

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**ΘΕΜΑ: «Το διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς του J.O.Prochaska και C.DiClemente, (The transtheoretical model of change of Prochaska and DiClemente). Σύγκριση και συμπεράσματα.»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ  
ΜΠΡΕΛΛΑ ΕΥΘΥΜΙΑΣ ΑΜ(2425)

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Ιωάννης Ν. Νέστορος**

**ΡΕΘΥΜΝΟ, 2014**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	4
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	5
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΟ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ</b> .....	7
1.1 Πρώιμη μορφή του μοντέλου. Αναφορά σε έρευνα.....	7
1.2 Βασικές διαστάσεις.....	12
1.3 Στάδια αλλαγής .....	13
1.4 Διαδικασίες αλλαγής.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΝΑ ΑΛΛΑΞΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ</b> .....	20
2.1 Ισορροπία απόφασης: ζύγισμα των υπέρ και των κατά.....	24
2.2 Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας.....	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ</b> .....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΕΝΙΑΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	33
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ</b> .....	38
5.1 Πως ερμηνεύονται τα αποτελέσματα των ερευνών. Εμπειριστατωμένες απόψεις για το διαθεωρητικό μοντέλο.....	40

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	52
6.1 Το συνθετικό μοντέλο.....	52
6.2 Βασικές διαθεωρητικές έννοιες που διέπουν τα δυο μοντέλα (συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας και διαθεωρητικό).....	54
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	70
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	72-88

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει τη δημιουργία του διαθεωρητικού μοντέλου ή αλλιώς τη θεωρία των σταδίων αλλαγής που αναπτύχθηκε από τους Prochaska και DiClemente το οποίο ονομάζεται διαθεωρητικό καθώς σύμφωνα με τους δημιουργούς του στηρίζεται σε διάφορες θεωρίες και αξιοποιεί τα σημαντικότερα σημεία τους. Παρουσιάζονται κάποιες από τις πιο σημαντικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί με βάση αυτό το μοντέλο και κρίνεται η αποτελεσματικότητά του. Εν κατακλείδι, γίνεται αναφορά σε ένα από τα πιο σύγχρονα και αποτελεσματικά μοντέλα ψυχοθεραπείας, το οποίο είναι η ελληνική εκδοχή του συνθετικού μοντέλου ψυχοθεραπείας εμπνευστής του οποίου είναι ο Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης Ιωάννης Ν. Νέστορος και διατυπώνονται ομοιότητες και διαφορές, με το δεύτερο μοντέλο εκ των δύο να αποδεικνύεται σαφώς πιο ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό σε πλήθος κλινικών περιπτώσεων.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 1980 οι Prochaska, DiClemente & Norcross εισήγαγαν το Διαθεωρητικό μοντέλο προκειμένου να αξιολογήσουν την ετοιμότητα των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Στηρίχτηκαν στην άποψη ότι η συμπεριφορά αλλάζει με το πέρασμα του χρόνου και χρειάζεται οι άνθρωποι να περάσουν από κάποια στάδια μέχρι να επιτύχουν τον στόχο τους. Διατείνονταν ότι εάν δεν ληφθούν μέτρα και δεν σχεδιαστούν προσεκτικά οι κινήσεις που πρέπει να γίνουν τότε ο ενδιαφερόμενος θα μείνει στα πρώτα στάδια και δεν θα μπορέσει να προχωρήσει παρακάτω. Κάθε στάδιο θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες διαδικασίες που θα επιφέρουν την αλλαγή. Θεωρούσαν ότι οι συμπεριφορές που εμφανίζει το άτομο οφείλονται σε κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Ο αυτοέλεγχος του ατόμου διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο επίσης (Anastos,2006).

Ο Prochaska (1995) εξηγεί πως ανέπτυξαν το μοντέλο τους μέσα στο πνεύμα της εποχής, που απαιτούσε τη σύνθεση και ενσωμάτωση των καλύτερων σημείων από διάφορες θεωρίες και θεραπευτικά συστήματα (Prochaska και DiClemente, 1982). Είναι φυσιολογικό οι άνθρωποι να υφίστανται διάφορες αλλαγές. Παρά το γεγονός ότι οι άνθρωποι είναι δυνατόν να αλλάξουν τόσο με την παρέμβαση κάποιου άλλου όσο και χωρίς αυτή οι συμπεριφορικοί επιστήμονες προσπαθούν να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνουν χώρα οι αλλαγές (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Προκειμένου να ενημερωθούν σχετικά με τον τρόπο που αλλάζουν οι άνθρωποι οι Prochaska και Norcross (1994) προέβησαν στην ανάλυση 400 ψυχοθεραπειών. Κατάφεραν λοιπόν να δημιουργήσουν ένα μοντέλο στο οποίο εξηγούσαν τις ομοιότητες και τις διαφορές που υπήρχαν. Το μοντέλο αυτό ονομάζεται Διαθεωρητικό μοντέλο (Anastos,2006). Τα αποτελέσματα των ερευνών που διεξήχθησαν με βάση αυτό το μοντέλο είναι άλλοτε ενθαρρυντικά και άλλοτε μεικτά.

Παρά το γεγονός ότι ο σκοπός ήταν να προβούν σε μια σύνθεση των διάφορων θεωριών η αλήθεια είναι ότι παρέβλεψαν στην ουσία σημαντικές θεωρίες όπως είναι οι βιολογικές θεωρίες, η ανθρωπιστική/υπαρξιστική θεωρία, η ψυχαναλυτική καθώς επίσης δεν αξιοποίησαν την αρχαία, μεσαιωνική και σύγχρονη φιλοσοφία σε αντίθεση με ελληνική εκδοχή της συνθετικής ψυχοθεραπείας που αποτελεί μια πραγματική σύνθεση όλων των προσεγγίσεων και όχι ένα απλό

συνδυασμό στοιχείων διάφορων ειδών ψυχοθεραπείας και έχει αποδειχθεί ιδιαίτερος αποτελεσματική σε πλήθος περιπτώσεων, ακόμα και για τη θεραπεία ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρενικά συμπτώματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΤΟ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

Με το μοντέλο αυτό εστίασαν κατά βάση στην ετοιμότητα των ανθρώπων να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους. Θεωρούν ότι προκειμένου να προωθηθεί η προσπάθεια για αλλαγή στη συμπεριφορά θα πρέπει να ακολουθηθούν κάποια στάδια. Θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις οργανωμένες προκειμένου να επέλθει η αλλαγή. Σε κάθε στάδιο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες διαδικασίες (Anastos,2006).

Το Διαθεωρητικό μοντέλο έχει εφαρμοστεί σε πολλές προσπάθειες αλλαγής συμπεριφοράς, όπως είναι η διακοπή του καπνίσματος, η σωματική άσκηση και η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Έχει επίσης εφαρμοστεί σε επαγγελματικές πρακτικές. Τέτοιου είδους παραδείγματα αποτελούν η παροχή υπηρεσιών ανάμεσα στους εργαζομένους πανεπιστημίου, η παρακολούθηση, για κάποιο διάστημα, ανθρώπων που εργάζονται στην ψυχική υγεία και τέλος η Συμβουλευτική μεταξύ ανθρώπων που πάσχουν από καρκίνο και των γιατρών τους (Anastos,2006).

Στο μοντέλο αυτό είναι δυνατόν να εντοπίσουμε κομμάτια πολλών θεωριών της ψυχοθεραπείας, για αυτό και έχει ονομαστεί Διαθεωρητικό. Όλες αυτές οι θεωρίες μπορούν να συνδυαστούν προκειμένου να επέλθει η αλλαγή της συμπεριφοράς (Anastos,2006). Κυριαρχεί η άποψη ότι κανένας τρόπο θεραπείας δεν μπορεί να θεωρηθεί ως καλύτερος από κάποιον άλλο. Οι σχέσεις που έχουν οι διάφορες θεωρίες μεταξύ τους εκλαμβάνονται ως βασικές αρχές και ονομάζονται «Διεργασίες αλλαγής». Οι διεργασίες αυτές είναι οι τεχνικές που έχει χρησιμοποιήσει το εκάστοτε άτομο προκειμένου να αλλάξει τη συμπεριφορά του (Li Wen-Liang,2002). Προκειμένου όμως να επιτευχθεί αυτό είναι ανάγκη να καθοριστούν κάποια στάδια. Τα στάδια αυτά αντιπροσωπεύουν τη χρονική διάρκεια μέσα στην οποία θα υλοποιηθούν οι αλλαγές (Li Wen-Liang,2002).

### 1.1 Πρώιμη μορφή του μοντέλου. Αναφορά σε έρευνα.

Ένα ενοποιητικό μοντέλο αλλαγής εφαρμόστηκε σε μια μελέτη 872 υποκειμένων που ήθελαν να αλλάξουν την συνήθεια του καπνίσματος από μόνοι τους(Prochaska,DiClemente,1983). Τα υποκείμενα παρουσίασαν τα παρακάτω πέντε στάδια αλλαγής : λήψη , σκέψη , δράση, διατήρηση και υποτροπή. Δέκα διαδικασίες αλλαγής αναμενόταν να πάρουν διαφορετική έμφαση κατά τη διάρκεια των

συγκεκριμένων σταδίων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι α)τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν λιγότερες διαδικασίες κατά τη διάρκεια του σταδίου της λήψης, β)δίνουν έμφαση στην επίγνωση η οποία αυξάνεται κατά το στάδιο της συνειδητοποίησης, γ) δίνουν έμφαση στην αυτό-επανεκτίμηση τόσο στο στάδιο της περισυλλογής όσο και στο στάδιο της δράσης, δ)δίνουν έμφαση στην αυτοαπελευθέρωση , μια σχέση βοήθειας, και στην ενίσχυση της διαχείρισης στο στάδιο της δράσης, ε) και μετρούν την κατάσταση ελέγχοντας το ερέθισμα και στο στάδιο της δράσης και στο στάδιο ης συντήρησης. Αυτοί που υποτροπίασαν βρέθηκε να απαντούν σε ένα συνδυασμό του σταδίου περισυλλογής και του σταδίου δράσης. Τα αποτελέσματα συζητήθηκαν σε σχέση με την ανάπτυξη ενός μοντέλου αυτό-αλλαγής της συμπεριφοράς του καπνίσματος και ενισχύοντας ένα πιο ενοποιητικό γενικό μοντέλο αλλαγής.

Η έρευνα αυτή σχεδιάστηκε για να μελετήσει τα άτομα που αλλάζουν από μόνοι τους μια συνήθεια σε καθένα από τα πέντε στάδια της αλλαγής , τα οποία είναι η λήψη , η περισυλλογή , δράση , συντήρηση και η υποτροπή. Το διαθεωρητικό μοντέλο περιλαμβάνει δέκα διαδικασίες αλλαγής που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των σταδίων και αυτές είναι η συνειδητοποίηση, απελευθέρωση εαυτού, κοινωνική απελευθέρωση, επαναξιολόγηση εαυτού, επαναξιολόγηση περιβάλλοντος, δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών, έλεγχος ερεθισμάτων, διαχείριση ενισχύσεων, η εκδραμάτιση και οι υποστηρικτικές σχέσεις.

Βασισμένοι στο αναθεωρητικό μοντέλο και σε προηγούμενη έρευνα που είχαν κάνει οι Prochaska and DiClemente το 1982 έκαναν κάποιες προβλέψεις σχετικά με αυτήν την έρευνα. Τα υποκείμενα που βρίσκονται στο στάδιο του μη προβληματισμού επειδή συνηθίζεται να είναι αμυντικά ως προς τη συμπεριφορά τους και να αποφεύγουν να αλλάξουν τη σκέψη τους και τη συμπεριφορά τους θα χρησιμοποιούσαν τις διαδικασίες αλλαγής σημαντικά λιγότερο από τα άτομα που βρίσκονταν σε άλλα στάδια.. Επειδή τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του προβληματισμού σκέπτονται σοβαρά να αλλάξουν την συνήθεια του καπνίσματος θα χρησιμοποιούσαν την διαδικασία της συνειδητοποίησης περισσότερο για να συλλέξουν περισσότερες πληροφορίες όσον αφορά για το κάπνισμα. Επειδή η επαναξιολόγηση εαυτού φαίνεται να είναι να μια διαδικασία που γεφυρώνει το στάδιο του προβληματισμού και το στάδιο της δράσης , η επαναξιολόγηση εαυτού θα χρησιμοποιούνταν περισσότερο σε αυτά τα δυο στάδια. Επειδή τα υποκείμενα στο



στάδιο της δράσης νιώθουν πιο δεσμευμένα να προβούν σε αλλαγές συμπεριφοράς θα χρησιμοποιούσαν περισσότερο τις διαδικασίες της αυτό απελευθέρωσης, τη δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών τον έλεγχο των ερεθισμάτων και τη διαχείριση των ενισχύσεων. Δεν υπάρχουν όμως σαφείς προβλέψεις από προηγούμενη έρευνα για το ποιες διαδικασίες θα λάμβαναν περισσότερο μέρος στο στάδιο της συντήρησης και της υποτροπής.

Στην έρευνα συμμετείχαν 872 άτομα εθελοντικά από το Ρόουντ Άιλαντ , το Χιούστον και το Τέξας. Όλα τα άτομα αποδόθηκαν σε μία από τις πέντε ομάδες ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονταν εκείνη την περίοδο. Χωρίστηκαν ως εξής στις παρακάτω ομάδες:

1) Άτομα τα οποία είχαν μακροπρόθεσμα παραιτηθεί από το κάπνισμα. Αυτοί οι 247 εθελοντές βρίσκονταν στο στάδιο της συντήρησης αφού δεν είχαν καπνίσει τουλάχιστον για τους τελευταίους έξι μήνες. Ο μέσος όρος της συντήρησης ήταν 5,9 χρόνια. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν σαράντα τέσσερα χρονών και ήταν 133 γυναίκες και 114 άνδρες. Ο μέσος ορος ηλικίας που είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα ήταν 17 χρονών.

