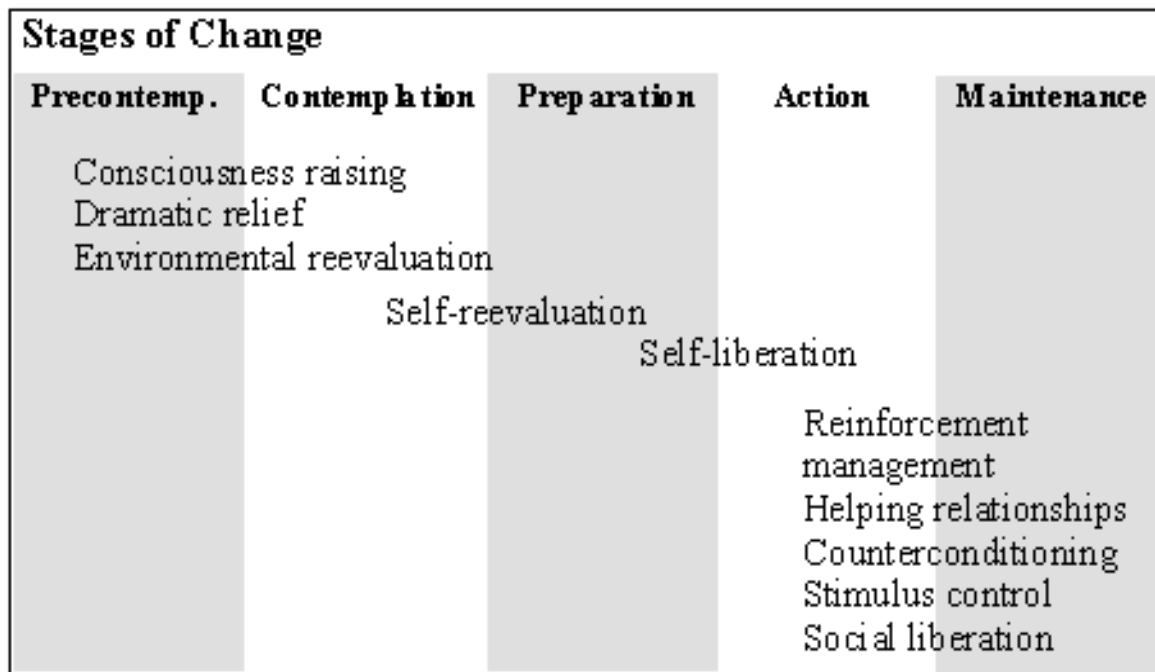
Όσον αφορά τον διαχωρισμό των ατόμων σε στάδια, υπάρχει το ανάλογο ερωτηματολόγιο με 5 διαφορετικές κλίμακες. Τα άτομα απαντούν σε κλειστές ερωτήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι». Αναλόγως τις απαντήσεις, γίνεται και η κατηγοριοποίηση. Οι ερωτήσεις καλύπτουν ένα εύρος θεμάτων όπως την τωρινή συμπεριφορά του ατόμου, τις μελλοντικές του προθέσεις και πιθανότατα αποτυχημένες προσπάθειες στο παρελθόν (Little, Girvin, 2002). Οι Prochaska et Velicer (1997) υποστηρίζουν πως υπάρχει ένας γενικότερος κανόνας στο διαχωρισμό των ατόμων σε κάθε στάδιο. Σε έρευνα που έκαναν σχετικά με 15 διαφορετικές συμπεριφορές υγείας, βρέθηκε πως το 40% του πληθυσμού ανήκει στο στάδιο του μη προβληματισμού, το 40% στο στάδιο του

προβληματισμού και το 20% στο στάδιο της προετοιμασίας. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως ο ασθενής αρχικά παρουσιάζεται αδιάφορος, απρόθυμος και μη ενημερωμένος για το πρόβλημα. Έπειτα αρχίζει να σκέφτεται το πρόβλημα και προετοιμάζει τον εαυτό του για την αλλαγή και τέλος εμφανίζεται αποφασισμένος να λάβει δράση. Το δυσκολότερο σημείο είναι να διατηρήσει τις αλλαγές που έχει κάνει και να μην υποχωρήσει σε προηγούμενες ανεπιθύμητες συμπεριφορές. Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει το άτομο, κατανοώντας πρώτα πως η αλλαγή έρχεται σταδιακά και βοηθώντας το να βιώσει ευκολότερα τις διαδικασίες αλλαγής που συμβαίνουν σε κάθε στάδιο.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΑΛΛΑΓΗΣ

Αποτελούν το δεύτερο συνθετικό μέρος του διαθεωρητικού μοντέλου και εμπεριέχουν όλες τις φανερές και κρυφές διαδικασίες που χρησιμοποιούν τα άτομα, προκειμένου να σημειώσουν πρόοδο κατά τη διέλευση τους από το ένα στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς στο άλλο. Οι διαδικασίες αλλαγής προσδιορίστηκαν από τον Prochaska (1979), ο οποίος διέκρινε 10 διαδικασίες αλλαγής και τις χώρισε σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι γνωστικές/συναισθηματικές και περιέχουν την συνειδητοποίηση, εκδραμάτωση, επανα-αξιολόγηση εαυτού, επανα-αξιολόγηση περιβάλλοντος, απελευθέρωση εαυτού. Η δεύτερη κατηγορία είναι οι συμπεριφορικές και περιλαμβάνουν την κοινωνική απελευθέρωση, δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών, έλεγχος ερεθισμάτων, διαχείριση ενισχύσεων και υποστηρικτικές σχέσεις.

Μελέτες έχουν δείξει πως κάποιες διαδικασίες αποδεικνύονται πιο ωφέλιμες σε συγκεκριμένα στάδια. Διαδικασίες όπως συνειδητοποίηση, εκδραμάτωση, επανα-αξιολόγηση εαυτού και περιβάλλοντος, χρησιμοποιούνται στα πρώτα στάδια αλλαγής συμπεριφοράς. Διαδικασίες όπως η έλεγχος ερεθισμάτων, διαχείριση ενισχύσεων, κοινωνική απελευθέρωση και υποστηρικτικές σχέσεις εμφανίζονται στα μετέπειτα στάδια αλλαγής όπως φαίνονται και στην παρακάτω εικόνα (Patten, 2002) (Velicer κ.α., 1998)



Συνειδητοποίηση

Είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο χρειάζεται να αυξήσει την επίγνωση του σχετικά με τις αρνητικές συνέπειες, τις αιτίες και τις πιθανές λύσεις της προβληματικής του συμπεριφοράς (Prochaska, 1992). Η συνειδητοποίηση έρχεται από την εύρεση και εκμάθηση νέων δεδομένων και πληροφοριών που υποστηρίζουν την αλλαγή (π.χ. ανάγνωση βιβλίων, παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων, συζήτηση με φίλους και ειδικούς).

Εκδραμάτση

Στην εκδραμάτση, το άτομο πρέπει να βιώσει και να εκφράσει τα συναισθήματα που σχετίζονται με την προβληματική συμπεριφορά (Patten, 2000). Διάφορα γεγονότα ζωής, όπως ο θάνατος ενός οικογενειακού μέλους ή ενός κοντινού φίλου, μπορούν να προκαλέσουν την συναισθηματική είσοδο του ατόμου στο στάδιο του μη-προβληματισμού. Αυτό συμβαίνει συχνά όταν ο θάνατος σχετίζεται με την προβληματική συμπεριφορά. Το άτομο πρέπει να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβος και άγχος. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την επικοινωνία με έναν φίλο, συγγενή ή σύμβουλο. Οι σύμβουλοι χρησιμοποιούν διάφορες τεχνικές για να παρακινήσουν κάποιον συναισθηματικά όπως ψυχοδράμα ή παιχνίδι ρόλων (Prochaska κ.α., 1992).

Επανα-αξιολόγηση εαυτού

Η επανα-αξιολόγηση είναι μια γνωστική και αποτελεσματική εκτίμηση της αυτοεικόνας του ατόμου με την προβληματική συμπεριφορά αλλά και χωρίς αυτή (Lenio, 2002). Αυτό σημαίνει πως τα άτομα εκτιμούν τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται και νιώθουν σχετικά με το πρόβλημα τους και έτσι αποκτούν καλύτερη επίγνωση των συναισθημάτων τους (Patten, 2000). Ο Patten υποστηρίζει πως η επανα-αξιολόγηση του εαυτού είναι πιο σημαντική όταν το άτομο περνάει από το στάδιο του προβληματισμού στο στάδιο της προετοιμασίας. Τότε συνειδητοποιεί ότι η αλλαγή της συμπεριφοράς είναι μέρος της ταυτότητας του ατόμου. Η διευκρίνιση της αξίας της αλλαγής και η προβολή σωστών προτύπων είναι τεχνικές που μπορεί να ακολουθήσει ένας σύμβουλος (Velicer κ.α., 1998).

Επανα-αξιολόγηση περιβάλλοντος

Στην επανα-αξιολόγηση περιβάλλοντος, το άτομο αξιολογεί το πώς η απουσία ή παρουσία της προβληματικής του συμπεριφοράς επηρεάζει το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του (Patten κ.α., 2000). Ο Prochaska και Velicer (1997) υποστηρίζουν πως με αυτό τον τρόπο, αποκτούμε συνείδηση για το αν οι ατομικές μας ενέργειες αποτελούν θετικό ή αρνητικό πρότυπο για τους γύρω μας. Στρατηγικές που χρησιμοποιούνται είναι η εκπαίδευση στην ικανότητα της ενσυναίσθησης, ντοκιμαντέρ και οικογενειακές παρεμβάσεις.

Απελευθέρωση εαυτού

Η πεποίθηση του ατόμου ότι μπορεί να αλλάξει και η σοβαρή δέσμευση του προς τη πορεία της αλλαγής. Το άτομο παραδέχεται την ευθύνη του προβλήματος του και αποφασίζει πως θα αλλάξει. Τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι η δημόσια παραδοχή του προβλήματος, τεχνικές λογοθεραπείας, τεχνικές ενίσχυσης της δέσμευσης και παρουσίαση πολλαπλών επιλογών (Prochaska και Velicer, 1997)

Κοινωνική απελευθέρωση

Είναι η ανάγκη για αύξηση των ευκαιριών και των εναλλακτικών σε μη προβληματικές συμπεριφορές της κοινωνίας (Patten, 2000). Με άλλα λόγια, πρόκειται για την αναζήτηση της κοινωνικής υποστήριξης προς τις κοινωνικές συμπεριφορές.

Δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών

Πρόκειται για την αντικατάσταση των προβληματικών συμπεριφορών με νέες, υγιείς συμπεριφορές. Οι τεχνικές που βοηθούν είναι η απευαισθητοποίηση,

χαλάρωση και θετικές δηλώσεις για την πορεία του ατόμου (Velicer,1998; Prochaska, 1992).

Έλεγχος ερεθισμάτων

Το άτομο πρέπει να αποβάλλει οποιοδήποτε ερέθισμα σχετίζεται με την προβληματική συμπεριφορά ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος επιστροφής σε αυτή. Η ανακατασκευή του περιβάλλοντος, οι ομάδες υποστήριξης και η αποφυγή ερεθισμάτων είναι ο καλύτερος τρόπος για να μην υποχωρήσει το άτομο σε περασμένες άσχημες συμπεριφορές (Prochaska, 1992).

Διαχείριση ενισχύσεων

Εδώ συναντάμε την αύξηση ενισχύσεων για την θετική αλλαγή της συμπεριφοράς και αντίθετα τη μείωση ενισχύσεων για την ανθυγιεινή συμπεριφορά. Στο σημείο αυτό, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η τιμωρία αλλά συνιστάται η χρήση ανταμοιβής ως θετική ενίσχυση (Velicer, 1998). Επίσης, βοηθάει και η αυτό-ανταμοιβή και η κρυφή και φανερή ενίσχυση (Prochaska, 1992).