2) Αυτοί που πρόσφατα είχαν παραιτηθεί από το κάπνισμα. Αυτά τα 134 υποκείμενα βρίσκονταν στο στάδιο της δράσης καθώς είχα παραιτηθεί από το κάπνισμα εντός 6 μηνών πριν συμμετάσχουν στην έρευνα. Ο μέσος όρος του χρονικού διαστήματος που απείχαν από το κάπνισμα ήταν 2.2 μήνες. Ο μέσος ορος της ηλικίας τους ήταν 35 χρονών και αποτελούνταν από 80 γυναίκες και 54 άνδρες. Επίσης ο μέσος ορος της ηλικίας τους που είχαν ξεκινήσει το κάπνισμα ήταν 16 χρονών.

3) Αυτοί που βρίσκονταν στο στάδιο του προβληματισμού. Αυτά τα 187 άτομα βρίσκονταν στο στάδιο του προβληματισμού αφού κάπνιζαν τακτικά κατά το προηγούμενο έτος αλλά σκέφτονταν σοβαρά να κόψουν το κάπνισμα. Ο μέσος ορος της ηλικίας τους είναι 40 χρονών και αποτελούνταν από 113 γυναίκες και 74 άνδρες και ο μέσος ορος ηλικίας που είχαν ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους να καπνίζουν ήταν 17 χρονών.

4) Άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του μη προβληματισμού. Αυτοί οι 108 καπνιστές βρίσκονταν στο στάδιο του μη προβληματισμού καθώς ανέφεραν ότι δεν

είχαν καμία πρόθεση να κόψουν το κάπνισμα μέσα στο επόμενο χρόνο. Ο μέσος ορος της ηλικίας τους ήταν 38 χρονών , ήταν 74 γυναίκες και 34 άνδρες και ο μέσος ορος ηλικίας που είχαν ξεκινήσει να καπνίζουν ήταν 16 χρονών.

5) Αυτοί που υποτροπίασαν. Αυτά τα 196 άτομα συμπεριλήφθηκαν επίσης για να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιούν τις διαδικασίες αλλαγής και που οδήγησε στο να καπνίσουν ξανά. Ο μέσος ορος ηλικίας αυτής της ομάδας ήταν 36 χρονών και αποτελούνταν από 129 γυναίκες και 67 άνδρες . ο μέσος ορος ηλικίας αρχής του καπνίσματος ήταν 17 χρονών . Βασικά δημογραφικά στοιχεία σχετικά με τα θέματα που αναφέρονται είναι ότι ήταν ενήλικες μέσης ηλικίας και της μεσαίας τάξης, που άρχισαν κάπνισμα ως έφηβοι (M = 17 ετών). Η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 40 και των γυναικών ήταν 37 χρόνια.

Από το συνολικό δείγμα το 62% ήταν παντρεμένοι , 27% ήταν ανύπαντροι, 16,5% και το 5,8% ήταν χωρισμένοι ή είχαν χηρέψει. Από το σύνολο του δείγματος το 19,3% είχε ολοκληρώσει το λύκειο ή και όχι, το 41,7% είχε παρακολουθήσει τα μαθήματα κάποιας σχολής, το 17% είχε πτυχίο πανεπιστημίου και το 19,3% είχε ολοκληρώσει και μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Περίπου το ήμισυ των υποκειμένων είχαν εισόδημα λιγότερο των 15.000 δολαρίων το χρόνο και το 8% είχε εισοδήματα της τάξεως 30.000 δολαρίων και άνω ετησίως.

Η έρευνα διήρκησε 2 χρόνια και οι εθελοντές θα συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο μια συνέντευξη κάθε έξι μήνες . τα υποκείμενα θα ρωτούνταν μια σειρά από πέντε ερωτήσεις για να καθοριστεί σε ποιο στάδιο ανήκαν κάθε φορά.

Τα συμπεράσματα που βγήκαν από αυτήν την έρευνα βοήθησαν παρά πολύ στην κατανόηση του εαυτού και ταυτόχρονα στην ανάπτυξη αυτού του ενοποιητικού μοντέλου αλλαγής. Όπως προβλήθηκε ήδη από το αναθεωρητικό μοντέλο τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του μη προβληματισμού χρησιμοποιούν τις λιγότερες διαδικασίες αλλαγής και αυτό σημαίνει ότι επεξεργάζονται λιγότερες πληροφορίες σχετικά με το κάπνισμα, δεν ξοδεύουν χρόνο για να επαναξιολογήσουν τον εαυτό τους ως καπνιστή, έχουν λιγότερες συναισθηματικές αντιδράσεις ως προς τις αρνητικές πτυχές του καπνίσματος και κάνουν τη λιγότερη προσπάθεια για να μετατοπίσουν την προσοχή τους μακριά από το κάπνισμα. Τώρα τι μετακινεί ακριβώς τα άτομα από το στάδιο του μη προβληματισμού στο στάδιο του προβληματισμού δεν είναι αρκετά σαφές από την έρευνα , παρ όλα αυτά τα άτομα στο στάδιο αυτό είναι

πιθανό να δείξουν ανταπόκριση απέναντι σε πληροφορίες που αφορούν το κάπνισμα και συνήθως αναφέρουν το αίσθημα ότι σκέφτονται πιο πολύ τον εαυτό τους σε σχέση με αυτήν την κακή τους συνήθεια. Αυτή η αυξημένη επαναξιολόγηση του εαυτού τους μεταφέρει στο στάδιο της δράσης , τους κάνει να νιώθουν ενοχλημένοι με τον εαυτό τους που καπνίζουν και τους οδηγεί στο να θέλουν να δεσμευτούν να κόψουν το κάπνισμα. Όπως αναμενόταν στο στάδιο αυτό της δράσης χρησιμοποιούν τις δυο αυτές διαδικασίες δηλαδή την δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών και τον έλεγχο των ερεθισμάτων για να προσπαθούν ενεργά να καταφέρουν να αλλάξουν αυτήν την κακή τους συνήθεια. Αναφέρουν πως αρχίζουν να διαχειρίζονται ενισχύσεις πχ( θα βραβευτώ από τους άλλους αν δεν καπνίζω) και να ανταποκρίνονται πολύ σε υποστηρικτικές σχέσεις . επίσης είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα άτομα βιώνουν λιγότερο την εμπειρία των ενισχύσεων κατά τη διάρκεια της συντήρησης αν και συνεχίζουν να δίνουν έμφαση στη δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών και στον έλεγχο των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος τους ώστε να μην μπαίνουν σε πειρασμούς. Τα αποτελέσματα επίσης μας δείχνουν για το πώς νιώθουν τα άτομα τα οποία πρόσφατα είχαν υποτροπιάσει μετά από μια περίοδο που είχαν διακόψει το κάπνισμα. Τα άτομα αυτά αναφέρουν να δίνουν έμφαση πιο πολύ σε διαδικασίες που παρατηρούνται στο στάδιο του προβληματισμού και στο στα στάδιο της δράσης. Συγκεκριμένα τα άτομα που υποτροπίασαν χρησιμοποιούσαν διαδικασίες συνειδητοποίησης τόσο συχνά όσο και τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο του προβληματισμού , επαναξιολόγηση εαυτού τόσο συχνά όσο τα προβληματιζόμενα άτομα και τα άτομα που πρόσφατα που είχαν διακόψει το κάπνισμα, αναζητούσαν υποστηρικτικές σχέσεις όσο και τα άτομα που πρόσφατα είχαν διακόψει το κάπνισμα και έλεγχο των ερεθισμάτων τόσο συχνά όσο και τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της δράσης και της συντηρήσεις. Αυτοί που υποτροπίασαν ίσως να προετοίμαζαν τον εαυτό τους να κόψουν ξανά το κάπνισμα καθώς ασκούσαν διαδικασίες συσχετισμένες με το στάδιο του προβληματισμού. Επίσης ίσως τα άτομα αυτά προσπαθούσαν να εμποδίζουν την πλήρη υπότροπη τους καθώς χρησιμοποιούσαν διεργασίες της δράσης και της συντηρήσεις προκειμένου να περιορίσουν τουλάχιστον τα επίπεδα του καπνίσματος τους. Από τα παράπαν βλέπουμε ποιες διεργασίες πραγματοποιούνται σε αυτά τα 5 διαφορετικά στάδια και θα έπρεπε να προσθέσουμε πως το στάδιο της διατήρησης είναι πράγματι ένα ενεργό στάδιο και όχι ένα στάδιο απουσίας αλλαγής.

Τα δεδομένα αυτά που προκύπτουν από την έρευνα αυτή θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ώστε να διευκολύνουν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος και αντί να υποθέτουν ότι όλα τα άτομα που απευθύνονται για θεραπεία να μην λαμβάνονται αμέσως ως άτομα που είναι έτοιμα για δράση όπως συνήθως συμβαίνει στις συμπεριφορές παρεμβάσεις αλλά να ομαδοποιούνται με βάση το στάδιο στο οποίο βρίσκονται. Έτσι σε ανάλογο πρόγραμμα θεραπείας οι καπνιστές που βρίσκονταν στο στάδιο του προβληματισμού θα μπορούσαν να ξεκινήσουν με το τις διεργασίες της συνειδητοποίησης και της επαναξιολόγησης εαυτού ενώ οι καπνιστές που είναι στο στάδιο της δράσης θα μπορούσαν να εφαρμόσουν με τις συμπεριφορές διεργασίες.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας παρέχουν σημαντική υποστήριξη στο διαθεωρητικό μοντέλο καθώς προτείνουν και σημαντικές τροποποιήσεις και επίσης πρέπει να γίνουν και άλλες συγκριτικές έρευνες για να αποδειχθεί η εγκυρότητα του , γεγονός που στη συνέχεια έγινε και θα δούμε παρακάτω.

## **1.2 Βασικές διαστάσεις**

Μέσα από έρευνες έχει τονιστεί η χρησιμότητα της έννοιας των σταδίων, η οποία θα οδηγήσει στη διαφοροποίηση της χρονικής φύσης της αλλαγής από τα λειτουργικά της στοιχεία (Grimley, Prochaska, Velicer, Blais, & DiClemente, 1994). Παρά το γεγονός ότι είναι υποχρεωτικό να υπάρχουν κάποια καθήκοντα προκειμένου να επέλθει η αλλαγή. Τα καθήκοντα αυτά συχνά μπορεί να είναι αμετάβλητα, ενώ άλλα πράγματα όπως είναι ο χρόνος που μπορεί το άτομο να ξοδέψει στο κάθε στάδιο πιθανόν να διαφέρει.

Υπάρχει η άποψη ότι η έκβαση των προγραμμάτων διακοπής του καπνίσματος θεωρείται διχοτομική, καθώς οι κατηγορίες των καπνιστών και των μη καπνιστών αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό των ατόμων που ασχολούνται με τη διαδικασία διακοπής του καπνίσματος (DiClementeetal., 1991). Κάποιες έρευνες όμως πρότειναν μία κατανόηση της παύσης η οποία θα θεωρείται μια διαδικασία και όχι τόσο ένα διχοτομικό προϊόν (PechancekandDanaher (1979), DiClementeandProchaska (1982), andProchaskaandDiClemente (1983)).

Η κατανόηση και εξέταση αυτής της διαδικασίας αλλαγής, της διακοπής του καπνίσματος, αλλά και της αλλαγής και άλλων συμπεριφορών βρίσκονται στο

επίκεντρο του Διαθεωρητικού Μοντέλου της Αλλαγής, το οποίο αναπτύχθηκε από τους Prochaska and DiClemente (1984). Το μοντέλο αυτό αποτελείται από αλληλένδετες διαστάσεις οι οποίες καλούνται να αξιολογήσουν την αλλαγή της συμπεριφοράς κατά τη διακοπή του καπνίσματος (DiClementeetal., 1991).

Προκειμένου να αλλάξει η συμπεριφορά του ατόμου πρέπει να χρησιμοποιηθούν τρεις βασικές διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση τα «Στάδια της Αλλαγής» αντιπροσωπεύει τα χρονικά και κινητήρια μέρη της αλλαγής (DiClementeetal., 1991). Η δεύτερη διάσταση η «Διαδικασία της Αλλαγής» επικεντρώνεται σε δραστηριότητες και γεγονότα που χρησιμεύουν στο να δημιουργηθεί μία επιτυχής αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τα Στάδια της Αλλαγής τα άτομα προκειμένου να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους θα προχωρήσουν κινούμενοι μέσα από κάποια στάδια. Οι Prochaska, DiClemente, and Norcross (1992) πρωτοπροσδιόρισαν τα στάδια μέσα από μία μελέτη που έγινε σε καπνιστές οι οποίοι προσπαθούσαν να διακόψουν το κάπνισμα χωρίς εξωτερική παρέμβαση και σε καπνιστές που προσπαθούσαν να κόψουν το κάπνισμα με τη βοήθεια ενός προγράμματος θεραπείας (DiClemente&Prochaska, 1983). Η τρίτη διάσταση είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή διάσταση η οποία αντιπροσωπεύεται από διαδικασίες αλλαγής (Prochaska, DiClemente&Norcross, 1992).

### **1.3 Στάδια αλλαγής**

Η άποψη που κάνει το διαθεωρητικό μοντέλο είναι ότι η αλλαγή συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου μια άποψη που γενικά έχουν αψηφήσει άλλες θεωρείες αλλαγής (Prochaska & Velicer,1997; Velicer et al.,1998; Scholl,2002). Αυτή η χρονική διάσταση της θεωρίας προτείνει ότι ένα άτομο ίσως προοδεύει μέσα από τη σειρά πέντε σταδίων όταν προσπαθεί να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του. Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς (ΔΘΜ) των Prochaska και DiClemente, θεωρείται το πιο καινοτόμο που υφίσταται στον τομέα της απεξάρτησης. Οι εισηγητές του θεωρούν ότι υπάρχουν πέντε στάδια που ακολουθεί ο άνθρωπος προκειμένου να αλλάξει συμπεριφορά.

Οι διαδικασίες που φέρνουν την αλλαγή χρησιμοποιούνται προκειμένου να αντιληφθεί το άτομο ότι υπάρχει πρόβλημα στη συμπεριφορά του και να κάνει

προσπάθειες να αλλάξει. Μέσω των σταδίων που προαναφέρθηκαν είναι δυνατόν να αντιληφθούμε πότε έχει επέλθει μία αλλαγή. Κατά τους Prochaska, DiClemente, & Norcross (1994) τα άτομα ακολουθούν συγκεκριμένες διαδικασίες, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, πρόκειται για διαδικασίες κοινές σε όλους τους ανθρώπους. Η σειρά που λαμβάνουν χώρα οι αλλαγές είναι κοινή σε όλους. Βάσει αυτής της σειράς καθορίζεται και η σειρά των σταδίων (Anastos,2006).

Στην αρχή θεωρούσαν ότι τα στάδια διαδέχονται απλά το ένα το άλλο, κάτι το οποίο τελικά δεν ισχύει. Τα στάδια λειτουργούν κυκλικά. Μπορεί κάποιος να έχει προχωρήσει σε κάποιο στάδιο και τελικά να υποτροπιάσει και να επιστρέψει σε ένα προηγούμενο. Συχνά όσοι υποτροπιάζουν αποκαρδιώνονται και δεν θέλουν να συνεχίσουν την προσπάθειά τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) των ανθρώπων που επιστρέψανε σε προηγούμενο στάδιο εντείνουν τις προσπάθειές τους και καταφέρνουν να προχωρήσουν εκ νέου. Συχνά κάνουν λάθη και επιστρέφουν σε προηγούμενα στάδια, και μετά πάλι προχωράνε μπροστά, είναι ένας κύκλος που επαναλαμβάνεται μέχρι να ολοκληρωθεί η προσπάθειά τους .

Κάθε άτομο προσπαθεί να βρει τις στρατηγικές που του ταιριάζουν προκειμένου να επιτύχει το στόχο του. Οι διαδικασίες που ακολουθούνται έχουν στενή σχέση με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Μόνο αν αυτά τα δύο συνδυαστούν σωστά θα επέλθει το αναμενόμενο αποτέλεσμα (Anastos,2006).

#### Στάδιο του Μη προβληματισμού

Τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο δεν έχουν καμία πρόθεση να αλλάξουν στο άμεσο μέλλον. Πολλά άτομα σε αυτό το στάδιο αγνοούν τα προβλήματα τους ή και δεν είναι σωστά ενημερωμένοι γι αυτά. Όταν τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του μη προβληματισμού παρουσιάζονται για ψυχοθεραπεία συχνά το κάνουν αυτό επειδή έχουν δεχτεί πίεση από άλλους . Αυτοί νιώθουν αναγκασμένοι να προχωρήσουν σε μια αλλαγή της εθιστικής συμπεριφοράς τους υπό την απειλή ότι ο, η σύζυγος τους θα τους εγκαταλείψει , ή θα απολυθούν από την εργασία τους , ή θα τους απαρνηθούν οι γονείς τους. Τα άτομα αυτά δείχνουν μια αλλαγή όσο υπάρχει αυτή η απειλή αλλά όταν νιώσουν ότι δεν είναι πια απειλημένοι επιστρέφουν πάλι στις παλιές τους άσχημες συνήθειες. Τα άτομα αυτά ρωτούνται ξεχωριστά αν σκοπεύουν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους σοβαρά μέσα στους επόμενους έξι μήνες . Εάν απαντήσουν όχι τότε σίγουρα ανήκουν σε αυτό το στάδιο

και εάν απαντήσουν «μπορεί να θέλω να αλλάξω» και τότε ακόμη σε αυτό το στάδιο ανήκουν. Τα άτομα αυτά συνήθως απαντούν « Κατά τη γνώμη μου, δεν αντιμετωπίζω κάποια προβλήματα για να αλλάξω τη συμπεριφορά μου» και « Υποθέτω ότι κάνω λάθος που έχω υιοθετήσει αυτή τη συμπεριφορά αλλά δεν υπάρχει κάτι που με κάνει να θέλω να την αλλάξω» (Αυτές οι απαντήσεις είναι το σήμα κατατεθέν για να καθοριστεί ότι τα άτομα αυτά ανήκουν στο στάδιο του μη προβληματισμού, καθώς ακόμα αποδεικνύεται ότι δεν έχουν φτάσει σε ένα σημείο ώστε να αναγνωρίσουν τη σημαντικότητα της προβληματικής συμπεριφοράς τους και τις σοβαρές επιπτώσεις της.

### Στάδιο προβληματισμού.

Στο στάδιο αυτό τα άτομα είναι ενήμεροι ότι παρουσιάζουν μια προβληματική συμπεριφορά και σκάφτονται σοβαρά να την αλλάξουν αλλά κόμη δεν έχουν δεσμευτεί να αναλάβουν δράση. Οι άνθρωποι μπορεί να μένουν κολλημένοι σε αυτό το στάδιο για μεγάλες χρονικές περιόδους. Μια σημαντική παράμετρος του προβλήματος είναι τα άτομα να ζυγίζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του προβλήματος τους. Τα άτομα φαίνεται να παλεύουν μεταξύ των θετικών εκτιμήσεων της εθιστικής συμπεριφορά τους και της προσπάθειας και της ενεργείας που θα πρέπει να δαπανήσουν προκειμένου να ξεπεράσουν αυτό το πρόβλημα. Συγκεκριμένα τα άτομα που αναφέρουν ότι έχουν αποφασίσει να αλλάξουν την συμπεριφορά τους στους επόμενους έξι μήνες ανήκουν στο στάδιο του προβληματισμού. Συνήθως οι απαντήσεις που δίνουν τα άτομα αυτά σε μετρήσεις είναι « έχω ένα πρόβλημα και πραγματικά σκέφτομαι ότι θα έπρεπε να δουλέψω πάνω σε αυτό» ή « σκέφτομαι ότι ίσως θα έπρεπε να αλλάξω κάτι σε σχέση με τον εαυτό μου». Μια σοβαρή απόφαση για τη λύση του προβλήματος είναι το κεντρικό στοιχείο του σταδίου αυτού.

### Το στάδιο της προετοιμασίας

Το συγκεκριμένο στάδιο συνδυάζει την πρόθεση με συμπεριφοριστικά κριτήρια. Τα άτομα σε αυτό το στάδιο σκοπεύουν να αναλάβουν δράση μέσα στο επόμενο μήνα για να καταφέρουν να αλλάξουν την συμπεριφορά τους και έχουν αποτύχει ήδη μια φορά τον περασμένο χρόνο να αναλάβουν δράση ως προς αυτό. Ως ομάδα, τα άτομα που είναι προετοιμασμένα για δράση αναφέρουν κάποιες μικρές συμπεριφορές αλλαγές όπως για παράδειγμα ότι κάπνισαν πέντε λιγότερα τσιγάρα ή

καθυστερήσαν το πρώτο τσιγάρο της ημέρας για τριάντα λεπτά (DiClemente et al.,1991). Αν και άτομα αυτά έχουν κάνει κάποιες μειώσεις στις προβληματικές τους συμπεριφορές δεν έχουν αναπτύξει ακόμη την ικανότητα της αποτελεσματικής δράσης όπως για παράδειγμα να απέχουν από το κάπνισμα ή από το αλκοόλ ή από την χρήση ηρωίνης. Έχουν όμως αυτήν την πρόθεση να για να πραγματοποιήσουν κ αυτό στο άμεσο μέλλον. Στις μετρήσεις που γίνονται τα άτομα αυτά έχουν υψηλά σκορ και στη κλίμακα του σταδίου του προβληματισμού και στην κλίμακα του σταδίου δράσης. Ορισμένοι ερευνητές προτιμούν να αντιλαμβάνονται το στάδιο της προετοιμασίας ως τα πρώτα σκιρτήματα του σταδίου της δράσης. Αυτό επίσημα αποκαλείται λήψη απόφασης (decision making).

### Στάδιο δράσης

Το στάδιο αυτό είναι στο οποίο τα άτομα τροποποιούν την συμπεριφορά τους, τις εμπειρίες τους ή ακόμα και το περιβάλλον τους προκειμένου να ξεπεράσουν αυτή την εθιστική τους συμπεριφορά. Η δράση περιλαμβάνει τις πιο φανερές συμπεριφορικές αλλαγές και απαιτεί σημαντική δέσμευση του χρόνου και της ενέργειας. Οι μετασχηματισμοί των εθιστικών συμπεριφορών που συμβαίνουν στο στάδιο της δράσης τείνουν να είναι πιο ορατοί και λαμβάνουν εξωτερική αναγνώριση. Οι άνθρωποι, ακόμη και οι επαγγελματίες συχνά όμως και εσφαλμένα τείνουν να εξισώνουν την δράση με την αλλαγή. Το γεγονός αυτό έχει σαν συνέπεια να παραβλέπουν την σημαντική δουλειά που [προετοιμάζει τα άτομα για δράση και την σημαντική προσπάθεια που χρειάζεται για να διατηρήσεις τις αλλαγές που ακολουθούν από τη δράση. Τα άτομα ανήκουν σε αυτό το στάδιο αν έχουν καταφέρει να μεταβάλλουν την εθιστική τους συμπεριφορά από μια μέρα μέχρι έξι μήνες . μεταβάλλω μια εθιστική συμπεριφορά επιτυχώς σημαίνει ότι έχω φτάσει κοντά στο κριτήριο για παράδειγμα της αποχής. Με το κάπνισμα για παράδειγμα το να το ελαττώσει κάποιος στο 50% ή να καπνίζει τσιγάρα που έχουν λιγότερη πίσσα και νικοτίνη είναι κάποιες συμπεριφορικές οι οποίες μπορούν να προετοιμάσουν τα άτομα για δράση αλλά δεν ικανοποιούν τα κριτήρια για επιτυχή δράση. Σε συνεχείς μετρήσεις που γίνονται , τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της δράσης εγκρίνουν δηλώσεις όπως « πραγματικά δουλεύω σκληρά για να αλλάξω» και « ο καθένας μπορεί να μιλήσει για αλλαγή , εγώ πραγματικά κάνω κάτι σχετικά με αυτό το θέμα». Τα άτομα αυτά έχουν υψηλά σκορ στην κλίμακα της δράσης και χαμηλότερα σε άλλες κλίμακες. Μετασχηματισμός της συμπεριφοράς-στόχου ώστε να εκπληρώνει



ένα αποδεκτό κριτήριο και σημαντικές φανερές προσπάθειες για αλλαγή είναι τα σήματα ότι ένα άτομο βρίσκεται στο στάδιο δράσης.

#### Στάδιο διατήρησης της νέας συμπεριφοράς

Είναι το στάδιο αυτό στο οποίο οι άνθρωποι δουλεύουν σκληρά για να εμποδίσουν την υποτροπή, και να σταθεροποιήσουν τα «κέρδη» που έχουν επιτευχθεί κατά τη διάρκεια του σταδίου δράσης. Παραδοσιακά, η διατήρηση φαινόταν σαν ένα στατιστικό στάδιο. Όμως το στάδιο της διατήρησης είναι μια συνέχιση, μια εξακολούθηση και όχι απουσία της αλλαγής. Για τις εθιστικές συμπεριφορές το στάδιο της διατήρησης διαρκεί από έξι μήνες έως αορίστου χρόνου από το αρχικό στάδιο δράσης. Για ορισμένες συμπεριφορές το στάδιο της διατήρησης μπορεί να διαρκέσει και μια ολόκληρη ζωή. Το να παραμείνεις ελεύθερος από μια εθιστική συμπεριφορά και το να είσαι ικανός να ακολουθήσεις με συνέπεια μια νέα συμπεριφορά για περισσότερο από έξι μήνες είναι τα κριτήρια για κάποιον που θεωρείται ότι βρίσκεται στο στάδιο της διατήρησης. Στην αξιολόγηση που γίνεται στο στάδιο αυτό οι πιο αντιπροσωπευτικές απαντήσεις που δίνονται από τα υποκείμενα είναι « ίσως χρειάζομαι μια ώθηση/ προαγωγή για να με βοηθήσει να διατηρήσω τις αλλαγές που έχω καταφέρει» και « είμαι εδώ για να εμποδίσω τον εαυτό μου να υποτροπιάσει». Η σταθεροποίηση της νέας συμπεριφοράς και η αποφυγή της υποτροπής είναι τα σήματα κατατεθέν του σταδίου της διατήρησης.

#### Στάδιο τερματισμού (μερικές φορές δεν αναφέρεται το στάδιο αυτό)

Στο στάδιο αυτό τα άτομα έχουν την ικανότητα να μην επηρεάζονται καθόλου και να θέλουν να επιστρέψουν στην παλιά τους εθιστική συμπεριφορά και παρουσιάζουν 100% αυτό-αποτελεσματικότητα. Δεν τους ενδιαφέρει τι κατάσταση θα αντιμετωπίσουν γιατί είναι σίγουροι ότι θα συνεχίσουν την υγιεινή τους συμπεριφορά και δεν θα επιστρέψουν σε μη υγιεινές εναλλακτικές συνήθειες. Ιδανικά, η συμπεριφορά τους γίνεται αυτόματα πια, σαν να παίρνει κανείς τα φάρμακα του τη ίδια στιγμή και στο ίδιο μέρος κάθε μέρα, χωρίς αποφάσεις και χωρίς πιέσεις απλά σαν να βουρτσίζει κάποιος τα δόντια του. Συμπεριφέρονται σαν να μην είχαν αποκτήσει ποτέ αυτήν την συμπεριφορά.