Υποστηρικτικές σχέσεις

Το άτομο αναζητά ένα ισχυρό υποστηρικτικό περιβάλλον από την οικογένεια, τους φίλους και τους συνεργάτες του. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το κομμάτι παίζουν οι θεραπευτικές συνεργασίες, τα τηλεφωνήματα του συμβούλου για εκδήλωση ενδιαφέροντος και η συνολική κοινωνική υποστήριξη που δέχεται το άτομο όταν αποφασίζει πως θέλει να αλλάξει (Prochaska,1992)

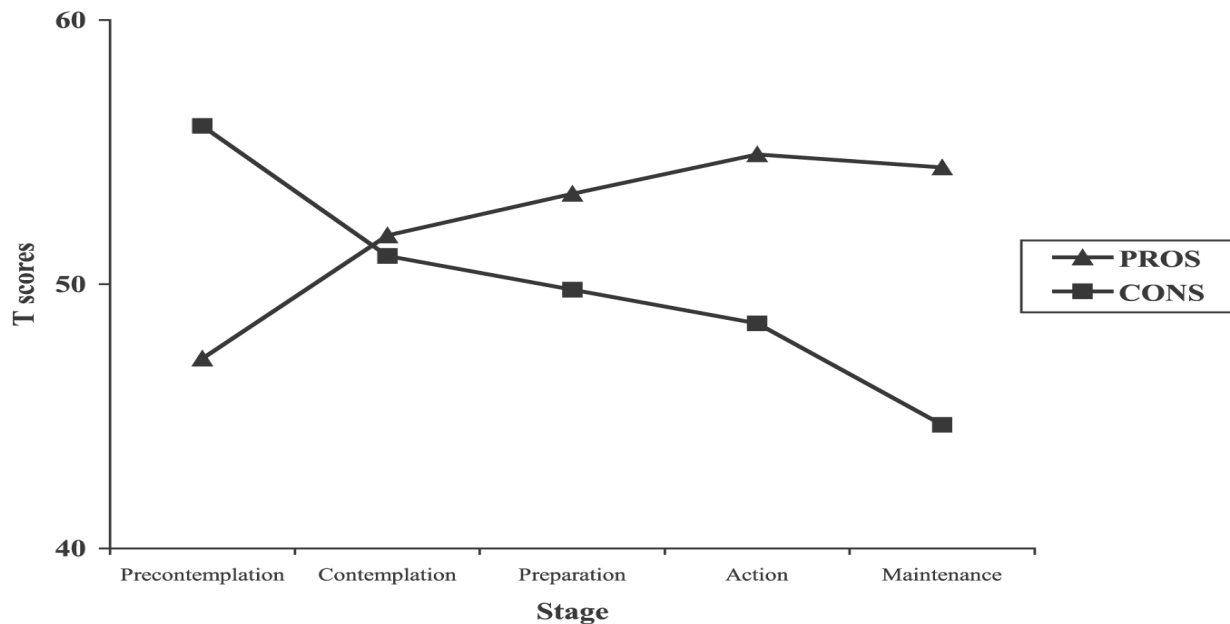
Οι διαδικασίες αλλαγής αρχικά αναγνωρίστηκαν σε θεωρητικό επίπεδο στα πλαίσια μιας συγκριτικής ανάλυσης των βασικότερων συστημάτων της ψυχοθεραπείας (Prochaska,1979). Επιλέχθηκαν, εξετάζοντας διαφορετικές τεχνικές αλλαγών από διαφορετικές θεωρίες και μέσα από απαντήσεις των υποκειμένων σε ερωτήσεις αυτοαναφοράς (O'Connell,1989).

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η απόφαση των ατόμων για την μετάβαση τους από το ένα στάδιο αλλαγής συμπεριφοράς στο επόμενο, βασίζεται κατά κύριο λόγο, στα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που θα προκύψουν από την επιθυμητή αλλαγή. Τα άτομα αξιολογούν την υπάρχουσα κατάσταση και ανάλογα επιλέγουν αν θα αλλάξουν ή όχι. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται ισορροπία απόφασης και προέρχεται από την θεωρία σύγκρουσης των Janis και Mann's (1977). Οι Janis και Mann's

υποστήριξαν πως υπάρχουν 8 διαφορετικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ισορροπία απόφασης. Ωστόσο, σε έρευνα που έγινε από τους Prochaska, Velicer, DiClemente και Brandenburg (1985), για την μέτρηση της ισορροπίας απόφασης κατά τη διακοπή του καπνίσματος, βρέθηκαν δυο σημαντικοί παράγοντες : τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα.

Η χρησιμότητα της ισορροπίας απόφασης φαίνεται να διαφοροποιείται από στάδιο σε στάδιο, σε όλη τη διάρκεια της αλλαγής. Τα πλεονεκτήματα από την υιοθέτηση μιας υγιούς συμπεριφοράς είναι λίγα στα πρώτα στάδια αλλαγής και αυξάνονται από την μετάπτωση από το ένα στάδιο στο επόμενο. Αντίθετα, στο στάδιο της δράσης και της διατήρησης, τα πλεονεκτήματα φαίνεται να υπερτερούν των μειονεκτημάτων (Prochaska et al, 1985, 1994). Ωστόσο, για την αλλαγή μή υγιών συμπεριφορών (πχ διακοπή καπνίσματος), στα τελευταία στάδια τόσο τα υπέρ όσο και τα κατά παρουσιάζουν μείωση, ενώ για την υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών (πχ υιοθέτηση φυσικής άσκησης), στα τελευταία στάδια τα υπέρ παραμένουν υψηλά. Οι δύο αυτές κλίμακες δείχνουν κάποιες από τις γνωστικές αλλαγές που είναι απαραίτητες για την μετακίνηση στα αρχικά στάδια της αλλαγής.



Σχήμα 1. Σχέση μεταξύ σταδίου αλλαγής και ισορροπίας απόφασης

ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Αποτελεί το τέταρτο συνθετικό του ΔΜ και προέρχεται από την κοινωνική γνωστική θεωρία του Bandura (1977). Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί την αντίληψη του ατόμου για τις ικανότητες του να δρα με συγκεκριμένες συμπεριφορές. Οι έρευνες του Bandura για την αυτοαποτελεσματικότητα βοήθησαν στην κατανόηση κάποιων συμπεριφορών όπως την ικανότητα του ατόμου να αλλάξει, την συμπεριφορική αντίδραση που δείχνει σε στρεσογόνες καταστάσεις και την επιμονή στην επιδίωξη των στόχων(καριέρας αλλά και γενικότερα)(Bandura,1982). Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί ιδιαίτερα κρίσιμη παράμετρο στην έναρξη απόκτησης δεξιοτήτων, γεγονός που διαπιστώνεται τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες (Καρασούλη, 2006).

Σύμφωνα με τον Bandura, η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Καθώς το άτομο ξεκινάει να ασκεί έλεγχο στο περιβάλλον του, άλλες δυνάμεις ενεργούν από κοινού με την αυτοαποτελεσματικότητα, με σκοπό να επηρεάσουν τη συμπεριφορά. Οι διαδικασίες που ενεργοποιούν την αυτοπεποίθηση περιλαμβάνουν τις γνωστικές διαδικασίες (δημιουργία στόχων και επίλυση προβλημάτων) τη δημιουργία κινήτρων, τη δημιουργία επιρροών και τις επιλογές (αυτές που γίνονται σε σχέση με το περιβάλλον). Έτσι, τα άτομα με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα προσεγγίζουν μια κατάσταση ως πρόκληση και όχι ως απειλή, επιμένουν όταν οι προσπάθειες τους αποτυγχάνουν, ελέγχουν πιθανούς παράγοντες στρες και διατηρούν τις δεσμεύσεις για την εκπλήρωση των στόχων τους. Τα άτομα αυτά είναι πιθανότερο να διατηρήσουν μια αλλαγή καθώς εκλαμβάνουν τα εμπόδια ως πρόκληση που πρέπει να υπερνικηθεί (Rimal, 2000).

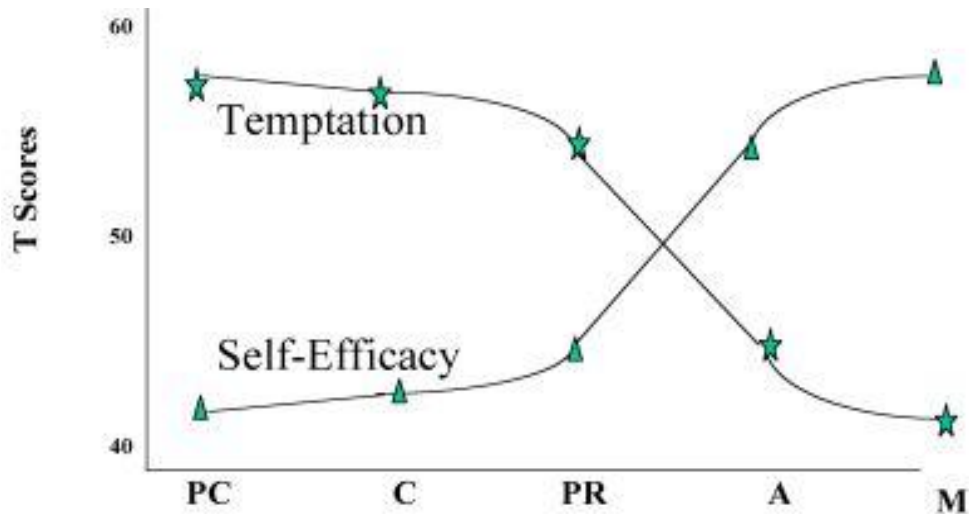
Κατά τον Bandura (1977) κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά ακολουθεί αντίστοιχες αλλαγές που συμβαίνουν πρώτα στην αυτοαποτελεσματικότητα. «κανένας μηχανισμός διαμόρφωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς δεν είναι τόσο σημαντικός όσο οι πεποιθήσεις των ατόμων για τις ικανότητές τους να ελέγχουν τα γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή τους» (Bandura,1986). Επίσης, θεωρεί πως οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας είναι ειδικές και όχι γενικές κατασκευές και ποικίλουν ως προς δυο διαστάσεις : την ισχύ που αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι κατέχει μια ικανότητα και τη γενικότητα δηλαδή τα πιστεύω του ατόμου για συγκεκριμένες καταστάσεις και ικανότητες.

Στη διαθεωρητική προσέγγιση, η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με την εμπιστοσύνη που έχει το άτομο στον εαυτό του ως προς την αντιμετώπιση

γεγονότων που έχουν υψηλό ρίσκο υποχώρησης στη προβληματική συμπεριφορά (Fallon & Hausenblas, 2004). Η αυτοαποτελεσματικότητα θεωρείται σημαντική ώστε τα άτομα να περάσουν σε υψηλότερα στάδια αλλαγής. (Kraft, Sutton, & Reynolds, 1999). Μια μικρή βελτίωση στην αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου είναι αρκετή για να ξεκινήσει η αλλαγή.

ΠΕΙΡΑΣΜΟΣ

Ο πειρασμός αποτελεί το πέμπτο συνθετικό μέρος του διαθεωρητικού μοντέλου και αναφέρεται στην ελκυστική κατάσταση, στην οποία ενδέχεται να υποπέσουν τα άτομα, στην προσπάθεια τους για αλλαγή συμπεριφοράς και υιοθέτηση υγιεινότερων συνηθειών. Ο πειρασμός μειώνεται κατά την μετάβαση από το ένα στάδιο αλλαγής στο άλλο, ωστόσο ακόμη και στο στάδιο διατήρησης είναι ακόμη παρών και μπορεί να οδηγήσει στην υποτροπή. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι πειρασμού προέρχονται από καταστάσεις με αρνητική επίδραση στο άτομο, συναισθηματική δυστυχία και απωθημένα (Prochaska et Velicer, 1997). Ο πειρασμός φαίνεται να κυριαρχεί στα πρώτα στάδια της αλλαγής ενώ μειώνεται αισθητά στα τελευταία. Στο στάδιο της δράσης είναι ισότιμο με την αυτοαποτελεσματικότητα (Fallon & Hausenblas, 2004; Patten et al, 2000). Η δομή των εργαλείων μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας και του πειρασμού παρουσιάζει τρεις παράγοντες που αντιπροσωπεύουν τους πιο κοινούς τύπους δύσκολων καταστάσεων: α) αρνητικό συναίσθημα ή συναισθηματική ένταση, β) θετικές κοινωνικές περιστάσεις, και γ) έντονη επιθυμία (cravings). Τα εργαλεία (κλίμακες) μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας/πειρασμού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στην ανίχνευση αλλαγών στις μετακινήσεις των τελευταίων σταδίων και προβλέπουν αποτελεσματικά τις υποτροπές.