#### **1.4 Διαδικασίες αλλαγής.**

Κατά την TTM υπάρχουν πέντε βιωματικές διαδικασίες, η αύξηση της συνείδησης, η δραματική ανακούφιση, η περιβαλλοντική επανεκτίμηση, η αυτό-επανεκτίμηση και η κοινωνική απελευθέρωση. Υφίστανται επίσης πέντε συμπεριφορικές διαδικασίες. Η ενίσχυση της διαχείρισης, η δημιουργία ανταγωνιστικών συμπεριφορών, η παροχή βοήθειας σε σχέσεις, η αυτό-απελευθέρωση, ο έλεγχος των κινήτρων. Οι γνωστικο-συναισθηματικές διαδικασίες πραγματοποιούνται κατά βάση στα πρώιμα στάδια της αλλαγής, ενώ οι συμπεριφορικές διαδικασίες σε προχωρημένα στάδια (Perz, DiClemente, & Carbonari, 1996; Prochaska et al., 1992).

#### **Διαδικασίες αλλαγής – βιωματικές**

##### 1. Συνειδητοποίηση ( ενίσχυση επίγνωσης).

«Φέρνω ξανά στο νου μου πληροφορίες που μου είχαν δώσει κάποιοι άνθρωποι για το πώς να κόψω το κάπνισμα.»

Η συνειδητοποίηση πιο αναλυτικά περιλαμβάνει αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τα αίτια, τις συνέπειες και τις θεραπείες για ένα συγκεκριμένο πρόβλημα συμπεριφοράς. Οι παρεμβάσεις που μπορούν να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση περιλαμβάνουν την ανατροφοδότηση, την εκπαίδευση, την αντιπαράθεση, την ερμηνεία αλλά και εκστρατείες στα μέσα ενημέρωσης.

##### 2. Εκδραμάτιση ( συναισθηματική διέγερση).

« Αντιδρώ συναισθηματικά σε προειδοποιήσεις σχετικά με το κάπνισμα.» Αρχικά παράγει αυξημένες συναισθηματικές εμπειρίες που ακολουθούνται από μειωμένη επίδραση αν μπορούν να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα. Το ψυχόγραμμα, τα παιχνίδια ρόλων, το πένθος, οι προσωπικές μαρτυρίες και οι εκστρατείες των μέσων ενημέρωσης είναι παραδείγματα των τεχνικών που μπορούν να μετακινήσουν τους ανθρώπους συναισθηματικά

##### 3. Επαναξιολόγηση περιβάλλοντος.

«Σκέφτομαι την άποψη ότι το κάπνισμα μπορεί να είναι επιβλαβές για το περιβάλλον.»

#### 4. Κοινωνική απελευθέρωση (περιβαλλοντικές ευκαιρίες).

«Βρίσκω ότι η κοινωνία αλλάζει με τέτοιους τρόπους ώστε η ζωή των μη καπνιστών να γίνεται πιο εύκολη.»

#### 5. Επαναξιολόγηση εαυτού.

«Η εξάρτηση μου από τα τσιγάρα με κάνει να νιώθω απογοητευμένος με τον εαυτό μου.»

#### **Διαδικασίες αλλαγής – συμπεριφορικές**

#### 6. Έλεγχος ερεθισμάτων

«Αφαιρώ 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. Διαχείριση συνδέσεων

«Βρίσκω ότι το να κάνω αλλά πράγματα με τα χέρια μου είναι καλό υποκατάστατο του καπνίσματος.»

#### 9. Διαχείριση ενισχύσεων

«Επιβραβεύω τον εαυτό μου όταν δεν καπνίζω.»

#### 10. Απελευθέρωση εαυτού

«Δεσμεύομαι να μην καπνίσω» (Prochaska, DiClemente, 1983)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΝΑ ΑΛΛΑΞΟΥΝ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ.**

Αφού ο Norcross και ο Prochaska (2002) παρατήρησαν ανθρώπους οι οποίοι δεν κατάφεραν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, τελικά κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μεγάλη διαφορά από άνθρωπο σε άνθρωπο αναφορικά με την ετοιμότητά του να αλλάξει τη συμπεριφορά του (Norcross and Prochaska, 2002). Συμπέραναν επίσης ότι σημαντικό ποσοστό ανθρώπων (το 40%) δεν αντιλαμβάνεται καν ότι έχει πρόβλημα, πόσο μάλλον να προσπαθήσει να το αλλάξει. Ένα άλλο μέρος ανθρώπων (το 40%) αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει πρόβλημα και σκοπεύει να κάνει αλλαγές μετά από αρκετούς μήνες, ενώ υπάρχει και ένα μικρό ποσοστό ανθρώπων (20%) που βρίσκονται στο στάδιο προετοιμασίας και σκοπεύουν να κάνουν πράξη τα σχέδιά τους (Anastos,2006).

Είναι πολύ λίγα τα πρόσωπα που είναι προετοιμασμένα να προβούν σε πράξεις προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα που υπάρχουν στη συμπεριφορά τους. Περίπου το 50% των ανθρώπων βρίσκονται στο στάδιο της προπερίσκεψης και δεν σκοπεύουν να προβούν σε πράξεις στο άμεσο μέλλον. Αναφορικά με του καπνιστές μόνο το 10-20% βρίσκονται στο στάδιο προετοιμασίας, ενώ το 40-60% βρίσκεται στο στάδιο τη προπερίσκεψης (Abrams, Follick, & Biener, 1988; Gottlieb, Galavotti, McCuan, & McAlister, 1990; Pallonen, Fava, Salonen, & Prochaska, inpress; Pierce, 1992; Prochaska et al., 1992). Είναι σημαντικό λοιπόν προκειμένου να βοηθηθούν τα άτομα που χρήζουν αλλαγής στη συμπεριφορά τους να βρεθούν τρόποι που θα τους κάνουν να περάσουν από το στάδιο της προπερίσκεψης σε αυτό της δράσης.

Αφού μελέτησαν τα πλεονεκτήματα δώδεκα συμπεριφορών, του καπνίσματος, της προσπάθειας απεξάρτησης από την κοκαΐνη, της μείωσης του βάρους, της δίαιτας χαμηλής σε λιπαρά, προσπάθειες να σταματήσουν κάποια άτομα την παραβατική τους συμπεριφορά, ενημέρωση για το ασφαλές σεξ και τη χρήση προφυλακτικού, προτάσεις για τη χρήση αντηλιακού, την άσκηση, την προληπτική πρακτική μαστογραφία και την επαφή των γιατρών με καπνιστές, αντελήφθησαν ότι σε όλες αυτές τις συμπεριφορές οι άνθρωποι στο στάδιο της προπερίσκεψης, θεωρούσαν ότι τα μειονεκτήματα θα ήταν περισσότερα εάν προσπαθούσαν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους από τα πλεονεκτήματα. Όσοι όμως βρίσκονταν ήδη στο στάδιο της δράσης είχαν αντίθετη άποψη. Στα περισσότερα προβλήματα φαίνεται ότι πριν τα

άτομα προβούν στη δράση αντιστρέφεται η ισορροπία ανάμεσα στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα.

Και στις δώδεκα περιπτώσεις φαίνεται ότι στο στάδιο της περίσκεψης(ή στάδιο προβληματισμού) τα πλεονεκτήματα της αλλαγής συμπεριφοράς ήταν περισσότερα από αυτά στο στάδιο της προπερίσκεψης. Δεν υπήρχε ένα σταθερό μοτίβο των διαφορών ανάμεσα στα στάδια, αναφορικά με τα μειονεκτήματα της αλλαγής. Υπήρχε όμως ένα αρκετά συνεκτικό μοτίβο των διαφορών στα μειονεκτήματα που συναντώνται στην αλλαγή ανάμεσα στο στάδιο της περίσκεψης και σε αυτό της δράσης. Σε όλες τις περιπτώσεις τα μειονεκτήματα ήταν λιγότερα στο στάδιο της δράσης από αυτά στο στάδιο της προπερίσκεψης. Δεν υπήρχε κανένα σταθερό μοτίβο των διαφορών ανάμεσα στα υποκείμενα σε περισυλλογή και σε αυτά που βρίσκονταν στο στάδιο της δράσης, σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής.

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν και περιελάμβαναν έντεκα υποτύπους καπνιστών μέσα στα τρία πρώτα στάδια της αλλαγής, έγινε αντιληπτό ότι τα μειονεκτήματα του καπνίσματος ήταν πολύ πιο σημαντικά από τα πλεονεκτήματα, σε διαφοροποίηση με τη χρήση των διαδικασιών αλλαγής σε δέκα από τους υποτύπους(Velicer, Hughes,Fava, Prochaska, &DiClemente, 1992).

Με το πέρασμα όμως από το ένα στάδιο στο άλλο αρχίζουν να μειώνονται τα μειονεκτήματα και να αυξάνονται τα πλεονεκτήματα της προσπάθειας αυτής. Με το πέρασμα του χρόνου μειώνονται οι ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα και η χρήση κοκαΐνης και αυξάνονται υγιεινές όπως η άσκηση (Prochaskaetal., 1992).

Οι υποθέσεις τους αυτές ελέγχθηκαν μέσα από δύο μελέτες. Τα αποτελέσματα της πρώτης μελέτης δοκιμάστηκαν σε μία δεύτερη μελέτη, σε έναν σημαντικό αριθμό καπνιστών (DiClementeetal., 1991).

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής και των δώδεκα προβλημάτων αναφέρονται αναλυτικά από τον Prochaska. Οι περισσότερες από τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν ολοκληρώθηκαν πριν το στάδιο της προετοιμασίας, το οποίο αποτέλεσε ξεχωριστό στάδιο του Διαθεωρητικού μοντέλου (DiClementeetal., 1991).Όπως καθίσταται εμφανές και στον Πίνακα 1 μόνο δύο από τις ομάδες που αφορούσαν την άσκηση και το γιατρό είχαν υποομάδες που

αντιπροσώπευαν το στάδιο της προετοιμασίας. Οι ομάδες που σχετίζονταν με το ασφαλές σεξ και την έκθεση σε αέριο ραδονίου συνδύαζαν θέματα στα στάδια της δράσης και της συντήρησης.

Table 1  
*Total Sample Size and Subsamples for Each Stage for Each of the 12 Problem Behaviors*

Study	Sample	<i>n</i>	Precon- templation	Contem- plation	Prepara- tion	Action	Maintenance
1	Smoking	764	108	187	2	134	247
2	Cocaine	156	8	15		71	62
3	Weight control	123	18	65		22	18
4	High-fat diet	180	41	32		5	102
5	Delinquency	159	29	46		43	41
6	Safe sex	213	94	17		102	
7	Condom use	345	131	58		20	114
8	Sunscreen use	227	119	18		10	80
9	Radon gas exposure	698	520	121		57	
19	Exercise	717	53	242	182	101	139
11	Mammography	141	31	24		26	60
12	Physicians	135	43	20	3	2	67

Αν εξαιρεθεί η απόκτηση της άσκησης, σε όλες τις μελέτες χρησιμοποιήθηκε αλγόριθμος 4-5 στοιχείων για τα θέματα σχετικά με τα στάδια. Στο πρώτο στοιχείο ερωτήθηκε εάν τα άτομα είχαν ακόμα την αρνητική συμπεριφορά ή είχαν αρχίσει να έχουν την επιδιωκόμενη θετική συμπεριφορά. Όταν βρίσκονταν στην ανεπιθύμητη συμπεριφορά και δεν στόχευαν να την αλλάξουν μέσα στους επόμενους έξι μήνες βρίσκονταν στο στάδιο της προπερίσκεψης. Όταν όμως είχαν σκοπό να αλλάξουν μέσα στους επόμενους έξι μήνες τότε βρίσκονταν στο στάδιο της περίσκεψης. Τα άτομα που βρίσκονταν στο στάδιο της προετοιμασίας έπρεπε ήδη να είχαν επιτύχει κάποιες αλλαγές ή να σκοπεύουν να τις επιτύχουν μέσα στον επόμενο μήνα, αλλά δεν κάλυπταν ακόμα κάποιο συγκεκριμένο κριτήριο, όπως το να ασκούνται για παράδειγμα είκοσι λεπτά την ημέρα, τρεις φορές την εβδομάδα. Τα πρόσωπα του σταδίου της δράσης είχαν καταφέρει ήδη να πραγματοποιήσουν το επιδιωκόμενο κριτήριο, όπως ήταν για παράδειγμα η μη χρήση κοκαΐνης ή η διακοπή του καπνίσματος τους τελευταίους έξι μήνες. Όσοι βρίσκονταν στο στάδιο της συντήρησης είχαν καταφέρει να καλύπτουν το κριτήριο που είχε τεθεί έξι μήνες περίπου πριν την έρευνα. Το κριτήριο χρόνος ήταν το ίδιο σχεδόν για όλα τα μελετώμενα προβλήματα (Prochaska, J. O., 1994).

Εξετάστηκε το μεγαλύτερο ποσοστό των αυξήσεων των πλεονεκτημάτων και των μειώσεων στα μειονεκτήματα της συμπεριφοράς της υγείας από το στάδιο της προεπισκόπησης μέχρι αυτό της δράσης. Λήφθηκε υπ' όψιν η μέγιστη αύξηση ή μείωση που συναντήθηκε κατά το πέρασμα των σταδίων και η διαφορά που υπήρχε στα αποτελέσματα από το στάδιο της προεπισκόπησης σε αυτό της δράσης, καθώς συνήθως τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μειώνονται στο στάδιο της δράσης. Είναι πιθανόν δηλαδή τα πλεονεκτήματα να είναι αυξημένα και στη συνέχεια να μειωθούν. Αναφέρονται τα υψηλότερα ποσοστά της αύξησης ή της μείωσης προκειμένου να είναι εφικτές οι συγκρίσεις των μέτρων σε εντελώς διαφορετικά προβλήματα (Prochaska, J. O., 1994).