Σχήμα 3. Σχέση μεταξύ σταδίων αλλαγής και αυτοαποτελεσματικότητας και πειρασμού

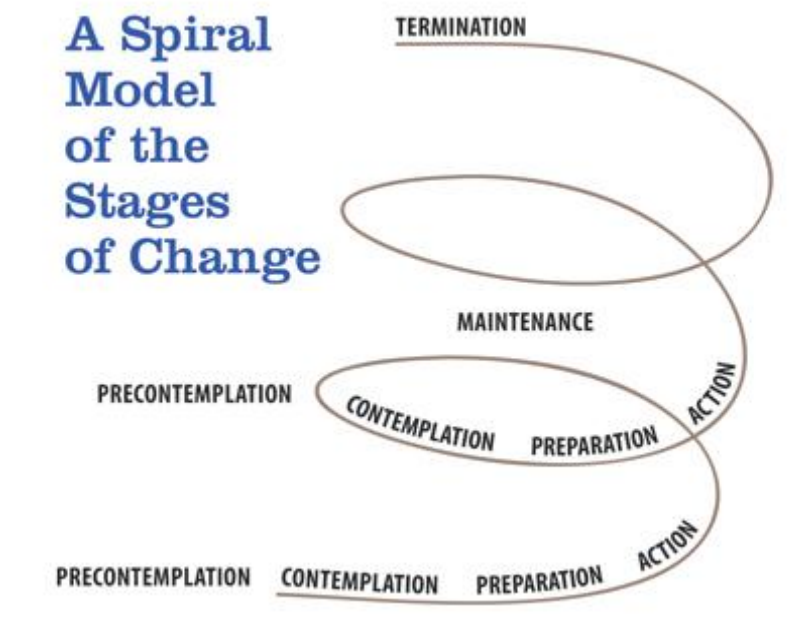
Μέσα από όλα αυτά συμπεραίνουμε ότι το μοντέλο των σταδίων αλλαγής χρησιμεύει στο να επιλέγουμε τις σωστές παρεμβάσεις για τον κάθε ασθενή. Αναγνωρίζοντας τη θέση του ατόμου στη διαδικασία της αλλαγής, ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να εξατομικεύσει την παρέμβαση. Έτσι, ο στόχος δεν είναι να πεισθεί ο ασθενής να αλλάξει συμπεριφορά αλλά να προχωρήσει στα επόμενα στάδια αλλαγής. Το μοντέλο αλλαγής μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία σε κάθε ασθενή αν ο ψυχοθεραπευτής παρέχει σωστές συμβουλές. Αφιερώνοντας λίγο χρόνο στο να ακούσει τον ασθενή και έπειτα τοποθετώντας στο σωστό στάδιο αλλαγής, μπορεί να βελτιώσει κατά πολύ την επικοινωνία και το τελικό αποτέλεσμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Κυκλική διαδοχή σταδίων αλλαγής

Όπως έγινε γνωστό και στο προηγούμενο κεφάλαιο, δεν καταφέρνουν όλοι οι άνθρωποι να διατηρήσουν τη νέα υγιή συμπεριφορά τους και να συνεχίσουν να δέχονται τα οφέλη από αυτή. Για παράδειγμα, όσον αφορά το κάπνισμα, έρευνες έδειξαν πως οι καπνιστές προσπαθούν κατά μέσο όρο 3 με 4 φορές πριν καταφέρουν να το διακόψουν οριστικά (Schachter, 1982). Η υποχώρηση και η ανακύκλωση των σταδίων συμβαίνει πολύ συχνά σε άτομα που προσπαθούν να αλλάξουν εθιστικές συμπεριφορές.

Επειδή η υποχώρηση είναι περισσότερο ο κανόνας και όχι η εξαίρεση, οι Prochaska και DiClemente (1992) τροποποίησαν την αρχική τους θεωρία. Αρχικά θεώρησαν πως η αλλαγή είναι μια γραμμική μετάβαση μεταξύ των σταδίων. Τα άτομα έπρεπε να προχωρούν διακριτικά από το ένα στάδιο αλλαγής στο επόμενο. Η γραμμική αυτή διαδικασία είναι ένα πιθανό φαινόμενο αλλά εξαιρετικά σπάνιο στις εθιστικές συμπεριφορές. Στο επόμενο διάγραμμα φαίνεται πως τα άτομα πραγματικά προχωρούν στα στάδια αλλαγής.



Στην κυκλική ακολουθία που παρουσιάζεται, τα άτομα προχωρούν από το στάδιο του προβληματισμού στο στάδιο της προετοιμασίας. Αφού ολοκληρώσουν το στάδιο της δράσης, φτάνουν στο στάδιο της συντήρησης όπου και οι περισσότεροι υποχωρούν (Prochaska & DiClemente, 1992). Κατά την υποχώρηση, τα άτομα παλινδρομούν σε προηγούμενο στάδιο. Κάποια άτομα νιώθουν ντροπή, αμηχανία και ενοχές. Έτσι, εμφανίζουν πεσμένο ηθικό και αντίσταση όταν σκέφτονται να προσπαθήσουν ξανά. Το αποτέλεσμα είναι να επιστρέψουν στο στάδιο του μη προβληματισμού και να παραμείνουν εκεί για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην έρευνα των Prochaska και DiClemente (1986) για την διακοπή του καπνίσματος, σχεδόν το 15% των υποκειμένων που υποχώρησαν, επέστρεψαν στο πρώτο στάδιο.

Ευτυχώς, η έρευνα έδειξε πως η πλειοψηφία όσων υποχωρούν (85% στους καπνιστές) αναβιώνουν το στάδιο του προβληματισμού και της προετοιμασίας (Prochaska, 1984). Αρχίζουν να σκέφτονται την επόμενη προσπάθεια που θα μπορούσαν να κάνουν ενώ προσπαθούν να μάθουν από τις πρόσφατες αποτυχημένες προσπάθειες τους. Το κυκλικό μοντέλο των σταδίων αλλαγής υποστηρίζει πως τα άτομα στις αποτυχημένες προσπάθειες τους, δεν περιστρέφονται αδιάκοπα από στάδιο σε στάδιο αλλά ούτε και επιστρέφουν στο πρώτο στάδιο από όπου άρχισαν. Αντίθετα, κάθε φορά που υποχωρούν σε προηγούμενο στάδιο, μαθαίνουν από τα λάθη τους ώστε να δοκιμάσουν μια νέα προσέγγιση την επόμενη φορά (DiClemente et al, 1991). Κάθε στάδιο αντιπροσωπεύει ένα χρονικό διάστημα και ένα σύνολο εργασιών που πρέπει να επιτευχθούν ώστε το άτομο να προχωρήσει στο επόμενο στάδιο.

Σωστή αξιολόγηση ατόμων στα στάδια

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά σχεδιάζουν εξαιρετικά προγράμματα υποστήριξης και θεραπείες που έχουν ως βάση το στάδιο δράσης. Όμως συχνά απογοητεύονται όταν ένα μικρό ποσοστό των ατόμων με εθιστική συμπεριφορά εγγράφονται στα προγράμματα αυτά ή όταν ένας μεγάλος αριθμός υποκειμένων εγκαταλείπει το πρόγραμμα λίαν συντόμως μετά την έναρξη. Σε έρευνα που έγινε από μεγάλο οργανισμό υγείας (HMO) πάνω από το 70% των καπνιστών υποστήριξε ότι θα λάμβανε μέρος σε πρόγραμμα υποστήριξης αν του δινόταν η ευκαιρία (Orleans et al, 1988). Ένα προσεκτικά σχεδιασμένο με βάση το στάδιο της δράσης πρόγραμμα δημιουργήθηκε και διαφημίστηκε. Τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Μόνο το 4% δήλωσε συμμετοχή στο πρόγραμμα. Αυτό συμβαίνει διότι η πλειοψηφία

των εθισμένων ατόμων δεν βρίσκεται στο στάδιο της δράσης. Έρευνες έδειξαν ότι το 10-15% των καπνιστών είναι έτοιμοι για δράση, το 30-40% βρίσκεται στο στάδιο του προβληματισμού και το 50-60 % βρίσκεται στο στάδιο του μη προβληματισμού. Αν υποθέσουμε ότι αυτά τα δεδομένα ισχύουν και για άλλους πληθυσμούς και κατηγορίες προβλημάτων, τότε οι ψυχοθεραπευτές που χρησιμοποιούν προσεγγίσεις και προγράμματα που βασίζονται μόνο στο στάδιο της δράσης, τότε πιθανότατα να μην εξυπηρετούν σωστά και αποτελεσματικά τα άτομα που επιβλέπουν (Abrams, Follick & Biener, 1988; Pallomen, Fava, Salonen & Prochaska, 1993). Η σωστή αξιολόγηση κατά την διάρκεια της συνέντευξης αντιστοιχεί στη σωστή θεραπεία και αντιμετώπιση.

Το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκεται το άτομο μας παρέχει απαραίτητες πληροφορίες για την θεραπεία που θα επιλεχθεί. Η θεραπείες που έχουν γνώμονα το στάδιο της δράσης μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματικές με τα άτομα που βρίσκονται στα στάδια της προετοιμασίας και της δράσης. Τα ίδια προγράμματα όμως μπορεί να είναι αναποτελεσματικά στο στάδιο του μη προβληματισμού. Σε ένα πρόγραμμα που είχε ως βάση την εντατική δράση και διατήρηση, σε καπνιστές με καρδιακά προβλήματα, τα αποτελέσματα ήταν επιτυχή σε όσους βρισκόταν στο στάδιο της δράσης. Ωστόσο, το πρόγραμμα απέτυχε σε όσους βρισκόταν στο στάδιο του μη προβληματισμού. Οι ασθενείς δέχθηκαν προσωπική συμβουλευτική κατά την διάρκεια νοσηλείας τους στο νοσοκομείο και έπειτα είχαν τηλεφωνική επικοινωνία με τον σύμβουλο για έξη μήνες. Οι ασθενείς που βρισκόταν στο στάδιο της δράσης κατά την έναρξη του προγράμματος, δεν κάπνισαν για έξη μήνες (ποσοστό επιτυχίας 94%). Για τους ασθενείς που βρισκόταν στο στάδιο του μη προβληματισμού, η θεραπεία δεν είχε μεγάλη επίδραση (Ockene, Ockene & Kristellar, 1988). Είναι ξεκάθαρο λοιπόν, πως το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής πριν την έναρξη της θεραπείας, είναι καθοριστικό για την διαμόρφωση και την επιλογή των τεχνικών υποστήριξης που θα ακολουθήσει ο θεραπευτής.

Διαδικασίες αλλαγής κατά την ψυχοθεραπεία

Οι διαδικασίες αλλαγής αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της θεραπείας. Η μέτρηση των σταδίων αλλαγής, των διαδικασιών και της ισορροπίας απόφασης μας επιτρέπει να προβλέψουμε με 93% επιτυχία ποιοι ασθενείς θα εγκαταλείψουν πρώιμα την ψυχοθεραπεία (Medieros & Prochaska, 1992).

Τα αποτελέσματα της ψυχοθεραπείας θα μπορούσαν να ενισχυθούν αν υπήρχε η ενσωμάτωση της διορατικότητας, οι ισχυρές τεχνικές του συμπεριφορισμού, οι

πειραματικές μέθοδοι των γνωστικών θεραπειών και η απελευθερωτική φιλοσοφία του υπαρξισμού (Prochaska & DiClemente, 1992). Αν και κάποιοι ψυχοθεραπευτές επιμένουν πως μια τέτοια ενσωμάτωση είναι θεωρητικά απίθανη, τα άτομα διαψεύδουν αυτή την υποστήριξη καθώς βρίσκουν τρόπους αλλαγής που στηρίζονται σε τεχνικές διαφόρων θεωριών. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να εξηγηθεί πως οι διαδικασίες αλλαγής επηρεάζουν το άτομο στο κάθε στάδιο, ώστε ο ψυχοθεραπευτής να γνωρίζει ποιες διαδικασίες πρέπει να αποφευχθούν ή να εφαρμοστούν σε κάθε στάδιο αλλαγής.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο στάδιο (μη προβληματισμού) τα άτομα χρησιμοποιούν 8 από τις δέκα κύριες διαδικασίες πολύ λιγότερο από ότι στα άλλα στάδια. Κατέχουν λιγότερες πληροφορίες για τα προβλήματα τους, αφιερώνουν λιγότερο χρόνο και ενέργεια στο να αξιολογούν τον εαυτό τους και βιώνουν μικρές συναισθηματικές αντιδράσεις στις αρνητικές πλευρές των προβλημάτων τους. Επιπλέον, είναι λιγότερο ανοιχτοί στο να συζητήσουν τα προβλήματα τους με άλλους και δεν αναλαμβάνουν δράση ώστε να αλλάξουν το περιβάλλον ή τη συμπεριφορά τους. Στην ψυχοθεραπεία εμφανίζονται ως οι λιγότερο ενεργητικοί ασθενείς ή αυτοί με την περισσότερη αντίσταση (Prochaska et DiClemente, 1992).

Τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του προβληματισμού είναι πιο ανοιχτά σε τεχνικές βελτίωσης της συνειδητοποίησης όπως η παρατήρηση, αντιμετώπιση κατά πρόσωπο και η ερμηνεία, και είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσουν βιβλία ή φυλλάδια για να ενημερωθούν (Prochaska et DiClemente, 1984). Τα άτομα επίσης βιώνουν ευκολότερα εμπειρίες εκδραμάτησης έτσι έχουμε μείωση των μειονεκτημάτων από την επερχόμενη αλλαγή. Ως άτομα αποκτούν μεγαλύτερη επίγνωση του εαυτού τους και της φύσης των προβλημάτων τους και επαναξιολογούν τις αξίες, τα προβλήματα και τον εαυτό τους αποτελεσματικότερα. Ένα σημαντικό βήμα στο στάδιο αυτό είναι πως τα άτομα αναρωτούνται κατά πόσο και πως το πρόβλημα τους επηρεάζει το περιβάλλον τους. Η συχνότερη ερώτηση που θέτουν στον εαυτό τους είναι «πως νιώθω ζώντας σε ένα περιβάλλον το οποίο θέτει την οικογένεια μου σε κίνδυνο ασθένειας ή οικονομικής μετάπτωσης;»(Prochaska et DiClemente, 1984).

Όταν τα άτομα περνάνε στο στάδιο της προετοιμασίας αρχίζουν να εμφανίζουν σημάδια ενεργοποίησης. Χρησιμοποιούν την διαδικασία της δημιουργίας ανταγωνιστικών συμπεριφορών και τον έλεγχο των ερεθισμάτων για να μειώσουν την εμφάνιση της προβληματικής συμπεριφοράς και να αποφύγουν καταστάσεις που δεν μπορούν να διαχειριστούν.

Κατά την διάρκεια της δράσης, τα άτομα εισέρχονται σε υψηλότερα επίπεδα αυτό-απελευθέρωσης και δύναμης θέλησης. Σταδιακά πιστεύουν πως έχουν την δύναμη και την αυτονομία να αλλάξουν. Στο στάδιο αυτό υπάρχει αποτελεσματικότερη χρήση των συμπεριφορικών διαδικασιών όπως δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών και έλεγχο ερεθισμάτων με σκοπό πλέον να αλλάξουν τα ερεθίσματα στάδιο αγχωτικό αλλά πλέον τα άτομα βασίζονται στην υποστήριξη και κατανόηση των υποστηρικτικών σχέσεων που έχουν δημιουργήσει.

Όσο σημαντική είναι η προετοιμασία για το στάδιο της δράσης, άλλο τόσο σημαντική είναι και η προετοιμασία για το στάδιο της διατήρησης. Η επιτυχημένη διατήρηση στηρίζεται σε όλες τις διαδικασίες που χρησιμοποιήθηκαν προηγουμένως. Το άτομο νιώθει πλέον πως «γίνεται ο άνθρωπος που ήθελε να γίνει»

Ενσωματωμένες τεχνικές διαφόρων θεωριών στην πράξη

Το μοντέλο σταδίων αλλαγής ενσωματώνει αρκετές τεχνικές διαφόρων θεωριών όχι μόνο σε θεωρητικό πλαίσιο αλλά και σε πρακτικό. Το μοντέλο «των πεποιθήσεων υγείας», το μοντέλο του «κέντρου ελέγχου», η «συνέντευξη παρώθησης» και συμπεριφοριστικές θεωρίες ενσωματώνονται σε ένα κοινό θεραπευτικό πλαίσιο με κοινό στόχο την μετάβαση του ατόμου από το ένα στάδιο στο άλλο.

Το «μοντέλο πεποιθήσεων υγείας» έχει αναπτυχθεί από τον Becker το 1974 και έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα έκτοτε. Ο αρχικός σκοπός του μοντέλου ήταν να απαντήσει στο γιατί τα άτομα κινητοποιούνται δύσκολα στην ανάληψη δράσης για την πρόληψη μιας ασθένειας ή άλλου προβλήματος υγείας. Επίσης έχει χρησιμοποιηθεί για να ερμηνεύσει τις διατομικές διαφορές στην αντίληψη των συμπτωμάτων καθώς και στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, εκείνο που άμεσα επιδρά στην απόφαση του ατόμου να ακολουθήσει μια συμπεριφορά (π.χ. να τηρήσει μια οδηγία, να υιοθετήσει μια υγιεινή συμπεριφορά, να ζητήσει ιατρική βοήθεια) είναι η απειλή της ασθένειας καθώς και τα οφέλη από μια πράξη να είναι περισσότερα ή σημαντικότερα από το κόστος ή των εμποδίων (Καραδήμας, 2005)

Η αντίληψη της απειλής αναπαριστά τις πεποιθήσεις του ατόμου για το πόσο ευάλωτο είναι αλλά και την αντίληψη για το πόσο σοβαρή είναι η κατάσταση. Μεγάλη ευπάθεια σε μια κατάσταση σημαίνει μεγάλου βαθμού απειλή. Η σοβαρότητα ορίζεται ως η πιθανότητα να πρόκλησης πόνου, δυσφορίας, αναπηρίας και θανάτου. Το μοντέλο δεν προσδιορίζει αν η σχέση μεταξύ ευπάθειας και σοβαρότητας είναι προσθετική ή πολλαπλασιαστική. Επίσης, κατά το μοντέλο θα πρέπει να υπάρχουν και κάποια ερεθίσματα για δράση, εσωτερικά (σύμπτωμα, πόνος, φόβος) και εξωτερικά (προγράμματα πρόληψης, σύσταση γιατρού). Στόχος του μοντέλου είναι να κατανοήσει σε ποια συναισθηματική κατάσταση βρίσκεται το άτομο και να το ενημερώσει για τους ενδεχόμενους κινδύνους. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιείται περισσότερο στα πρώτα στάδια αλλαγής, του μη προβληματισμού και του προβληματισμού (Καραδήμας, 2005).

Το μοντέλο του «κέντρου ελέγχου» αναπτύχθηκε από τον Rotter το 1954 και αναφέρεται στις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα για τον έλεγχο των καταστάσεων και των γεγονότων που βιώνουν. Το κέντρο ελέγχου μπορεί να είναι εσωτερικό, δηλαδή τα άτομα να πιστεύουν πως ελέγχουν τις καταστάσεις της ζωής τους ή να είναι εξωτερικό, δηλαδή να θεωρούν πως οι αποφάσεις τους και οι πράξεις τους επηρεάζονται άμεσα από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Άτομα με υψηλό κέντρο ελέγχου θεωρούν πως οι πράξεις τους βασίζονται σε δικές τους αποφάσεις και ικανότητες. Για αυτό έχουν και μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Άτομα με χαμηλό εξωτερικό κέντρο ελέγχου, τείνουν να κατηγορούν άλλους για τα γεγονότα που βιώνουν και δεν έχουν καλό ποσοστό επιτυχίας (Judge, 1996). Το μοντέλο του κέντρου ελέγχου χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο από τον ψυχοθεραπευτή στο πρώτο στάδιο της διαθεωρητικής προσέγγισης, προσπαθώντας να καθορίσει τις αντιλήψεις του υποκειμένου και τα μελλοντικά αποτελέσματα. Θεωρείται πως βοηθάει στην κατηγοριοποίηση του ατόμου σε ένα από τα στάδια αλλαγής.

Η συνέντευξη παρώθησης αποτελεί ένα πλαίσιο παρέμβασης από τους Miller και Rollnick με στόχο την κινητοποίηση του ατόμου στην υιοθέτηση και διατήρηση ωφέλιμων συμπεριφορών υγείας. Περιγράφεται ως ένας ειδικός τρόπος προσφοράς βοήθειας στο άτομο, προκειμένου να αναγνωρίσει και να ενεργήσει σχετικά με τα τρέχοντα ή πιθανά προβλήματα. Το μοντέλο έχει γνωσιακή- συμπεριφοριστική κατεύθυνση και βασίζεται στην υπόθεση ότι η παρώθηση είναι μια συμπεριφορά παρά ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Συνιστάται σε δυο εξίσου

σημαντικές φάσεις : η πρώτη αφορά στη δόμηση της θεραπευτικής σχέσης και της αμοιβαίας μεταξύ ειδικού και ασθενούς δέσμευσης. Η δεύτερη αφορά την επίτευξη της αλλαγής μέσω της ανάλυσης κινήτρων, της λήψης αποφάσεων και της διευκόλυνσης της αλλαγής. Η συνέντευξη παρώθησης δομείται γύρω από πέντε αρχές (Miller & Rollnick, 2002):

1. Έκφραση ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με την αρχή της ενσυναίσθησης, η αποδοχή και η κατανόηση διευκολύνει την αλλαγή. Η προσεκτική ακρόαση παίζει κύριο λόγο και η έκφραση αμφιθυμικών συναισθημάτων θεωρείται φυσιολογική. (η αρχή αξιοποιεί τις βασικές αρχές του Carl Rogers).
2. Ανάπτυξη αντιφάσεων. Η στρατηγική αυτή φωτίζει την αντίθεση μεταξύ παρούσας κατάστασης και επιθυμητής. Περιλαμβάνει συζήτηση των συνεπειών μιας συμπεριφοράς και αναγνώριση της βαρύτητας τους. Η συζήτηση των πιθανών διαφορών μεταξύ παρούσας κατάστασης και επιθυμητής συμπεριφοράς, καθοδηγεί τον πελάτη προς την αλλαγή με τρόπο ήρεμο και κάνοντας χρήση της λογικής (Καραδήμας, 2005).
3. Αποφυγή των διαφωνιών. Οι διαφωνίες θεωρούνται μη-παραγωγικές, καθώς η «ετικετο-ποίηση» και η κριτική προκαλούν αμυντική στάση. Η ανάπτυξη αντίστασης θεωρείται ένδειξη για αλλαγή στρατηγικής που χρησιμοποιεί ο ειδικός.
4. Συνεργασία. Οι νέες αντιλήψεις είναι καλοδεχούμενες αλλά δεν επιβάλλονται από τον ειδικό. Η συνεργασία αποτελεί τον παράγοντα κλειδί και οι λύσεις προκύπτουν μετά από συνεργασία και αμοιβαία συμφωνία.
5. Ενίσχυση των προσδοκιών της αυτοαποτελεσματικότητας. Η ελπίδα αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο. Υπάρχει πάντα η ελπίδα μέσα στο εύρος των πιθανών λύσεων και οι μικρές επιτυχίες ενισχύουν την αίσθηση επάρκειας του ατόμου.

Ένας σημαντικός ρόλος του ειδικού σε αυτή την περίπτωση, είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν ότι μπορούν να ασκήσουν έλεγχο στη ζωή τους. Η συζήτηση των εναλλακτικών μπορεί να λάβει τη μορφή «καταιγισμού σκέψεων» χωρίς να γίνεται επικριτική προς το άτομο. Αφού αναγνωριστεί το εύρος των διαθέσιμων εναλλακτικών, τότε οι επιλογές περιορίζονται στις πιο βιώσιμες.

Ορισμένες ενδεικτικές ερωτήσεις που μπορεί να θέσει παρωθητικά ο ειδικός, είναι οι ακόλουθες: « από ότι έχουμε συζητήσει μέχρι στιγμής, τι πιστεύετε ότι συμβάλει περισσότερο στην κατάσταση της υγείας σας;», «από όσα έχουμε πει, σκέφτομαι ότι η διατροφή επιβαρύνει την κατάσταση. Ίσως να έχετε σκεφτεί για την πιθανή επίδραση της», «πως μπορώ να κάνω κάτι για να σας βοηθήσω να επιτύχετε τον στόχο σας;» .

Η συνέντευξη παρώθησης χρησιμοποιείται κυρίως στα πρώτα στάδια της αλλαγής, για να αυξήσει την επίγνωση του ασθενή σε θέματα που αφορούν την προβληματική του συμπεριφορά, τις συνέπειες που βιώνει και το ρίσκο που παίρνει συνεχίζοντας τη συμπεριφορά. Η στρατηγική αναζητά να βοηθήσει το άτομο να οραματιστεί ένα μέλλον όπου η προβληματική συμπεριφορά δεν θα υπάρχει και τα οφέλη θα αποτελούν πλέον μέρος της πραγματικότητας. Για να το καταφέρει αυτό, δίνει μεγάλη βαρύτητα στην αναζήτηση κινήτρων που θα βοηθήσουν στην απόφαση για αλλαγή.

Ο σύμβουλος κατά την συνέντευξη παρώθησης δεν παρέχει άμεσα όλες τις απαντήσεις και δεν γενικεύει όλες τις λύσεις. Με αυτό τον τρόπο, δεν δίνει την ευκαιρία στο άτομο να βρει ελαττώματα και λάθη στη στρατηγική. Αντίθετα , συμπεριλαμβάνει ενεργά το άτομο στη διαδικασία και θεωρεί πως είναι ικανό και αυτόνομο να βρει τις λύσεις που αναζητά. Η εύρεση λύσης και η απόφαση για αλλαγή είναι προσωπική υπόθεση και ο θεραπευτής δεν επιβάλλει ποτέ τις απόψεις του στον πελάτη (Miller & Rollnick, 2002).

Η διαθεωρητική προσέγγιση ενσωματώνει επίσης τεχνικές από γνωστικά συμπεριφοριστικά μοντέλα που θα αναλυθούν παρακάτω.

Για να μπορέσει ο θεραπευτής να βοηθήσει το άτομο, στην αλλαγή συμπεριφοράς, θα πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τον τρόπο που υπόκειται το κάθε άτομο στις διαδικασίες αλλαγής. Στο επόμενο παράδειγμα, αναφέρονται οι πιθανές απαντήσεις ενός καπνιστή και ο τρόπος που βιώνει την κάθε διαδικασία (Velicer & Prochaska, 1998):

1. Συνειδητοποίηση: «θυμάμαι πληροφορίες που μου έδωσαν οι φίλοι μου για το πώς να σταματήσω το κάπνισμα»
2. Εκδραμάτηση: «αντιδρώ συναισθηματικά σε προειδοποιήσεις για την διακοπή καπνίσματος»

3. Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος: «σκέφτομαι την πιθανότητα το κάπνισμα να είναι βλαβερό για το περιβάλλον μου»
4. Κοινωνική απελευθέρωση: « θεωρώ πως η κοινωνία αλλάζει με τρόπο που βοηθάει όσους δεν καπνίζουν»
5. Επαναξιολόγηση του εαυτού: «η εξάρτηση μου με κάνει να νιώθω απογοητευμένος από τον εαυτό μου»
6. Έλεγχος ερεθισμάτων: «απομακρύνω πράγματα από το σπίτι μου που μου θυμίζουν το κάπνισμα»
7. Υποστηρικτικές σχέσεις: «έχω κάποιον να με ακούει όταν θέλω να μιλήσω για το κάπνισμα»
8. Δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών: «βρίσκω πως το να απασχολώ τα χέρια μου με άλλα πράγματα, είναι σωστό υποκατάστατο του καπνίσματος»
9. Διαχείριση ενισχύσεων: « ανταμείβω τον εαυτό μου όταν δεν καπνίζω»
10. Αυτοαπελευθέρωση: «δεσμεύομαι να μην καπνίσω».

Πίνακας 1. Διαδικασίες αλλαγής με εναλλακτικές ονομασίες και παραδείγματα

Διαδικασία	Παράδειγμα ερωτήσεων από τη διακοπή καπνίσματος
A. Βιοματικές διαδικασίες	
Συνειδητοποίηση (ενίσχυση επίγνωσης)	Θυμάμαι πληροφορίες που μου έδωσαν για το πώς να κόψω το κάπνισμα
Εκδραμάτιση (συναισθηματική διέγερση)	Αντιδρώ συναισθηματικά σε προειδοποιήσεις σχετικά με το κάπνισμα
Επανα-αξιολόγηση περιβάλλοντος (κοινωνική επανεκτίμηση)	Σκέφτομαι την άποψη ότι το κάπνισμα μπορεί να είναι επιβλαβές για το περιβάλλον
Κοινωνική απελευθέρωση (περιβαλλοντικές ευκαιρίες)	Βρίσκω την κοινωνία να αλλάζει και να γίνεται περισσότερο φιλική προς τους καπνιστές
Επανα-αξιολόγηση εαυτού (επανεκτίμηση εαυτού)	Η εξάρτησή μου από το τσιγάρο με κάνει να νιώθω απογοήτευση για τον εαυτό μου
B. Συμπεριφορικές διαδικασίες	
Έλεγχος ερεθισμάτων (επανασχεδιασμός)	Αφαιρώ από το σπίτι μου αντικείμενα που μου θυμίζουν το κάπνισμα
Βοηθητικές σχέσεις (υποστήριξη)	Έχω κάποιον που με ακούει όταν θέλω να μιλήσω για το κάπνισμά μου
Αντικατάσταση συνδέσεων (αντικατάσταση)	Βρίσκω ότι το να απασχολώ αλλιώς τα χέρια μου είναι ένα καλό υποκατάστατο του καπνίσματος

Διαχείριση ενισχύσεων (ανταμοιβή)	Ανταμείβω τον εαυτό μου όταν δεν καπνίζω
Απελευθέρωση εαυτού (δέσμευση)	Δεσμεύομαι να μην καπνίσω

Αναφέρθηκε πως το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται τις διαδικασίες αλλαγής και τις εκφράζει λεκτικά και πρακτικά. Παρακάτω θα αναλυθεί πως μπορεί ο θεραπευτής να αντιμετωπίσει αυτές τις διαδικασίες στο κάθε στάδιο.

Στο στάδιο του μη προβληματισμού, το άτομο παρουσιάζεται αδιάφορο προς την αλλαγή. Ο θεραπευτής θέτει τέσσερις στόχους ώστε να βοηθήσει το άτομο. Ο πρώτος στόχος είναι να βοηθήσει τον πελάτη να αναπτύξει ένα κίνητρο για αλλαγή. Ο δεύτερος στόχος είναι να αναγνωρίσει τις εμπειρίες του ατόμου, ο τρίτος στόχος είναι να ενθαρρύνει την περαιτέρω αυτό-εξερεύνηση του ατόμου. Ο τέταρτος στόχος είναι να αφήσει ανοιχτή την πιθανότητα για μελλοντικές συζητήσεις και συνεδρίες. Για να συμβεί αυτό, ο θεραπευτής χρησιμοποιεί απλές μεθόδους και τεχνικές.

1. Επικυρώνει και αναγνωρίζει την εμπειρία του ατόμου: «κατανοώ και καταλαβαίνω γιατί νιώθετε έτσι»
2. Αναγνωρίζει τον έλεγχο του ατόμου στην απόφαση που θα ληφθεί: «δεν θέλω να σας κάνω κήρυγμα. Καταλαβαίνω πως είστε ενήλικας και πως εσείς θα αποφασίσετε αν και πότε θα είστε έτοιμος να χάσετε βάρος»
3. Επαναλαμβάνει μια μικρή αλλά άμεση δήλωση για το τι πιστεύει για τα πλεονεκτήματα της απώλειας βάρους: «πιστεύω, σύμφωνα με την εμπειρία μου και τις γνώσεις μου, πως αυτό το επιπλέον βάρος, θέτει τη ζωή σας σε κίνδυνο από καρδιακά νοσήματα και πως αν χάσετε κάποια κιλά, θα ήταν το σημαντικότερο πράγμα που θα μπορούσατε να κάνετε για την υγεία σας».
4. Διερευνά πιθανές ανησυχίες: «σας έχει προκαλέσει το βάρος σας προβλήματα στο παρελθόν;» «έχετε σκεφτεί τα προβλήματα που θα μπορούσε να σας προκαλέσει στο μέλλον;»
5. Αναγνωρίζει πιθανά αισθήματα πίεσης: «καταλαβαίνω πως ίσως να νιώθετε ότι σας πιέζω και θα ήθελα να σας ευχαριστήσω αρχικά που το συζητάτε μαζί μου»

6. Αναγνωρίζει πως το άτομο δεν είναι έτοιμο να αλλάξει: « σας ακούω να λέτε πως δεν είστε έτοιμος να χάσετε βάρος σύντομα»
7. Επαναλαμβάνει την άποψη πως η αλλαγή είναι απόφαση του ατόμου: «είναι δική σας απόφαση αν αυτό είναι η σωστή απόφαση για εσάς αυτή τη στιγμή»
8. Ενθαρρύνει το άτομο να αναθεωρήσει για ακόμη μια φορά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται: «όλοι όσοι έχασαν βάρος, ξεκίνησαν από το σημείο που βρίσκεστε τώρα. Ξεκινούν, βλέποντας τους λόγους για τους οποίους θα ήθελαν να χάσουν βάρος.»

Στο στάδιο του προβληματισμού, τα άτομα έρχονται στη συνεδρία, όντας πιο ανοιχτά στη συζήτηση αλλά χωρίς να έχουν ξεκαθαρίσει ακόμη αν θέλουν και μπορούν να αλλάξουν. Ο στόχος του θεραπευτή είναι να αναγνωρίσει την εμπειρία του ατόμου, να διευκρινίσει τις αντιλήψεις του ατόμου για τα υπέρ και τα κατά της απόφασης αλλαγής, να ενθαρρύνει περαιτέρω αυτό- εξερεύνηση και να αφήσει ανοιχτό το ενδεχόμενο για μια ακόμη συνεδρία (Zimmerman,2000).

- 1.Επιβεβαιώνει την κατάσταση του ατόμου: « ακούω πως θέλετε να χάσετε βάρος αλλά δεν είστε ακόμη έτοιμος-η να αναλάβετε δράση»
- 2.Αναγνωρίζει τον έλεγχο του ατόμου στην απόφαση που θα ληφθεί: «δεν θέλω να σας κατακρίνω. Εσείς θα αποφασίσετε πότε και πως θα χάσετε βάρος»
- 3.Διευκρινίζει την αντίληψη του ατόμου για τα υπέρ και τα κατά της απόφασης αλλαγής: «ποιο θα ήταν το πλεονέκτημα του να χάσετε βάρος? Πιστεύετε πως υπάρχει μειονέκτημα στο να χάσετε βάρος;»
- 4.Ενθαρρύνει περαιτέρω εξερεύνηση του εαυτού: «αυτές οι ερωτήσεις είναι πολύ σημαντικές για να ξεκινήσετε ένα επιτυχημένο πρόγραμμα απώλειας βάρους. Θα ήσασταν διατεθειμένος-η να τις συμπληρώσετε στο σπίτι και να το συζητήσουμε στην επόμενη συνάντησή μας;»
- 5.Επαναδιατυπώνει τη θέση του ως προς την απόφαση: « είναι δική σας απόφαση το αν αυτό είναι το σωστό για σας ή όχι. Ότι και να αποφασίσετε, εγώ θα σας στηρίξω»
- 6.Αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο για το στάδιο προετοιμασία: « αν αποφασίσετε πως θέλετε να κάνετε κάποιες αλλαγές, το επόμενο βήμα δεν θα είναι η άμεση δράση. Μπορούμε να ξεκινήσουμε

κάνοντας κάποια προετοιμασία για τις αλλαγές που θα θέλατε να κάνετε».

Στα στάδιο της προετοιμασίας, τα άτομα νιώθουν περισσότερο έτοιμα να λάβουν δράση και έχουν αξιολογήσει σωστά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της απόφασης να αλλάξουν. Οι στόχοι του θεραπευτή είναι να επιβραβεύσει το άτομο για την απόφαση του να αλλάξει, να θέσει σωστές προτεραιότητες για την πορεία της αλλαγής, να αναγνωρίσει και να βοηθήσει το άτομο στην εμφάνιση εμποδίων, να ενθαρρύνει τα μικρά βήματα προς την αλλαγή και τη δημιουργία υποστηρικτικών σχέσεων(Zimmerman,2000).