Στον Πίνακα 2 καθίσταται σαφής η μέγιστη αύξηση που παρατηρήθηκε στα πλεονεκτήματα και η μέγιστη μείωση στα μειονεκτήματα κατά το πέρασμα από το στάδιο της προπερίσκεψης σε αυτό της δράσης. Στις δέκα από τις δώδεκα περιπτώσεις τα πλεονεκτήματα που προέκυψαν από την αλλαγή της συμπεριφοράς ήταν πιο αυξημένα σε σχέση με τη μείωση που υπήρχε στα μειονεκτήματα. Καθίσταται εμφανές ότι σε σχέση με τα μειονεκτήματα που υπάρχουν σε μια υγιή συμπεριφορά τα πλεονεκτήματα είναι ιδιαίτερα αυξημένα σε ομάδες στις οποίες υπάρχει πρόοδος ανάμεσα στο στάδιο της προπερίσκεψης και σε αυτό της δράσης. (Prochaska, J. O., 1994).

**Table 2**  
**Maximum Increases (in T Scores) in the Pros of Healthy Behavior Changes and Maximum Decreases in the Cons of Not Changing for 12 Target Behaviors**

Behavior	Maximum increases	Maximum decreases	Ratio	n in study
1. Smoking cessation <sup>a</sup>	8.5	4.3	2.0 to 1	764
2. Quitting cocaine	13.0	1.9	6.8 to 1	156
3. Weight control	11.9	6.0	2.0 to 1	123
4. Reducing fat intake	7.1	3.0	2.4 to 1	180
5. Stopping delinquency	11.9	3.7	3.2 to 1	159
6. Safer sex	11.5	1.2*	9.6 to 1	213
7. Condom use	11.6	2.4	4.8 to 1	345
8. Using sunscreens	7.9	7.9	1.0 to 1	227
9. Testing for radon	8.1	4.7	1.7 to 1	698
10. Exercise adoption	15.9	5.1	3.1 to 1	717
11. Mammography	8.6	8.3	1.0 to 1	141
12. Following-up smokers	10.7	5.6	1.9 to 1	135
<i>M</i> for 12 problems	10.6	4.5	2.4 to 1	3,858
<i>SD</i>	2.6	2.2		
95% confidence interval	8.9–12.3	3.0–6.0		

Η δεύτερη μελέτη που ακολούθησε υποστήριξε όσα αναπτύχθηκαν στην πρώτη. Αν η πρόοδος που φαίνεται να γίνεται μέσω των ερευνών φέρει αποτελέσματα και στις προσπάθειες αλλαγής της συμπεριφοράς τότε πρόκειται για μία σημαντική μέθοδο που θα συμβάλλει στην πρόβλεψη των αλλαγών της συμπεριφοράς, γεγονός το οποίο θα επιτρέπει να προβλέπεται η πρόοδος από το στάδιο της προεπισκόπησης σε αυτό της δράσης. Θα συμβάλλει σημαντικά στα πλεονεκτήματα που θα υπάρχουν στην προσπάθεια αλλαγής της συμπεριφοράς (Meehl, 1978; Rossi, 1985). Είναι δύσκολο να προβλεφθούν οι αλλαγές στη συμπεριφορά, ιδίως γιατί η επίδραση των μειονεκτημάτων είναι ασθενέστερη από αυτή των πλεονεκτημάτων. Προκειμένου κάποιος να καταφέρει να βοηθήσει τους ανθρώπους που βρίσκονται στο στάδιο της προπερίσκεψης θα πρέπει να αναπτύξει παρεμβάσεις τόσο ισχυρές που να αυξηθεί η απόκλιση ανάμεσα στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που συναντώνται στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Θα πρέπει οι παρεμβάσεις να αλλάξουν κατά 20% περίπου τη διακύμανση αυτών των μεταβλητών. Ένας καλός τρόπος αύξησης των πλεονεκτημάτων θα ήταν να ενημερωθούν τα άτομα για τα οφέλη που θα έχουν εάν επί παραδείγματι προβούν σε διακοπή του καπνίσματος.

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που θα προκύψουν από την αλλαγή της συμπεριφοράς διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στα τέσσερα πρώτα στάδια. Σε αυτή την προσπάθεια σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσει και η κοινωνία λαμβάνοντας μέτρα που θα αυξήσουν τα πλεονεκτήματα που υπάρχουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς (Prochaska, J. O., 1994).

## **2.1 Ισορροπία απόφασης: ζύγισμα των υπέρ και των κατά.**

Σε κάθε στάδιο, το άτομο ζυγίζει τα υπέρ και τα κατά της υιοθέτησης της νέας συμπεριφοράς. Για άτομα που βρίσκονται στα στάδια του μη προβληματισμού και του προβληματισμού, τα κατά βαρύνουν περισσότερο από τα υπέρ. Η αλλαγή φαίνεται πολύ δύσκολη ή ότι δεν αξίζει τον κόπο. Το να αποχωριστεί κανείς απολαύσεις ίσως είναι πολύ απαιτητικό. Για τις περισσότερες αλλαγές, οι θυσίες είναι άμεσες, ενώ τα οφέλη όχι.

Ο ρόλος των ειδικών υγείας είναι να πετύχουν τα υπέρ να βαρύνουν περισσότερο από τα κατά. Σε μια έρευνα των Borschmann και συν. (2012) διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ συμπεριφορών που προστατεύουν από τον ήλιο σε



σχέση με τρεις ψυχολογικές μεταβλητές που επηρεάζουν τη συμπεριφορά υγείας: ισορροπία λήψης αποφάσεων, αισιοδοξίες προκαταλήψεις, και μοντέλου αλλαγής συμπεριφοράς TTM. Διακόσιοι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο «Ετοιμότητα για διαφορετική Συμπεριφορά Προστασίας από τον ήλιο» και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο διερεύνησης των παραπάνω μεταβλητών με τις στάσεις και εμπειρίες της προστασίας από τον ήλιο και τον καρκίνο του δέρματος. Οι συμμετέχοντες ήταν ομοιόμορφα κατανεμημένοι μεταξύ των σταδίων μη περισυλλογή, περισυλλογή, και δράση. Οι συμμετέχοντες στο στάδιο της δράσης είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να εγκρίνουν τα ενδεχόμενα πλεονεκτήματα που συνδέονται με την συμπεριφορά προστασίας από τον ήλιο από τους συμμετέχοντες στα στάδια της μη-περισυλλογής και περισυλλογής. Ανέφεραν επίσης ότι η ηλιοθεραπεία είναι μικρότερη σε σημασία και περισσότερο ανησυχούν για τις επιπτώσεις της στον καρκίνο του δέρματος από τους συμμετέχοντες των προηγούμενων σταδίων. Η ισορροπία της λήψης αποφάσεων και οι μετρήσεις για τις αισιοδοξίες προκαταλήψεις μεταβάλλονταν συστηματικά σε όλα τα στάδια της αλλαγής. Ωστόσο, η ισορροπία της λήψης αποφάσεων ήταν ο μόνος σημαντικός ψυχολογικός προγνωστικός δείκτης για την συμπεριφορά της αντηλιακής προστασίας. Οι αισιοδοξίες προκαταλήψεις ήταν μεγαλύτερες στο στάδιο μη-περισυλλογής, ενώ το στάδιο δράσης χαρακτηρίζεται από πιο θετική στάση απέναντι στην προστασία από τον ήλιο. Αυτό υποδηλώνει ότι η γνώση των πραγματικών κινδύνων του καρκίνου του δέρματος θα μπορούσε να αποτελέσει προάγγελο για την αλλαγή της συμπεριφοράς, αλλά μόνο στα αποτελέσματα της αλλαγής στάσεων, μέσα στο στάδιο δράσης και με μετρήσιμη αλλαγή συμπεριφοράς.

Σε μια μελέτη των Van Duyn και συν. (1998), εξετάστηκε η δυνατότητα εφαρμογής του μοντέλου TTM της αλλαγής συμπεριφοράς, για να αξιολογήσει την ετοιμότητα να αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα ενηλίκων στις ΗΠΑ. Σε έρευνα 2811 ερωτηθέντων, η μελέτη ανέπτυξε έναν αλγόριθμο που βασίζεται εν μέρει στις απαντήσεις στις ερωτήσεις για φρούτα και λαχανικά για την ταξινόμηση των ανθρώπων σε εναλλακτικά στάδια της αλλαγής. Εξετάστηκαν οι συνδέσεις μεταξύ των σταδίων της αλλαγής, πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, καθώς και δημογραφικοί και ψυχολογικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με το στάδιο της αλλαγής έναντι των φρούτων και λαχανικών.

Άτομα στα υψηλότερα στάδια της συντήρησης ανέφεραν προσλήψεις, που συμφωνούν με εθνικές διατροφικές συστάσεις των πέντε ή περισσότερων μερίδων φρούτων και λαχανικών καθημερινά και εκείνοι στο στάδιο της δράσης ανέφεραν προσλήψεις, που πλησίασαν αυτό το επίπεδο. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι τα στάδια της αλλαγής ήταν σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και εξηγεί το 17% της διακύμανσης στην πρόσληψη φρούτων και λαχανικών. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι τα στάδια αλλαγής είναι επιτυχημένος προγνωστικός δείκτης της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και το διαθεωρητικό μοντέλο παρέχει μια χρησιμότητα στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των μηνυμάτων διατροφής για την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών.

## **2.2 Ο ρόλος της αυτοαποτελεσματικότητας.**

Η αίσθηση ότι το άτομο μπορεί να καταφέρει να πετύχει την αλλαγή της συμπεριφοράς. Σταδιακά, η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να αυξηθεί και το άτομο να πιστεύει ότι μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του. Η αυτοαποτελεσματικότητα ενισχύεται με διάφορες τεχνικές (πχ role playing, εκπαίδευση σε δεξιότητες, παρατήρηση προτύπων, κλπ).

Σε μια έρευνα των Ok Kyung Ham και συν. (2007), αποδείχτηκε ότι η ισορροπία της λήψης αποφάσεων, η χρήση των διαδικασιών συμπεριφοράς, και η υψηλότερη αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν σημαντική για την εξήγηση των σταδίων διακοπής του καπνίσματος μετά τον έλεγχο της εξάρτησης από τη νικοτίνη. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι τα προγράμματα διακοπής του καπνίσματος που αναπτύχθηκαν με βάση το TTM μπορεί να βοηθήσουν τους εφήβους να προχωρήσουν μέσα από τα στάδια, ενώ είναι σημαντικό να περιλαμβάνουν και πληροφορίες σχετικά με τη χρήση βοηθημάτων για τη διακοπή του καπνίσματος.

Σε μια έρευνα των Nidecker και συν, (2008), διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο (SMI) έχουν υψηλά ποσοστά των διαταραχών χρήσης ουσιών. Το μοντέλο TTM είναι ένα πλαίσιο για την κατανόηση της αλλαγής συμπεριφοράς. Υπάρχουν πέντε κορυφαίες μετρήσεις που συνδέονται με την TTM – Αξιολόγηση αλλαγής URICA, διαδικασίες αλλαγής κλίμακας, κλίμακα ισορροπίας λήψης αποφάσεων, Κλίμακα αυτο-αποτελεσματικότητας, και πειρασμός για την χρήση των ναρκωτικών κλίμακα. Αν και οι μετρήσεις αυτές έχουν βρεθεί να είναι έγκυρες και

αξιόπιστες στους πρωτοβάθμιους χρήστες ουσιών, είναι άγνωστο αν αφορούν σε άτομα με συνυπάρχουσες SMI και διαταραχές χρήσης ουσιών (SUD). Εκτιμήσαμε τις ψυχομετρικές ιδιότητες αυτών των μέτρων σε ένα δείγμα ( $n = 240$ ) των ατόμων με συνυπάρχουσες διαταραχές. Οι συμμετέχοντες πληρούσαν τα κριτήρια DSM-IV για τη σχιζοφρένεια / σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ή μη ψυχωτική συναισθηματική διαταραχή, και την τρέχουσα εξάρτηση από την κοκαΐνη ή την σε ύφεση εξάρτηση από την κοκαΐνη. Όλες οι υποκλίμακες έδειξαν καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα στο συνολικό δείγμα. Οι αναλύσεις με διαγνωστικές ομάδες έδειξαν καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα στις περισσότερες ομάδες, με ορισμένη μείωση των συναισθηματικών διαταραχών και των ομάδων με εξάρτηση από την κοκαΐνη. Συνολικά, τα ευρήματα υποστηρίζουν τη χρήση των μετρήσεων αυτών σε άτομα με συνυπάρχουσες διαταραχές.