1. Επιβραβεύει την απόφαση αλλαγής: «είναι εξαιρετικό που νιώθετε καλά με την απόφαση σας να χάσετε βάρος. Κάνετε κάτι πολύ σημαντικό για να βελτιώσετε την κατάσταση της υγείας σας»
2. Θέτει σωστές προτεραιότητες για την πορεία της αλλαγής: «κοιτώντας τις διαιτητικές σας συνήθειες, πιστεύω πως θα έχετε μεγαλύτερο όφελος αν αλλάξετε την διατροφή σας από πλήρης γαλακτοκομικά προϊόντα σε προϊόντα χωρίς λιπαρά. Τι πιστεύετε;»
3. Αναγνωρίζει τα εμπόδια που θα προκύψουν: «έχετε επιχειρήσει να χάσετε βάρος ξανά; Ποια προβλήματα πιστεύετε πως θα προκύψουν; Πως πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να λυθούν τα προβλήματα αυτά;»
4. Ενθαρρύνει μικρά βήματα προς την αλλαγή: «ο αρχικός στόχος είναι να καταναλώνετε γάλα χωρίς λιπαρά αντί του πλήρες με τα δημητριακά αυτή την εβδομάδα»
5. Ενθαρρύνει τον ασθενή να εντοπίσει υποστηρικτικές σχέσεις: «ποια μέλη της οικογένειας ή φίλοι θα μπορούσαν να σας στηρίξουν σε αυτή σας την απόφαση; Με ποιο τρόπο θα μπορούσαν να το κάνουν;»

Στο στάδιο της δράσης, χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές από θεωρίες και προσεγγίσεις της ψυχολογίας. Οι κυριότερες αφορούν τεχνικές των γνωστικών και συμπεριφορικών προσεγγίσεων και ποικίλλουν ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το κάθε άτομο. Στην περίπτωση της απώλειας βάρους, ο

ψυχοθεραπευτής ασχολείται κυρίως με το να βοηθήσει το άτομο στο να επικεντρωθεί στην ανακατασκευή των συνηθειών, στην ενσωμάτωση των νέων προτύπων. Δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας ώστε το άτομο να έχει τα απαραίτητα εφόδια για να υπερνικήσει τα εμπόδια που θα παρουσιαστούν. Οι στόχοι πλέον από βραχυπρόθεσμοι μετατρέπονται σε μακροπρόθεσμοι με σκοπό την διατήρηση της νέας συμπεριφοράς.

Στο στάδιο της διατήρησης, ο ψυχοθεραπευτής ενισχύει την διαδικασία της εσωτερικής επιβράβευσης με σκοπό την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης του ατόμου. Αν το άτομο νοιώθει ικανό να τα καταφέρει, τότε το αποτέλεσμα θα είναι θετικό. Στο σημείο αυτό, ο σύμβουλος συζητάει με τον συμβουλευόμενο την πιθανότητα υποχώρησης σε προηγούμενες συμπεριφορές. Είναι σημαντικό, ο συμβουλευόμενος να καταλάβει πως η υποχώρηση δεν σημαίνει αποτυχία αλλά είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης.

Πρακτική εφαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου σε καθημερινή βάση

Μια μεγάλη συνεισφορά του μοντέλου είναι η δημιουργία προσωποποιημένων παρεμβάσεων (tailor made). Τα άτομα κατηγοριοποιούνται σε ομάδες ανάλογα με τον βαθμό ετοιμότητας τους. Οι παρεμβάσεις πλέον είναι προσεκτικά σχεδιασμένες ώστε να εξελίσσουν το άτομο από το ένα στάδιο στο επόμενο με τρόπο φυσικό και απελευθερωτικό. Σύμφωνα με τον Prochaska et al, (1994) η διαθεωρητική προσέγγιση μπορεί να εφαρμοστεί σε ένα μεγάλο εύρος προβληματικών συμπεριφορών όπως επίσης και σε διάφορες ομάδες πληθυσμών. Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν διακοπή καπνίσματος, διακοπή χρήσης κοκαΐνης, έλεγχος βάρους, ειδική διατροφή, συμμόρφωση επικίνδυνων συμπεριφορών σε εφήβους, χρήση προφύλαξης κατά την σεξουαλική πράξη, βελτίωση σωματικής άσκησης και μαστογραφία (Prochaska, Velicer et all, 1994).

Έρευνες επίσης έγιναν και σε διαφορετικούς πληθυσμούς με διαφορετικά εργασιακά πλαίσια όπως ιατρικό πλαίσιο, βιομηχανικό και κυβερνητικό. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, με διαφορετικούς τόπους διαμονής(αγροτικός ή αστικός) και σε διάφορες ιατρικές καταστάσεις (Rodgers, 2001).

Έρευνες που υποστηρίζουν την διαθεωρητική προσέγγιση

Διαχείριση άγχους

Σε έρευνα που έγινε για την διαχείριση του άγχους, ενήλικες που βρισκόταν στο στάδιο της προετοιμασίας, έλαβαν μέρος σε ειδική θεραπεία που διήρκησε 18 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μετά το πέρας των 18 μηνών, το 62% των συμμετεχόντων ήταν σε θέση να διαχειριστούν αποτελεσματικά το άγχος τους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η παρέμβαση σταδιακά προσέφερε σημαντική μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και σημαντική αύξηση των τεχνικών διαχείρισης άγχους και στρες.

Προσκόλληση σε φαρμακευτική αγωγή της υπέρτασης

Πάνω από 1,000 μέλη στη Αγγλία έλαβαν μέρος στην έρευνα που σχετιζόταν με την μείωση της φαρμακευτικής αγωγής για την υπέρταση. Όταν έγινε η σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, βρέθηκε πως πάνω από το 73% είχε μειώσει την φαρμακευτική αγωγή μετά την δωδεκάμηνη θεραπεία στην οποία έλαβε μέρος. Το ποσοστό αυτό ανήκε στο στάδιο της προετοιμασίας όταν ξεκίνησαν οι παρεμβάσεις.

Πρόληψη κατάθλιψης

Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν ασθενείς που βίωναν συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης αλλά δεν συμμετείχαν σε κάποια θεραπεία ούτε σκόπευαν να το κάνουν για τις επόμενες τριάντα ημέρες. Οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία βασισμένη στην διαθεωρητική προσέγγιση για 9 μήνες, βίωσαν σημαντική μείωση στην εμφάνιση των συμπτωμάτων τους. Η μέθοδος είχε τη μεγαλύτερη επίδραση στους ασθενείς με οξεία κατάθλιψη που βρισκόταν στο στάδιο του μη προβληματισμού και του προβληματισμού. Για παράδειγμα, στους ασθενείς με οξεία κατάθλιψη στο στάδιο του προβληματισμού, υπήρξε βελτίωση των συμπτωμάτων στο 40% της ομάδας ενώ το ποσοστό για την ομάδα ελέγχου ήταν μόλις στο 9%.

Διαχείριση βάρους

Μια μεγάλη έρευνα έγινε σε υπέρβαρα άτομα, το δείγμα ήταν τυχαίο και έλαβε θεραπεία βασισμένη στα στάδια αλλαγής όπως επίσης και μια σειρά από προσωποποιημένες παρεμβάσεις για την υιοθέτηση τριών νέων υγιεινών συμπεριφορών για την διαχείριση του βάρους. Οι τρεις νέες συμπεριφορές ήταν η υγιεινή διατροφή, μέτρια άσκηση και διαχείριση συναισθηματικής δυσφορίας

χωρίς την κατανάλωση φαγητού. Η έρευνα διήρκεσε 24 μήνες και τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 48% προχώρησε πετυχημένα στο στάδιο της δράσης και της συντήρησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. (Οι παραπάνω έρευνες είναι από το site της Wikipedia).

Βελτίωση σωματικής άσκησης

Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συμμετοχή ενηλίκων ατόμων σε φυσικές δραστηριότητες αναψυχής με την εφαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου. Οι στόχοι της έρευνας ήταν α) η καταγραφή της αλλαγής συμπεριφοράς των συμμετεχόντων σύμφωνα με τα στάδια αλλαγής του μοντέλου. Β) η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις διαδικασίες αλλαγής και τα στάδια αλλαγής και γ) η πρόβλεψη της πρόθεσης για συμμετοχή από τις διαφορετικές διαδικασίες αλλαγής. Στην έρευνα συμμετείχαν 300 ενήλικες και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη των σταδίων αλλαγής. Επίσης υποστήριξαν την πρόβλεψη για συμμετοχή από τις διαδικασίες αλλαγής «αντικατάσταση», «διαχείριση ενισχύσεων» και «έλεγχος κινήτρων». Η έρευνα διεξάχθηκε από το τμήμα φυσικής αγωγής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου.

Από την δημιουργία της διαθεωρητικής προσέγγισης μέχρι και σήμερα έχουν γίνει εκατοντάδες έρευνες για την επιβεβαίωση ή την διάψευση του μοντέλου. Κάποιες έρευνες υποστήριξαν την θεωρία και βρήκαν θετικά αποτελέσματα ενώ άλλες θεώρησαν πως δεν η προσέγγιση αυτή δεν μπορεί να έχει πρακτικό και εφικτό υπόβαθρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Ο Weinstein και οι συνεργάτες του επισημαίνουν μια σειρά από κριτήρια που πρέπει να ικανοποιούνται κατά τη χρήση του διαθεωρητικού μοντέλου. Ένα από αυτά περιλαμβάνει την ανάγκη ύπαρξης μιας ακριβής μεθόδου για την κατηγοριοποίηση των ατόμων στο κατάλληλο στάδιο αλλαγής. Δεύτερον, η πλειοψηφία των ατόμων πρέπει να μετακινούνται από το ένα στάδιο αλλαγής στο επόμενο, με την σειρά που αυτά έχουν διατυπωθεί (πριν τη σκέψη, σκέψη, προετοιμασία, δράση). Τρίτον, διαφορετικοί παράγοντες πρέπει να είναι σημαντικοί για την μετακίνηση ανάμεσα στα στάδια. Αν οι μετακινήσεις ανάμεσα στα στάδια εξαρτώνται από τους ίδιους παράγοντες, τότε δεν θα υπάρχει πλεονέκτημα για την ύπαρξη ενός μοντέλου αλλαγής σταδίων, καθώς η ίδια η παρέμβαση θα ήταν αποτελεσματική ανεξάρτητα από το στάδιο αλλαγής στο οποίο βρίσκονται οι συμμετέχοντες. Αντίθετα, το πλεονέκτημα της χρήσης ενός τέτοιου μοντέλου θα είναι ότι η κάθε παρέμβαση θα απευθύνεται στα άτομα εκείνα μόνο που επιθυμούν να μεταβούν από ορισμένο στάδιο στο επόμενο (Καρασούλη, 2006).

Κατά την εφαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου έχουν αναγνωριστεί περιορισμοί που δυσχεραίνουν τη χρήση του, μερικοί από τους οποίους αναφέρονται παρακάτω. Πρέπει, λοιπόν, να τονιστεί ότι τα όρια που διακρίνουν κάθε στάδιο από το επόμενο είναι συχνά δυσδιάκριτα ενώ τα χρονικά όρια έχουν τεθεί αυθαίρετα. Για παράδειγμα, ένα άτομο μεταβαίνει από το στάδιο της δράσης σε αυτό της διατήρησης μετά το πέρας των έξι μηνών, διάστημα που όμως θα μπορούσε να καθοριστεί είτε μεγαλύτερο (8 μήνες) είτε μικρότερο (3 μήνες). Επίσης, Ο ορισμός του σταδίου της προετοιμασίας αναφέρει την παρουσία ανεπιτυχών προσπαθειών αλλαγής συμπεριφοράς στο παρελθόν. Δεν καθορίζει ωστόσο, σε ποιο στάδιο ανήκει κάποιος που επιχειρεί να αλλάξει συμπεριφορά για πρώτη φορά. Τέλος, σε πολλές περιπτώσεις, η μετακίνηση ανάμεσα στα στάδια δεν ακολουθεί την καθορισμένη σειρά και το μοντέλο τίθεται υπό αμφισβήτηση (Καρασούλη, 2006).