Οι Marshall και Biddle (2001) είχαν ως σκοπό στη μελέτη τους να συνοψίσουν τα ευρήματα από εμπειρικές εφαρμογές του Διαθεωρητικού μοντέλου (TTM) στον τομέα της φυσικής δραστηριότητας με τη χρήση της ποσοτικής μεθόδου της μετά-ανάλυσης. Βρέθηκαν ενενήντα ένα ανεξάρτητα δείγματα από 71 δημοσιευμένες εκθέσεις που παρουσιάζουν εμπειρικά δεδομένα για τουλάχιστον έναν πυρήνα του TTM που εφαρμόζεται για την άσκηση και τη σωματική δραστηριότητα. Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την εφαρμογή γιατί ο πυρήνας διαφέρει μεταξύ των σταδίων και οι περισσότερες αλλαγές είναι προς την κατεύθυνση που προβλέπει η θεωρία. Τρία είναι τα γενικά συμπεράσματα. Πρώτον, τα υπάρχοντα στοιχεία δεν είναι σε θέση να επιβεβαιώσουν εάν η αλλαγή συμπεριφοράς από σωματική δραστηριότητα συμβαίνει σε μια σειρά από στάδια που διαφέρουν ποιοτικά ή κατά μήκος παρακείμενων τμημάτων μιας υποκείμενης συνέχειας. Δεύτερον, ο αυξανόμενος αριθμός των μελετών που ενσωματώνουν έννοιες του μοντέλου TTM δείχνουν ότι υπάρχει μια αυξανόμενη ανάγκη για την τυποποίηση και τη βελτίωση της αξιοπιστίας των μετρήσεων. Τέλος, ο ρόλος των διαδικασιών της αλλαγής χρειάζεται επανεξέταση, διότι οι δομές ανώτερης τάξης δεν είναι εμφανείς στον τομέα της σωματικής δραστηριότητας και το στάδιο κατά τη διαδικασία των αλληλεπιδράσεων δεν είναι προφανές. Τώρα υπάρχουν επαρκή στοιχεία που επιβεβαιώνουν ότι η συμμετοχή στα στάδια σχετίζεται με διαφορετικά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, αυτο-αποτελεσματικότητας, ή στα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, και τις διαδικασίες αλλαγής. Περαιτέρω

μελέτες των απλοποιημένων σταδίων της συμμετοχής ή της εξέτασης των διατηρηματικών διαφορών μεταξύ των βασικών δομών του TTM είναι περιορισμένης χρήσης. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει το συντονισμό και τη διαμεσολάβηση της μετάβασης των σταδίων.

Σε μια έρευνα των Burditt και συν.(2009), διαπιστώθηκε ότι παρά την ανάγκη για μεταγγιζόμενο αίμα μεταξύ των αφρικανό-Αμερικανών λόγω του υψηλού ποσοστού της δρεπανοκυτταρικής νόσου, οι Αφροαμερικανοί δωρίζουν αίμα σημαντικά λιγότερο συχνά από ό, τι οι λευκοί. Αυτή η μελέτη περιγράφει την ανάπτυξη και την επικύρωση των πολιτισμικών μέτρων με την εφαρμογή του μοντέλου TTM για τα Στάδια της Αλλαγής, την ισορροπία της λήψης αποφάσεων, την αυτο-αποτελεσματικότητα. Οι διερευνητικές και επιβεβαιωτικές αναλύσεις έδειξαν μια κλίμακα πλεονεκτημάτων και δύο κλίμακες μειονεκτημάτων για την απογραφή της ισορροπίας λήψης αποφάσεων και μια για την αυτοαποτελεσματικότητα. Βρέθηκαν τα αναμενόμενα πρότυπα για την ισορροπία της λήψης αποφάσεων και αυτοαποτελεσματικότητας των σταδίων της αλλαγής, και μόνο τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μιας κλίμακας διέφεραν σημαντικά. Τα αποτελέσματα παρέχουν υποστήριξη για τη χρήση του TTM στην εφαρμογή της στην αιμοδοσία και να έχουν σημαντικές συνέπειες για την ανάπτυξη εργαλείων αποτελεσματικής αξιολόγησης και παρέμβασης, ώστε να υπάρξει αύξηση της δωρεάς αίματος μεταξύ των Αφρό-Αμερικανικού πληθυσμού.

Σε μια έρευνα των Prochaska και συν. (1994), περιγράφεται το μοντέλο TTM της αλλαγής συμπεριφοράς υγείας και παρουσιάζεται υποστηρικτική εμπειρική εργασία, που εξετάζει τις κεντρικές δομές του μοντέλου: τα στάδια της αλλαγής, τις διαδικασίες αλλαγής, την ισορροπία λήψης αποφάσεων, την εμπιστοσύνη, και τον πειρασμό. Συνοψίζονται οι εφαρμογές του μοντέλου που βασίζεται σε ένα ευρύ φάσμα των προβληματικών συμπεριφορών. Οι εφαρμογές του μοντέλου στον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και οι αλλαγές της συμπεριφοράς για την πρόληψη επισημαίνονται για κάθε μεταβλητή. Τέλος, περιλαμβάνει αρκετές ερωτήσεις σχετικά με την περιοχή της αλλαγής της σεξουαλικής συμπεριφοράς, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος έκθεσης του HIV αλλά και μελλοντικές ερευνητικές ιδέες που περιγράφονται στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου.

Σε μια έρευνα του Horwath (1999), έγινε μια αξιολόγηση του μοντέλου. Το TTM είναι σήμερα η πιο δημοφιλής από μια σειρά θεωριών που χρησιμοποιείται για να εξετάσει την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας. Καθορίζει ένα διατεταγμένο σύνολο από «στάδια της ετοιμότητας για την αλλαγή», στο οποίο οι άνθρωποι μπορούν να ταξινομηθούν και προσδιορίζει τους παράγοντες που μπορεί να διευκολύνει την μετακίνηση από το ένα στάδιο στο επόμενο. Αν η αλλαγή συμπεριφοράς στο φαγητό ακολουθεί μια διαδικασία από στάδια, τότε οι διατροφολόγοι θα μπορούσαν να προσδιορίσουν το κυρίαρχο στάδιο ή στάδια σε έναν πληθυσμό και να εστιάσουν στο πως είναι πιθανό να κινηθούν οι άνθρωποι στην επόμενη φάση (π.χ. από καμία πρόθεση να αλλάξουν, να σκεφτόμαστε την αλλαγή). Στην αντιμετώπιση του θέματος αυτού, η αναθεώρηση βασίζεται στο να ορίσει τα χαρακτηριστικά των θεωριών σταδίου, όπως διευκρινίζονται από τον Weinstein et al. (1998). Βασικά συμπεράσματα είναι τα εξής: (1) Οι διατροφικές μελέτες που χρησιμοποιούν το TTM εστιάζουν στα διατροφικά αποτελέσματα όπως είναι η μείωση του λίπους, παρά στην κατανόηση των συμπεριφορών των συνηθειών των ανθρώπων (π.χ. πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα). (2) Ακριβής ταξινόμηση των σταδίων είναι δυνατά για βασισμένα στην τροφή αναμενόμενα αποτελέσματα ή σκοπούς αλλά σημαντικά προβλήματα εσφαλμένης ταξινόμησης συναντώνται για βασιζόμενους στη διατροφή στόχους. (3) Η παρατήρηση ενός συσχετισμού μεταξύ σταδίου και πρόσληψης τροφής δεν είναι επαρκής για να αποδείξει την εγκυρότητα του μοντέλου για την διατροφική συμπεριφορά. (4) Υπάρχει ανάγκη για έγκυρα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση όλων των πτυχών του TTM, και περισσότερη έρευνα για το σύνολο του μοντέλου, ιδιαίτερα στις «διαδικασίες της αλλαγής», και όχι σε μεμονωμένα κατασκευάσματα όπως τα στάδια (5) Οι διατμηματικές μελέτες υποστηρίζουν γενικά τα προβλεπόμενα πρότυπα μεταξύ των διαφορών των σταδίων στην ισορροπία λήψης αποφάσεων, στην αυτο-αποτελεσματικότητα, καθώς στις διαδικασίες της αλλαγής (6) σπάνιες είναι οι μελέτες, που εξετάζουν την υπόθεση ότι διαφορετικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στη διάκριση των διάφορων σταδίων, όπως είναι οι μελέτες προοπτικής και οι παρεμβάσεις συμφωνημένων σταδίων. Μόνο οι μελέτες αυτές μπορούν με βεβαιότητα να προσδιορίσουν αν το TTM ισχύει για τη διατροφική συμπεριφορά.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΧΡΗΣΗ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΘΕΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.**

Η Κλίμακα Αξιολόγησης Αλλαγής (urica) από το Πανεπιστήμιο του Rhode Island έχει 32-σημεία μετρήσεων αυτο-αναφοράς και περιλαμβάνει 4 υποκλίμακες, που μετρούν τα στάδια της αλλαγής: μη -στοχασμός, Στοχασμός, Δράση και Διατήρηση. Οι αποκρίσεις δίνονται σε μια κλίμακα Likert 5-σημείων που κυμαίνεται από 1 (ισχυρή διαφωνία) ως 5 (ισχυρή συμφωνία). Οι υποκλίμακες μπορούν να συνδυαστούν αριθμητικά (C + A + M - PC) για να δώσουν μια δεύτερης τάξης μέτρηση ετοιμότητας για την Αλλαγή, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσει την ετοιμότητα για την αλλαγή στην αρχή της θεραπείας. Η urica αξιολογεί τα κίνητρα για αλλαγή στα τέσσερα στάδια. Η ανάλυση Cluster απέδωσε πέντε στάδια των ενήλικων ασθενών που εισέρχονται σε θεραπεία αλκοολισμού: μη-στοχασμός, αμφιθυμία, Συμμετοχή, μη συμμετοχή και στοχασμός. Οι κλινικοί γιατροί μπορούν να χρησιμοποιήσουν το urica για να αξιολογήσουν το επίπεδο κινήτρου για αλλαγή ενός ατόμου και να χρησιμοποιήσουν αυτές τις πληροφορίες για να βοηθήσουν στην επιλογή της θεραπείας. Τα αποτελέσματα των Υποκλιμάκων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εντοπίσουν μετατοπίσεις στις τοποθετήσεις σχετικές με τα συγκεκριμένα στάδια της αλλαγής .

Η κλίμακα ισορροπίας λήψης αποφάσεων μετρά τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα από τις : 1) συνέπειες στον ίδιο. 2) τις συνέπειες στους άλλους. 3) τις αντιδράσεις/ αισθήματα στον ίδιο.4) τις αντιδράσεις/ αισθήματα των άλλων. Λειτουργεί σε διάφορες εκδοχές, όπως αλκοόλ, ναρκωτικά, κάπνισμα, βάρος.

Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας μετρά την αυτο-αναφορά και αξιολογεί την εμπιστοσύνη ενός ατόμου να απέχει από τη χρήση ουσιών ή συμπεριφορών υγείας σε μια ποικιλία διαφορετικών καταστάσεων, όπως αλκοόλ, μειωμένο αλκοόλ ναρκωτικά, κάπνισμα.

Η κλίμακα κατάστασης πειρασμού (Situation Temptation Scales) μετρά πόσο το άτομο μπαίνει στον πειρασμό να συμμετάσχει σε μια ποικιλία διαφορετικών συμπεριφορών υγείας όπως η χρήση ουσιών.

Το ερωτηματολόγιο διαδικασίες αλλαγής (Processes of Change Questionnaire), αξιολογεί τη χρήση διεργασιών ενός ατόμου βιωματικής και συμπεριφορικής αλλαγής αλλαγής για διαφορετικές συμπεριφορές υγείας.

Αλγόριθμοι Σταδιοποίησης (Staging Algorithms): οι Αλγόριθμοι είναι ένας γρήγορος και αποτελεσματικός τρόπος για να εκτιμηθεί εάν ένα άτομο βρίσκεται μέσα στα στάδια των αλλαγών.

Το TTM μοντέλο έχει γενικές επιπτώσεις για όλες τις πτυχές της αναπτυξιακής παρέμβασης και της εφαρμογής της. Επιδρά σε πέντε τομείς: την πρόσληψη, τη διατήρηση, την πρόοδο, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Είναι ένα κατάλληλο μοντέλο για την *πρόσληψη* ενός ολόκληρου πληθυσμού. Παραδοσιακές παρεμβάσεις συχνά υποθέτουν ότι τα άτομα είναι έτοιμα για άμεση και μόνιμη αλλαγή συμπεριφοράς. Οι στρατηγικές πρόσληψης αντικατοπτρίζουν αυτή την υπόθεση και, ως εκ τούτου, μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό του πληθυσμού συμμετέχει. Σε αντίθεση, το μοντέλο αλλαγής της συμπεριφοράς δεν κάνει καμία υπόθεση για το πόσο έτοιμα είναι τα άτομα να αλλάξουν. Αναγνωρίζει ότι διαφορετικά άτομα θα βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια και ότι οι κατάλληλες παρεμβάσεις πρέπει να αναπτυχθούν για όλους. Ως αποτέλεσμα, έχουν πολύ υψηλά ποσοστά συμμετοχής.

Μπορεί να κρατήσει τις τιμές σε υψηλούς δείκτες. Οι παραδοσιακά παρεμβάσεις συχνά έχουν πολύ υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης. Οι συμμετέχοντες βρίσκουν ότι υπάρχει μια αναντιστοιχία μεταξύ των αναγκών, της ετοιμότητας και το πρόγραμμα παρέμβασης τους. Δεδομένου ότι το πρόγραμμα δεν είναι ανάλογο με τις ανάγκες τους, παρουσιάζεται γρήγορα η εγκατάλειψη του σχολείου. Το TTM μοντέλο είναι σχεδιασμένο για να αναπτύξει παρεμβάσεις που ταιριάζουν στις συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου. Δεδομένου ότι οι παρεμβάσεις εξατομικεύονται στις ανάγκες τους, οι άνθρωποι λιγότερο συχνά εγκαταλείπουν. Μπορεί να παρέχει ευαίσθητες μετρήσεις *προόδου*. Τα προγράμματα δράσης συνήθως χρησιμοποιούν ένα ενιαίο, διακριτό συχνά μέτρο έκβασης. Κάθε πρόοδος που δεν φθάνει το κριτήριο, δεν αναγνωρίζεται. Αυτό είναι ένα πρόβλημα στα πρώτα στάδια όπου η πρόοδος συνήθως δεν συνεπάγεται εύκολα παρατηρούμενες αλλαγές σε εμφανή πρότυπα συμπεριφοράς. Σε αντίθεση, το TTM μοντέλο περιλαμβάνει ένα σύνολο μέτρων σε μια πλήρη σειρά από γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές.