Οι προαναφερθέντες περιορισμοί παρουσιάζονται κατά την εφαρμογή του διαθεωρητικού μοντέλου για οποιοδήποτε είδος αλλαγής συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένου και της διαιτητικής συμπεριφοράς. Στην περίπτωση αυτή οι περιορισμοί για την χρήση του μοντέλου σταδίων αλλαγής είναι πιο ειδικοί. Πρώτον, ο στόχος αλλαγής της διαιτητικής συμπεριφοράς δεν είναι η εξάλειψη της, όπως στις εθιστικές συμπεριφορές, αλλά ο περιορισμός της. Συνήθως, ο

στόχος είναι η ύπαρξη ορισμένου επιπέδου κατανάλωσης, για παράδειγμα, 35% της ενέργειας να προέρχεται από λίπος ή κατανάλωση 5 φρούτων ή λαχανικών ημερησίως. Μπορεί λοιπόν σε αυτή τη περίπτωση το μοντέλο να τεθεί σε εφαρμογή; Δεύτερον, πολλές φορές οι στόχοι της αλλαγής επικεντρώνονται στο αποτέλεσμα και όχι στη συμπεριφορά. Έτσι, η κατανάλωση 35% ενέργειας από λίπος δεν είναι μια συμπεριφορά αλλά το αποτέλεσμα μιας σειράς διαφορετικών συμπεριφορών. (Καρασούλη, 2006).

Πρόεκταση των παραπάνω, αποτελεί η κατάσταση κατά την οποία τα άτομα δεν γνωρίζουν την στιγμή που έχουν επιτύχει τον στόχο τους. Σε γενικές γραμμές, οι στόχοι αλλαγής της διαιτητικής συμπεριφοράς παρουσιάζουν ασάφεια, καθώς επικεντρώνονται στην αύξηση ή στον περιορισμό τροφίμων και όχι στον αποκλεισμό τους. Για την αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς, λοιπόν απαιτείται μια σειρά από πολλαπλές αλλαγές, καθώς στόχος είναι το αποτέλεσμα και όχι η εκδήλωση μια συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Οι λόγοι που αναφέρθηκαν παραπάνω και ακόμη περισσότεροι θα αναλυθούν αναλυτικότερα παρακάτω μέσα από έρευνες που άλλοτε υποστηρίζουν την διαθεωρητική προσέγγιση και άλλοτε την κατακρίνουν.

Πιο συγκεκριμένα, η διαθεωρητική προσέγγιση έλαβε πολύ μεγάλη προσοχή καθώς η πρακτικότητα των παρεμβάσεων της φαίνεται να είναι άκρως ελκυστική ως ιδέα. Ωστόσο ο Bandura (2000) υποστήριξε πως διαφορετικά διακριτά στάδια υπονοούν πως τα άτομα δεν μπορούν να υποχωρήσουν σε προηγούμενα στάδια (μη αντιστρεψιμότητα) και πως δεν μπορούν να προχωρήσουν από το ένα στάδιο στο άλλο, προσπερνώντας κάποιο άλλο (υπερπήδηση σταδίου). Ο Weinstein, Rothman και Sutton (1998) υποστήριξαν πως η πεποίθηση πως τα στάδια μπορεί να είναι κυκλικά δεν είναι πραγματικά διακριτά αλλά πως πρόκειται για αυθαίρετες υποδιαιρέσεις της συνεχούς εξέλιξης (Schwarzer, 2007). Για την ακρίβεια, το προτεινόμενο χρονικό πλαίσιο για τον διαχωρισμό των σταδίων δεν είναι πειστικό.

Επιπλέον, διάφορες μελέτες αναφέρθηκαν στο διαφορετικό ορισμό του χρονικού πλαισίου των σταδίων. Ο Velicer, Prochaska, DiClemente και Brandenburg (1985) υποστήριξαν πως το στάδιο του προβληματισμού αφορά τα άτομα που σκέφτονται να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους μέσα στον επόμενο χρόνο ενώ ο Prochaska, Velicer και Rossi (1994) υποστήριξαν πως το στάδιο προβληματισμού αφορά τα

άτομα που θέλουν να αλλάξουν στους επόμενους έξι μήνες. Για ποιο λόγο, λοιπόν, τα άτομα που σκέφτονται να αλλάξουν συμπεριφορά μέσα στους επόμενους έξι μήνες να κατατάσσονται σε διαφορετικό στάδιο από τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο δράσης και σκέφτονται να αλλάξουν μέσα στον επόμενο μήνα; Οι Kraft, Sutton και Reynolds διέταξαν έρευνα σε Νορβηγούς καθημερινούς καπνιστές και βρέθηκε πως όσοι βρισκόταν στα πρώτα τρία στάδια, δεν αντιλαμβάνονταν την κατάσταση ως διακριτά στάδια αλλά ως ένα συνεχές συμπεριφοράς.

Άλλες έρευνες που έγιναν βρήκαν πως οι διαδικασίες αλλαγής δεν μπόρεσαν να προβλέψουν τις μετακινήσεις μεταξύ σταδίων στους καπνιστές (Herzog, Abrams, Emmons, Linnan, & Shadel, 1999). Σε έρευνα που έγινε σε ενηλικιωμένες γυναίκες για την διαχείριση του βάρους, τα αποτελέσματα δεν ήταν επιτυχημένα. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες (και άλλες) το Διαθεωρητικό μοντέλο έχει λάβει μέτρια υποστήριξη μέχρι σήμερα και οδήγησε τους Abraham, Norman και Conner (2000) στο συμπέρασμα πως οι διακρίσεις των σταδίων είναι υπό αμφισβήτηση. Ο West (2005) συνόψισε το περιεχόμενο όλων των κριτικών και υποστήριξε πως η διαθεωρητική προσέγγιση πρέπει να εγκαταλειφθεί. Παρόλα αυτά πρόσφατα εμπειρικά στοιχεία προέκυψαν υπέρ της διαθεωρητικής προσέγγισης που υποστηρίζουν πως η θεώρηση των σταδίων αλλαγής είναι βαρυσήμαντη και έχει πρακτική αξία (Lippke, Nigg, 2007; Velicer et al. 2006; Velicer, Redding, Sun & Prochaska, 2007).

Ο West (2005) αναφέρει πως το διαθεωρητικό μοντέλο πρέπει να παρέχει μια περιγραφή του πως τα άτομα αποφασίζουν να αλλάξουν ακόμη και όταν αυτή η απόφαση είναι αντίδραση σε μικρά ερεθίσματα. Πρέπει να ερευνηθούν τα κίνητρα αλλαγής που θα ξεπερνάει την θεώρηση της απλής ισορροπίας απόφασης. Διότι, στην συγκεκριμένη προσέγγιση, τα άτομα απλώς διερωτώνται αν επιθυμούν να αλλάξουν και αν έχουν την ικανότητα να το κάνουν, παρόλο που είναι γνωστό πως επηρεάζονται από ένα εύρος προσωπικών καταστάσεων όπως ο εθισμός.

Ο West επίσης υποστηρίζει πως το μοντέλο περιέχει δομικά λάθη. Το σημαντικότερο από αυτά είναι πως τα στάδια αλλαγής δεν είναι διακριτά. Για παράδειγμα, ένα άτομο βρίσκεται στο στάδιο της προετοιμασίας αν σκοπεύει να σταματήσει το κάπνισμα στις επόμενες 30 ημέρες (δεδομένου ότι έχει προσπαθήσει ανεπιτυχώς ξανά μέσα στον ένα χρόνο που μεσολάβησε). Αν το

άτομο όμως ξεπερνά τις 30 μέρες, τίθεται εκτός σταδίου προετοιμασίας (Sutton, 2001). Επομένως τα όρια ανάμεσα στα στάδια είναι δομημένα αυθαίρετα.

Δεύτερον, το μοντέλο υποθέτει πως τα άτομα παίρνουν σταθερές αποφάσεις να αλλάξουν. Όμως τα άτομα που απαντούν σε ερωτηματολόγια πολλαπλής επιλογής τείνουν να συμμορφώνονται με το πλαίσιο της έρευνας και να επιλέγουν την πιο εύκολη απάντηση αυτό δεν σημαίνει όμως πως είναι πάντα ειλικρινείς. Πέρα από τα άτομα που επιλέγουν ξεκάθαρα πότε θέλουν να αλλάξουν (δέσμευση Πρωτοχρονιάς) οι προθέσεις για αλλαγή φαίνεται να είναι λιγότερο δομημένες και ξεκάθαρες σε όλους τους υπόλοιπους.

Ο West υποστηρίζει, επίσης, πως το μοντέλο εστιάζει δραματικά στην συνειδητή απόφαση αλλαγής και στον σχεδιασμό αυτής αλλά απομακρύνει την προσοχή τελείως από τα ανθρώπινα κίνητρα. Παραμελεί τελείως την σημασία της επιβράβευσής και της τιμωρίας και της μάθησης στην ανάπτυξη συνηθειών που το άτομο δύσκολα παρατάει. Ένα μεγάλο πρόβλημα στην αλλαγή συμπεριφοράς προέρχεται από το γεγονός ότι κάποιες συνήθειες αυτοματοποιούνται μέσα από την ανταμοιβή και την τιμωρία. Αυτές οι διαδικασίες ενεργούν έξω από τη συνειδητή επίγνωση του ατόμου και δεν ακολουθούν τους κανόνες της ισορροπίας απόφασης όπως την αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων μιας κατάστασης (Robinson, 2003). Στο διαθεωρητικό μοντέλο δεν υπολογίζεται καθόλου η έννοια του εθισμού, που είναι κρίσιμη για εθιστικές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα. Ο West υποστηρίζει πως υπάρχουν αποτελεσματικότερα μοντέλα για την επίτευξη της αλλαγής της συμπεριφοράς όπως το μοντέλο πεποιθήσεων υγείας και η θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς.

Οπαδοί της θεωρίας, ωστόσο, μπορούν εύκολα να υποστηρίξουν πως το μοντέλο τονίζει το γεγονός πως πολλοί άνθρωποι δεν είναι έτοιμοι να αλλάξουν και πως η πρόοδος μπορεί να υπάρξει τοποθετώντας τους προς την σωστή κατεύθυνση. Για πρώτη φορά δίνεται τόσο μεγάλη βαρύτητα στην ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή. Η απόφαση αυτή είναι συνειδητή και με τα σωστά εργαλεία μπορεί να οδηγήσει σε μια καλύτερη ζωή χωρίς άγχος και στρες, όπου το άτομο γνωρίζει να διαχειρίζεται σωστά και αποτελεσματικά της καταστάσεις και τα γεγονότα που βιώνει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή, συμπεραίνουμε ότι το διαθεωρητικό μοντέλο αναπτύχθηκε για να εξηγήσει, να προβλέψει και να προσδιορίσει τις διαδικασίες αλλαγής της συμπεριφοράς των ατόμων. Εξετάζει την διαδοχική αλλαγή της συμπεριφοράς και υποστηρίζει ότι κάθε αλλαγή ολοκληρώνεται μέσα από μια σειρά αλληλένδετων σταδίων και διαστάσεων. Αποτελείται από τρία επίπεδα τα οποία εξηγούν την αλλαγή στη συμπεριφορά (Prochaska, DiClemente, 1983, 1984, 1986).

Το πρώτο επίπεδο περιγράφει τα έξι στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς. Στο πρώτο στάδιο του μη προβληματισμού, τα άτομα δεν αναγνωρίζουν πως υπάρχει κάποιο πρόβλημα στη ζωή τους και δεν σκέφτονται να κάνουν κάτι για να το αλλάξουν. Στο δεύτερο στάδιο, αυτό του προβληματισμού, τα άτομα αρχίζουν να συνειδητοποιούν πως υπάρχει πρόβλημα στη ζωή τους και ίσως θα μπορούσαν να κάνουν κάτι για να το αλλάξουν. Στο τρίτο στάδιο, της προετοιμασίας, τα άτομα αρχίζουν να ενημερώνονται για τη φύση του προβλήματος και τις πιθανές λύσεις που θα μπορούσαν να έχουν. Στο επόμενο στάδιο, αυτό της δράσης, τα άτομα δεσμεύονται επίσημα πως θα αλλάξουν και ακολουθούν διάφορες λύσεις και τεχνικές που θα μπορούσαν να εξυπηρετήσουν αυτή τους την απόφαση. Στο τελευταίο στάδιο, τα άτομα προσπαθούν να διατηρήσουν τις αλλαγές που έχουν κάνει, συνεχίζοντας έτσι να επωφελούνται από τα πλεονεκτήματα της αλλαγής. Πολλές έρευνες μελετούν και την ύπαρξη ενός έκτου σταδίου, αυτό του τερματισμού, αλλά οι περισσότεροι θεωρούν πως ο τερματισμός δεν υφίσταται συχνά και πως πρόκειται για ένα σπάνιο φαινόμενο, όπου το άτομο έχει αφομοιώσει πλήρως τη νέα φιλοσοφία και τον νέο τρόπο ζωής και δεν έχει περιθώρια αλλαγής ή υποχώρησης σε παλιότερες βλαβερές συμπεριφορές (Berry, Naylor & Wharf- Higgins, 2005).