Μπορεί να διευκολύνει την ανάλυση των διαμεσολαβητικών *μηχανισμών*. Λαμβάνοντας υπόψη τις πολλαπλές κατασκευές και σαφώς καθορισμένες σχέσεις, το μοντέλο μπορεί να διευκολύνει την ανάλυση της διαδικασίας και να κατευθύνει την

τροποποίηση και βελτίωση της παρέμβασης. Για παράδειγμα, μια ανάλυση των προτύπων της μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο μπορεί να προσδιορίσει αν η επέμβαση ήταν πιο επιτυχής για τα άτομα σε ένα στάδιο και για με τα άτομα σε ένα άλλο στάδιο. Ομοίως, η ανάλυση της χρήσης της διαδικασίας μπορεί να καθορίσει αν οι παρεμβάσεις ήταν πιο επιτυχείς στην ενεργοποίηση της χρήσης ορισμένων διαδικασιών.

Το TTM μοντέλο μπορεί να υποστηρίξει μια πιο σωστή εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να αξιολογούνται όσον αφορά τις επιπτώσεις τους. Για παράδειγμα, μια παρέμβαση διακοπής του καπνίσματος θα μπορούσε να έχει ένα πολύ υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας αλλά και ένα πολύ χαμηλό ποσοστό προσλήψεων. Η κατά τα άλλα αποτελεσματική παρέμβαση θα έχει πολύ μικρό αντίκτυπο στα ποσοστά των καπνιστών στον πληθυσμό. Σε αντίθεση, μια παρέμβαση που είναι λιγότερο αποτελεσματική, αλλά έχει ένα πολύ υψηλό ποσοστό προσλήψεων θα μπορούσε να έχει σημαντικό αντίκτυπο στα ποσοστά των καπνιστών στον πληθυσμό. Παρεμβάσεις με βάση το μοντέλο TTM έχουν τη δυνατότητα να έχουν τόσο υψηλή αποτελεσματικότητα και υψηλό ποσοστό προσλήψεων, αυξάνοντας την επίδρασή του σε ολόκληρους πληθυσμούς με επικινδυνότητα συμπεριφορών υγείας, (Velicer και συν., 1998). Για τους λόγους αυτούς εφαρμόζεται σε όλους σχεδόν τους τομείς παρέμβασης, όπως χρήση ουσιών, κάπνισμα, υγεία, διατροφή, αθλητισμός, ακόμη και σε παρεμβάσεις που αφορούν την αλλαγή συνηθειών στην μετακίνηση.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΕΝΙΑΙΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι Beitman, Goldfried και Norcross (1989) εντοπίζουν τις αιτίες που συντέλεσαν στην αναζήτηση και δημιουργία αποτελεσματικότερων μοντέλων μέσω της σύνθεσης προϋπαρχουσών θεωριών και πρακτικών. Αναμφισβήτητα ο μεγάλος αριθμός των ειδών ψυχοθεραπείας (πάνω από 400) και η έλλειψη επαρκών αποδείξεων, μέσω ερευνών, ότι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση είναι αποτελεσματικότερη από μία άλλη είναι από τους κύριους λόγους. Επιπλέον, η παραδοχή ότι δεν είναι εφικτό μεμονωμένες θεωρίες να είναι αποτελεσματικές σε όλες τις περιπτώσεις και να θεραπεύουν όλα τα προβλήματα και για όλους τους ασθενείς, ειδικά λαμβάνοντας υπόψη την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς αποτελεί κίνητρο για αναζήτηση και υιοθέτηση διαθεωρητικών και συνθετικών μοντέλων. Η εμφανώς πιο ενδιαφέρουσα οπτική των κοινών στοιχείων, η συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας της θεραπευτικής σχέσης και των χαρακτηριστικών του εκάστοτε ασθενή και οι κοινωνικές πολιτικές και οικονομικές αλλαγές οδηγούν στον ίδιο στόχο.

Οι Norcross και Newman (1992) συμπληρώνουν ότι σημαντικοί παράγοντες υπήρξαν η αύξηση και σπουδαιότητα των βραχυπρόθεσμων στοχευόμενων ψυχοθεραπειών και η ανερχόμενη συνεργασία μεταξύ των κλινικών θεραπειών και των ακαδημαϊκών, καθώς και η αυξανόμενη κινητικότητα στο θέμα μέσω οργανώσεων, διαδικτυακού και έντυπου υλικού. Οι Beitman, Goldfried και Norcross (1989) σημειώνουν πως τα κοινά ζητούμενα ήταν η διερεύνηση της αλληλεπίδρασης της νόησης, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς, η αναζήτηση κάποιας θεραπείας με ισχυρή εμπειρική βάση, η ανάγκη για χρήση μιας κοινής γλώσσας και ορολογίας, η αναζήτηση για κοινές θεραπευτικές αρχές και η σπουδαιότητα των σταδίων στην ψυχοθεραπεία.

Οι Strieker και Gold (2006) επισημαίνουν ότι τα συνθετικά μοντέλα προσδιορίζουν τρόπους με τους οποίους η θεωρία και οι τεχνικές συνθέτονται. Υπάρχουν τέσσερις τύποι σύνθεσης: ο τεχνικός εκλεκτισμός, η προσέγγιση των κοινών παραγόντων, η θεωρητική σύνθεση και η αφομοιωτική σύνθεση. Ο Smith (1982) αναφέρει πως όλοι οι θεραπευτές, είτε υποστηρικτές του εκλεκτισμού είτε όχι, παραδέχονται ότι ο εκλεκτισμός είναι η καλύτερη οδός στην ψυχοθεραπεία, αν και εξαιτίας της αρχικής απουσίας κατάλληλων μοντέλων σύνθεσης (Goldfried, 1982)

κατηγορήθηκε πως ήταν αποσπασματικός (Smith, 1982) ή ακόμη και ότι συνέβαλε περισσότερο στη σύγχυση, όπως είχε δηλώσει ο Frank (1973), σύμφωνα με τον Prochaska (1995). Στη συνέχεια, διερευνώντας πως κάποιες διαφορετικές θεωρητικά μορφές ψυχοθεραπείας καταλήγουν στα ίδια επιθυμητά αποτελέσματα, ο Garfield (1992) και ο Beitman (1992) εφάρμοσαν την προσέγγιση «των κοινών σημείων», που πρεσβεύει ότι συνθέτοντας και ενσωματώνοντας τα κοινά σημεία που υπάρχουν σε διάφορες θεωρίες, μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι ψυχοθεραπείας (Prochaska, 1995). Από την άλλη ο Beutler (1983) και οι Beutler Consoli (1992), όπως και ο Lazarus (1992) διερεύνησαν μια λιγότερο θεωρητική προσέγγιση, την τεχνικό-εκλεκτική προσέγγιση, αναζητώντας στη βιβλιογραφία για συγκεκριμένες τεχνικές που αποδείχτηκαν αποτελεσματικές για συγκεκριμένους ασθενείς με συγκεκριμένα προβλήματα (Prochaska, 1995).

Οι Messer & Gurman (2011) παρουσιάζοντας τα κύρια μοντέλα της συνθετικής ψυχοθεραπείας ξεκινούν με τον τεχνικό εκλεκτισμό, χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού είναι α) η πολυτροπική θεραπεία (Lazarus, 1976, 2006), β) η διαθεωρητική ψυχοθεραπεία (Prochaska & DiClemente, 2002) και γ) η ρυθμιστική ψυχοθεραπεία και η συστηματική θεραπευτική επιλογή (Beutler & Hodgson, 1993). Η πολυτροπική θεραπεία βασίζεται στην ενδυνάμωση των συμπεριφορικών παρεμβάσεων με γνωστικές, εμπειρικές και οπτικές τεχνικές. Επιλέγοντας συγκεκριμένες τεχνικές από την εμπειρική βιβλιογραφία, την κλινική καθοδήγηση και την κλινική εμπειρία, σχεδιάζονται θεραπείες που στοχεύουν οποιαδήποτε από τις περιοχές βιοψυχοκοινωνικής λειτουργίας του κάθε ασθενή. Η ρυθμιστική ψυχοθεραπεία αντλεί από όλες τις σχολές τεχνικές που στοχεύουν στο αρμονικό ταίριασμα των θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών με τα χαρακτηριστικά και προβλήματα του εκάστου ασθενή. Εδώ ανήκουν οι προσεγγίσεις των κοινών παραγόντων, που ξεκινούν από τον εντοπισμό των παραγόντων που θα αποδειχθούν σημαντικοί για τη θεραπεία του κάθε άτομου. Στην ίδια κατηγορία ανήκει η θεωρητική σύνθεση, που προέρχεται από τη σύνθεση θεωριών προσωπικότητας και μοντέλων ψυχοπαθολογίας και την ενσωμάτωση διάφορων μηχανισμών ψυχολογικής αλλαγής από τουλάχιστον δύο παραδοσιακά συστήματα, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζουν τη σπουδαιότητα της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών, παρακινητικών, γνωστικών και συναισθηματικών παραμέτρων. Τέλος, η

αφομοιωτική σύνθεση, που θεωρείται παράγωγη της θεωρητικής σύνθεσης και του τεχνικού εκλεκτισμού αποτελεί την ιδανική μορφή σύνθεσης.

Οι Norcross (1992) διαχωρίζουν τον «εκλεκτισμό» και τη «σύνθεση». Ενώ ο εκλεκτισμός είναι ρεαλιστικός, τεχνικός και δε στηρίζεται σε συγκεκριμένη θεωρία, αλλά έχει εμπειρική βάση, η σύνθεση είναι θεωρητική, ιδεαλιστική και έχει περισσότερο θεωρητικές βάσεις. Επιπλέον ο εκλεκτισμός προέρχεται από την απλή επιλογή στοιχείων από διάφορα είδη ψυχοθεραπείας, τα οποία εφαρμόζει και όχι στο συνδυασμό και την ενοποίηση τους, με στόχο τη δημιουργία νέων, όπως στη σύνθεση, ενώ επικεντρώνεται στις διαφορές, σε αντίθεση με τη σύνθεση, όπου τα κοινά στοιχεία αποτελούν το σημαντικότερο παράγοντα (Prochaska, 1995). Συνεπώς οι εκλεκτικοί ψυχοθεραπευτές κάνουν χρήση τεχνικών από ποίκιλα ψυχοθεραπευτικά συστήματα, ακόμη κι αν έχουν μια μοναδική φιλοσοφία ως οδηγό. Αντίθετα, οι συνθετικοί ψυχοθεραπευτές κάνουν σύνθεση τουλάχιστον δυο προσεγγίσεων, χωρίς να ενστερνίζονται απαραίτητα κάποια από αυτές, προκειμένου να εξατομικεύσουν τη θεραπεία για τον εκάστοτε ασθενή, αυξάνοντας ταυτόχρονα την αποτελεσματικότητα της (Corey, 2009). Και οι εκλεκτικοί και οι συνθετικοί ψυχοθεραπευτές παραδέχονται πως διαφορετικές τεχνικές είναι χρήσιμες σε διαφορετικές φάσεις ή στάδια της ψυχοθεραπείας ή της αλλαγής συμπεριφοράς.

Η θεωρητική σύνθεση αποβλέπει στην μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα από αυτή των θεραπειών που την απαρτίζουν, με έμφαση στη σύνθεση των θεωριών ψυχοθεραπείας. Ο Prochaska (1995) αναφέρει ως αντιπροσωπευτικά παραδείγματα τα έργα των Watchel (1977, 1987), Feldman (1989), Gurman (1981), Lebow (1984), και Pinosof (1983). Αυτή η προσέγγιση προχωρά από τον απλό συνδυασμό των προαναφερθέντων προσεγγίσεων στη δημιουργία ενός θεωρητικού πλαισίου, όπου ενσωματώνονται τα καλύτερα στοιχεία δύο ή περισσότερων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, που είναι και ο στόχος της διαθεωρητικής ψυχοθεραπείας. Ο Lampropoulos (2000) εξηγεί ότι ο τεχνικός εκλεκτισμός με επιλεκτικό συνδυασμό των αποτελεσματικότερων τεχνικών παρουσιάζει μια αδυναμία όσον αφορά στο θεωρητικό υπόβαθρο, ενώ επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες και διαφορές, αδιαφορώντας για τους κοινούς παράγοντες. Θεωρεί ότι το διαθεωρητικό μοντέλο αποτελεί το πιο αντιπροσωπευτικό τύπο εκλεκτισμού, όπως δείχνουν οι έρευνες των Prochaska & DiClemente (1984, 1992). Έτσι η προσέγγιση των κοινών

παραγόντων θα μπορούσε να αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για τους εκλεκτικούς ψυχοθεραπευτές, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Καθώς μία από τις αδυναμίες των περισσότερων ψυχοθεραπευτικών συστημάτων υπήρξε η ενασχόληση με την προσωπικότητα και την ψυχολογία, που σημαίνει ότι πραγματεύονται τους λόγους που τα άτομα δεν αλλάζουν, το διαθεωρητικό μοντέλο, ενσωματώνοντας τις διαδικασίες, τα στάδια και τα επίπεδα αλλαγής, αποτέλεσε το υπόβαθρο για την κατανόηση της αλλαγής, ενώ η έννοια των σταδίων ενσωμάτωσε κύρια στοιχεία διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών συστημάτων και θεωριών περί αλλαγής της συμπεριφοράς (Prochaska, 1995). Για τη δημιουργία ενός ενιαίου μοντέλου αλλαγής χρειάζεται να είναι δυνατή η γενίκευσή του σε ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων συμπεριφοράς και πληθυσμών, καθώς και η σύνθεση κυρίαρχων στοιχείων που προέρχονται από διαφορετικά μοντέλα αλλαγής συμπεριφοράς. Οι Prochaska et al. (1994) στην έρευνά τους ανακάλυψαν ότι εφαρμόζοντας το διαθεωρητικό μοντέλο και ενσωματώνοντας το μοντέλο ισορροπίας της απόφασης της θεωρίας των Janis και Mann (1977) υπήρξαν σαφή κοινά χαρακτηριστικά σε 12 προβλήματα συμπεριφοράς σε μια ποικιλία πληθυσμών.