Το δεύτερο επίπεδο του μοντέλου περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις που πιθανόν να επηρεάζουν την συμπεριφορά:

A) τις διαδικασίες αλλαγής όπου τα άτομα για να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους και την προβληματική σκέψη δοκιμάζουν μια σειρά από τεχνικές και λύσεις. Οι διαδικασίες αλλαγής προσδιορίστηκαν από τον Prochaska (1979), ο οποίος ενέκρινε δέκα διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για την αλλαγή της συμπεριφοράς και τις χώρισε σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι γνωστικές διαδικασίες και η δεύτερη κατηγορία είναι οι συμπεριφορικές

διαδικασίες. Και οι δυο κατηγορίες φαίνεται να συμβάλουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς στα άτομα που καταφεύγουν στη ψυχοθεραπεία όσο και στα άτομα που επιχειρούν να αλλάξουν μόνα τους χωρίς βοήθεια από κάποιον ειδικό.

Β) την αυτοαποτελεσματικότητα όπου ορίζεται ως η πίστη του ατόμου στην ικανότητα του να πραγματοποιήσει κάποιους στόχους. Θα μπορούσε να οριστεί και ως ο βαθμός αυτοπεποίθησης ενός ατόμου σε μια συγκεκριμένη περίσταση. Μέσα από τις έρευνες που αναφέρθηκαν, φάνηκε πως όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της αυτοαποτελεσματικότητας, τόσο καλύτερο θα είναι και το ποσοστό επιτυχίας στην επιθυμητή αλλαγή της συμπεριφοράς.

Γ) την ισορροπία στην λήψη αποφάσεων που βασίζεται στο μοντέλο σύγκρουσης των Janis και Mann (1977). Το άτομο, πριν αποφασίσει να αλλάξει, αξιολογεί τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της υπάρχουσας κατάστασης αλλά και της κατάστασης που θα δημιουργηθεί μετά την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Το τρίτο επίπεδο του διαθεωρητικού μοντέλου αναφέρεται στο γενικότερο πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται η συμπεριφορά. Καθορίζεται από το τι χρειάζονται τα άτομα για να αλλάξουν ολοκληρωτικά και να ξεπεράσουν την προβληματική τους συμπεριφορά (Prochaska, DiClemente, 1986).

Το μοντέλο δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στις στοχευμένες παρεμβάσεις και για το λόγο αυτό θεωρείται πετυχημένο στην εφαρμογή προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Προσεκτικά σχεδιασμένα προγράμματα, στοχευμένα στο άτομο (και όχι σε πληθυσμούς), ανάλογα με το στάδιο ετοιμότητας αλλαγής φαίνεται να φέρουν ικανοποιητικά αποτελέσματα επιτυχίας. Καθώς η στόχευση στο κατάλληλο κοινό συνετή χρήση του χρόνου και των τεχνικών υποστήριξης.

Η μέτρηση των σταδίων αλλαγής μας παρέχει ένα τρόπο έρευνας των ακόλουθων υποθέσεων: Α) συγκεκριμένες διαδικασίες αλλαγής είναι πιο αποτελεσματικές όταν χρησιμοποιούνται σε συγκεκριμένα στάδια αλλαγής. Β) η αντίσταση του ατόμου προς την ψυχοθεραπεία δημιουργείται αν ο θεραπευτής λειτουργεί σε διαφορετικό στάδιο αλλαγής από αυτό που πραγματικά βρίσκεται το άτομο. Γ) η αντίσταση αυξάνεται αν οι συγγενείς και φίλοι λειτουργούν σύμφωνα με διαφορετικό στάδιο αλλαγής από αυτό που πραγματικά το άτομο βρίσκεται. Δ) ο πρώιμος τερματισμός της θεραπείας σχετίζεται με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο όταν ξεκινά τη θεραπεία (Prochaska, Velicer, 1983).

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή, φαίνεται πως το διαθεωρητικό μοντέλο έχει αποτελέσει αντικείμενο προσοχής και σύγκρουσης από την πρώτη στιγμή της δημιουργίας του. Θα μπορούσαμε να πούμε πως η επιστημονική κοινότητα είναι χωρισμένη στα δυο, με τη μισή να υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα και συνεισφορά του μοντέλου και την άλλη μισή να υποστηρίζει πως το μοντέλο έχει περιορισμένη πρακτική εφαρμογή και δεν πληρεί τα βασικά κριτήρια ώστε να ονομάζεται μοντέλο ή να αποτελεί αυτόνομη και ανεξάρτητη θεωρία. Αυτό που θεωρείται σίγουρο είναι πως είναι απαραίτητο να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες που θα εξετάζουν την μεθοδολογία που χρησιμοποιεί το μοντέλο για να φτάσει στα τελικά του συμπεράσματα. Πρέπει επίσης να ερευνηθεί κατά πόσο η διαθεωρητική προσέγγιση έχει γενική ή ειδική εφαρμογή και σε ποιους πληθυσμούς μπορεί να απευθυνθεί αποτελεσματικά. Είμαστε σίγουροι πως θα υπάρξουν νέες έρευνες και νέα δεδομένα στο προσεχές μέλλον διότι το διαθεωρητικό μοντέλο αποτελεί την πρώτη προσεκτική προσπάθεια ενσωμάτωσης εννοιών από διαφορετικές θεωρίες της ψυχολογίας που αν αποδειχθεί αποτελεσματική και σωστή, θα θέσει νέες βάσεις στους κόλπους της ψυχολογίας και θα αλλάξει τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την ψυχοθεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adams, J; White, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Educ Res* 2005 Apr;20(2):237–43.
2. Armitage, CJ. Is there utility in the transtheoretical model? *Br J Health Psychol* 2008 Oct 14 [Epub ahead of print].
3. Aveyard, P; Lawrence, T; Cheng, KK; Griffin, C; Croghan, E; Johnson, C. A randomized controlled trial of smoking cessation for pregnant women to test the effect of a transtheoretical model-based intervention on movement in stage and interaction with baseline stage. *Br J Health Psychol* 2006 May;11(Pt 2):263–78.
4. Aveyard, P; Massey, L; Parsons, A; Manaseki, S; Griffin, C. The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation. *Soc Sci Med* 2009 Feb;68(3):397–403.
5. Bridle, C; Riemsma, RP; Pattenden, J; Sowden, AJ; Mather, L; Watt, IS; Walker, A. Systematic review of the effectiveness of health behavior interventions based on the transtheoretical model. *Psychol Health* 2005;20:283–301.
6. Carbine, Michael E. Health plans use a variety of strategies to identify and ensure compliance among diabetics. *AIS's Health Business Daily* 2009 Mar 6.
7. Connors, GJ; Donovan, DM; DiClemente, CC. Substance abuse treatment and the stages of change: selecting and planning interventions. New York: Guilford Press; 2001
8. DiClemente, CC; Prochaska, JO; Fairhurst, SK; Velicer, WF; Velasquez, MM; Rossi, JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol* 1991 Apr;59(2):295–304.
9. DiClemente, CC; Prochaska, JO; Gibertini, M. Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognit Ther Res* 1985;9(2):181–200.
10. Glanz, K; Rimer, BK; Viswanath, K. (eds.) *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2008.
11. Goleman, Daniel. New addiction approach gets results. *New York Times* 1993 Sep 1.

12. Greene, GW; Rossi, SR; Rossi, JS; Velicer, WF; Fava, JL; Prochaska, JO. Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc* 1999 Jun;99(6):673–8.
13. Horowitz, SM. Applying the transtheoretical model to pregnancy and STD prevention: a review of the literature. *Am J Health Promot* 2003 May–Jun;17(5):304–28
14. Hutchison, AJ; Breckon, JD; Johnston, LH. Physical activity behavior change interventions based on the Transtheoretical Model: a systematic review. *Health Educ Behav* 2008 Jul 7 [Epub ahead of print]
15. Littell, JH; Girvin, H. Stages of change. A critique. *Behav Modif* 2002 Apr;26(2):223–73.
16. McConaughy, EA; Prochaska, JO; Velicer, WF. Stages of change in psychotherapy - measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1983;20(3):368–375.
17. Miller, Kay. Revolving resolutions - Year after new year, we vow to lose weight, stop smoking, find love or a better job -- only to fail. A few simple strategies could set us straight. *Star Tribune: Newspaper of the Twin Cities* 2001
18. Miller, WR; Heather, N. (eds.). *Treating addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Plenum Press; 1998
19. Littell, JH; Girvin, H. Stages of change. A critique. *Behav Modif* 2002 Apr;26(2):223–73
20. Lenio, James A. Analysis of the transtheoretical model of behavior change. University of Wisconsin – Stout, *Journal of Student Research*, Fifth Edition, 2006.
- 21.
22. Noar, SM; Benac, CN; Harris, MS. Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions. *Psychol Bull* 2007 Jul;133(4):673–93.
23. Prochaska, JO; Butterworth, S; Redding, CA; Burden, V; Perrin, N; Leo, M; Flaherty-Robb, M; Prochaska, JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med* 2008 Mar;46(3):226–31.
24. Pro-Change Behavior Systems. About us. Transtheoretical model. 2008 Mar.

25. Prochaska, JO; Norcross, JC; DiClemente, CC. Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits. New York: W. Morrow; 1994
26. Prochaska, JO. DiClemente, CC. The transtheoretical approach. In: Norcross, JC; Goldfried, MR. (eds.) Handbook of psychotherapy integration. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 147–171.
27. Prochaska, JO. Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Homewood, IL: Dorsey Press; 1979.
28. Prochaska, JO; DiClemente, CC. Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19(3):276–288
29. Prochaska, JO; DiClemente, CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 Jun;51(3):390–5.
30. Prochaska, JO; DiClemente, CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller, WR; Heather, N. (eds.) *Treating addictive behaviors: processes of change*. New York: Plenum Press; 1986. p. 3–27
31. Prochaska, JO; Velicer, WF; DiClemente, CC; Fava, J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psychol* 1988 Aug; 56(4):520–8.
32. Prochaska, JO; DiClemente, CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992; 28:183–218.
33. Prochaska, JO; DiClemente, CC; Norcross, JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 Sep; 47(9):1102–14.
34. Prochaska, JO; DiClemente, CC; Velicer, WF; Rossi, JS. Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychol* 1993 Sep; 12(5):399–405.
35. Prochaska, JO; Velicer, WF; Rossi, JS; Goldstein, MG; Marcus, BH; et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol* 1994 Jan;13(1):39–46
36. Prochaska, JO; Velicer, WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997 Sep–Oct; 12(1):38–48.
37. Prochaska, JM; Prochaska, JO; Levesque, DA. A transtheoretical approach to changing organizations. *Adm Policy Ment Health* 2001 Mar; 28(4):247–61.
38. Prochaska, JO; Redding, CA; Evers, KE. The Transtheoretical Model and Stages of Change. In: Glanz, K; Rimer, BK; Viswanath, K. (eds.) *Health*

- Behavior and Health Education. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008. p. 105
39. Prochaska, JO. Moving beyond the transtheoretical model. *Addiction* 2006 Jun;101(6):768–74
40. Prochaska, JO. Flaws in the theory or flaws in the study: a commentary on "The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation". *Soc Sci Med* 2009 Feb; 68(3):404–6.
41. Prochaska, JO; DiClemente, CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984
42. Velicer, WF; Prochaska, JO; Rossi, JS; Snow, MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull* 1992 Jan;111(1):23–41
43. Velicer, WF; DiClemente, CC; Prochaska, JO; Brandenburg, N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J Pers Soc Psychol* 1985 May; 48(5):1279–89.