Οι Prochaska και Norcross (2013) εξηγούν ότι τα κριτήρια που έλαβαν υπόψη ήταν ο σεβασμός στην ποικιλία και ενότητα των συστημάτων, η εμπειρική βάση όσον αφορά στη μέτρηση των αποτελεσμάτων, η εφαρμογή του και σε πληθυσμούς μη κλινικών περιπτώσεων και η γενίκευσή του για την προώθηση της σωματικής υγείας εξίσου με την ψυχολογική. Όπως και οι ίδιοι, παροτρύνουν τους εκλεκτικούς ή συνθετικούς ψυχοθεραπευτές να είναι καινοτόμοι κι όχι απλοί υποστηρικτές των διαφορετικών ειδών ψυχοθεραπείας, καθώς η μη κριτική αξιολόγηση και εφαρμογή μεθόδων και τεχνικών έχει αποδειχθεί αναποτελεσματική. Εξάλλου οι Messer και Gurman (2011) επισημαίνουν ότι οι θεραπευτές δεν επιλέγουν συγκεκριμένες προσεγγίσεις και μεθόδους ή στρατηγικές ανάλογα με την επιστημονική τους κατάσταση και κατάρτιση, άλλα με βάση τις επαγγελματικές και προσωπικές τους εμπειρίες, τις αξίες και τη φιλοσοφία τους (Prochaska & DiClemente, 1983). Ο Bowles (2006) προσπάθησε να επεκτείνει τις δυνατότητες του μοντέλου. Ο στόχος του ήταν η ανάπτυξη και λειτουργικότητα ενός διαθεωρητικού μοντέλου, καθώς και ο προσδιορισμός και η λειτουργικότητα ενός συνόλου από μη- διαδικαστικούς παράγοντες που υποβοηθούν την αλλαγή. Ακόμη, η διερεύνηση της σύνδεσης

ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς και την κλινική κατάσταση των θεραπευομένων, της πιθανής διαφοροποίησης λόγω φύλου και η ικανότητα του μοντέλου να διαχωρίζει τους θεραπευόμενους σε κλινικούς και μη αποτέλεσαν το υπόβαθρο για την αναζήτηση του διαθεωρητικού μοντέλου του.

Οι Strieker και Gold (2006) εμφανίζουν τη θεωρητική σύνθεση ως σημείο σύγκλισης των προσπαθειών για ενοποίηση και την θεωρούν ως την πιο πολύπλοκη εξέλιξη στην ψυχοθεραπεία. Στη θεωρητική σύνθεση, ενοποιούνται διάφορες θεωρίες προσωπικότητας και τα αντίστοιχα μοντέλα που προκύπτουν από αυτές, καθώς και η ψυχοπαθολογία, η χρήση μηχανισμών αλλαγής και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται προς αυτή την κατεύθυνση με εννοιολογική πάντα καθοδήγηση. Έτσι εξηγείται η συμπεριφορά, η εμπειρία και οι διαπροσωπικές σχέσεις με πολυσύνθετους όρους και μέσω της αμοιβαίας επιρροής των περιβαλλοντικών παραμέτρων και των γνωστικών και συναισθηματικών παραγόντων. Οι παρεμβάσεις και οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι αυθεντικές σε συνδυασμό με όσες προέρχονται από τις θεωρίες που απαρτίζουν το συνθετικό σύστημα. Αποτελεί ένα διευρυμένο εννοιολογικό πλαίσιο που επεκτείνει τις δυνατότητες των εμπεριεχομένων ψυχοθεραπευτικών συστημάτων και επιτρέπει την παρέμβαση σε ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων με χρήση τεχνικών που προτείνονται από τις συμπεριλαμβανόμενες θεωρίες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΒΑΣΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΔΙΑΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Οι Taylor και συνεργάτες (2007) συνόψισαν τις εφαρμογές του μοντέλου των Prochaska και DiClemente με στόχο τη μελέτη και πρόβλεψη της αλλαγής της συμπεριφοράς για την προώθηση της υγείας. Επισημαίνουν πως πολλές μελέτες και προγράμματα δεν κάνουν ολοκληρωμένη χρήση του μοντέλου και υπάρχει ανομοιογένεια στις εφαρμογές του και ότι η αδυναμία ορισμού των σταδίων και των στόχων της αλλαγής της συμπεριφοράς κατά περιπτώσεις συμβάλλουν στην εμφανή μείωση της αποτελεσματικότητάς του. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν θεωρητικές, συστηματικές και μετά-αναλυτικές κριτικές που δείχνουν ότι σε πολλές περιπτώσεις τα στάδια δεν αντανακλούν τη γνωστική πραγματικότητα και ότι οι διαδικασίες που συνδέουν τα στάδια εμφανίζονται αδύναμες, ενώ επισημαίνουν πως η εφαρμογή του μοντέλου σε ψυχικές διαταραχές χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση.

Ο Spencer και οι συνεργάτες του (2002) χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι «οι αποδείξεις για την εγκυρότητα του διαθεωρητικού μοντέλου, όπως εφαρμόζεται στη χρήση του καπνού είναι ισχυρές και αυξανόμενες», αλλά όχι «πειστικές» (Taylor et al., 2007, 3.3). Οι ίδιοι, μελετώντας 148 άρθρα, βρήκαν πως παρεμβάσεις που δημιουργήθηκαν με βάση το εκάστοτε στάδιο του καπνιστή ήταν αποτελεσματικότερες για τη μετάβασή του σε επόμενα στάδια από ότι τα προγράμματα που δεν ήταν προσαρμοσμένα στο συγκεκριμένο στάδιο. Επίσημαναν επίσης ότι τα δεδομένα για τον αμερικανικό πληθυσμό μπορεί να είναι διαφορετικά σε άλλες χώρες ή περιοχές.

Οι Bridle και συνεργάτες (2003) διερεύνησαν 23 μελέτες για τη διακοπή του καπνίσματος και κατέληξαν ότι δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με βάση το διαθεωρητικό μοντέλο. Στο ίδιο συμπέρασμα είχαν οδηγηθεί σε προηγούμενη έρευνα τους που αφορούσε στην αλλαγή συμπεριφοράς σε διάφορους τομείς υγείας (Bridle et al. 2002). Από τις 37 μελέτες, οι 17 δεν έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε παρεμβάσεις που βασίζονται στο μοντέλο και σε αυτές που δεν εφαρμόζουν το μοντέλο, οι 8 εμφάνισαν μεικτά αποτελέσματα και μόνο 10 υποστήριξαν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου. Παρόλα αυτά δε φαίνεται πως δεν υπάρχει ωφέλεια από την εφαρμογή

του. Οι van Sluijs και συνεργάτες (2004) επίσης παρουσίασαν περιορισμένες ή και καθόλου αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη διακοπή του καπνίσματος ή στη φυσική δραστηριότητα, σε σχέση με άλλα μοντέλα.

Οι Adams and White (2003) παρατήρησαν τη μείωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων σε μελέτες που έγιναν σε χρονική απόσταση μεγαλύτερη των έξι μηνών ( το 73% που έδειξαν μελέτες που έγιναν σε χρόνο λιγότερο των έξι μηνών από το πέρας της παρέμβασης μειώθηκε σε 29%). Έτσι συμπεράναν πως δεν υπάρχουν αποδείξεις για μακροχρόνια αποτελέσματα. Τα αίτια εντοπίζονται στην ανομοιογένεια των ερευνών και στους πληθυσμούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα μετά το πέρας των παρεμβάσεων. Έλαβαν επίσης υπόψη την πολυπλοκότητα της συμπεριφοράς άσκησης, τους πολυποίκιλους παράγοντες που την επηρεάζουν, την ακατάλληλη κατανομή σε στάδια και την πιθανότητα οι παρεμβάσεις να μην ενθαρρύνουν τη μετάβαση σε επόμενα στάδια.

Οι Marshall και Biddle (2001), σε μετά-ανάλυση που αφορούσε 71 εκθέσεις για την εφαρμογή του μοντέλου στη σωματική δραστηριότητα και άσκηση, ανακάλυψαν επαρκείς αποδείξεις για τη συνεισφορά του μοντέλου σε διαφορετικά επίπεδα άσκησης, στην αυτοεπάρκεια και την ισορροπία λήψης απόφασης. Τις δύο τελευταίες παραμέτρους ανακάλυψε και ο Horowitz (2003), που μελέτησε την αποτροπή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, όπως και την εσωτερική συνοχή των δομικών σχέσεων στο μοντέλο. Οι Bridle και συνεργάτες (2002,2005), όπως και οι Sluijs et al (2004) σε παρεμβάσεις για τη διατροφή βρήκαν την εφαρμογή του μοντέλου αποτελεσματική. Αντίθετα, οι Bridle και συνεργάτες (2002,2005) δε βρήκαν τέτοια υποστηρικτικά στοιχεία σε έρευνες για αλλαγή του τρόπου ζωής.

Η ικανότητά του μοντέλου να ενσωματώσει κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες μελετήθηκε με βάση την εγκυρότητα των σταδίων σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος και την αλλαγή συμπεριφορών εξάρτησης ή μη-εξάρτησης, όπως οι διατροφικές συνήθειες και διάφορα μοντέλα άσκησης. Παρόλο που θα μπορούσε να λειτουργεί σε συνδυασμό με αυτούς τους παράγοντες, η αρχική του δημιουργία δεν τους περιλαμβάνει και οι έρευνες δεν παρουσιάζουν αποδείξεις σε άμεση συνάρτηση με αυτούς.

Στην Αμερική το διαθεωρητικό μοντέλο έχει χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα για την αλλαγή της συμπεριφοράς υγείας, παρά την αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητά του (Taylor et al., 2007). Καθώς υπάρχουν καινούρια δεδομένα στη συμπεριφορά υγείας, το μοντέλο θα μπορούσε να προσαρμοστεί κατάλληλα, ενσωματώνοντας μετρήσεις και παραμέτρους, όπως ο εθισμός σε σχέση με τη φυσιολογία, η κοινωνική κατάσταση και/ή σχετική ή απόλυτη οικονομική ένδεια. Αντιθέτως, κάποιοι επιμένουν στην εγκατάλειψή του, ακόμη κι αν υπάρχει η δυνατότητα βελτιώσεων, λόγω της έλλειψης εγκυρότητας των κεντρικών δομικών στοιχείων του (Taylor et al., 2007). Παρά τις προτάσεις για τον περιορισμό της χρήσης του στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι εμπνευστές και υποστηρικτές του αντιδρούν λόγω της έλλειψης αποδείξεων για την αποτελεσματικότερη λειτουργία και εφαρμογή άλλων μοντέλων σε σύγκριση με το διαθεωρητικό (DiClemente 2005).

### **5.1 Πως ερμηνεύονται τα αποτελέσματα των ερευνών. Εμπειριστατωμένες απόψεις για το διαθεωρητικό μοντέλο.**

Ο Povey και οι συνεργάτες του (Povey et al., 1999) υποστηρίζουν πως, όπως κι άλλα μοντέλα, το διαθεωρητικό μοντέλο αρχικά επινοήθηκε ως περιγραφικό εργαλείο προς διευκόλυνση των παρεμβάσεων σε άτομα με προβλήματα εξάρτησης, κι όχι ως μοντέλο ή μέσο πρόβλεψης ή πηγή ακαδημαϊκής γνώσης. Ενώ ο όγκος των ερευνών και μελετών για το μοντέλο θα προμήνυε θετικά ευρήματα και αποτελέσματα, εντούτοις για κάποιους συγγραφείς, όπως ο Sutton (2005) και ο Davidson (1992), μια προσεκτικότερη και πιο ενδελεχής εξέταση αποκαλύπτει το αντίθετο (Companny, 2008). Κατά τον Companny (2008) παρά την αποδοχή του κυρίως από ιατρούς, κάποιοι απορρίπτουν το μοντέλο λόγω εννοιολογικών ενστάσεων (Bandura, 1997), ενώ άλλοι αμφισβητούν τη μεθοδολογία και την ανάλυση των σχετικών ερευνών (Macnee & McCabe, 2004; Sutton, 2001). Ο West (2005) εκφράζει τις αντιρρήσεις του εξαιτίας της συνεχιζόμενης διάδοσης του μοντέλου, παρά τις αντιπαραθέσεις ιατρών, ερευνητών και ακαδημαϊκών.

Οι Prochaska και οι συνεργάτες του, από την άλλη, υποστηρίζουν την αξιοπιστία και εγκυρότητα του διαθεωρητικού μοντέλου και παραθέτουν ποικίλες έρευνες που αποδεικνύουν αυτή την άποψη, εξηγώντας από πού πηγάζει αυτή η



δυναμική του μοντέλου. Έχοντας ξεκινήσει με συγκεκριμένους πληθυσμούς, δηλαδή ανθρώπους με εξαρτήσεις, και διατηρώντας τη δημοτικότητα του λόγω της επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων αποτέλεσε το θεωρητικό υπόβαθρο για σχετικές παρεμβάσεις (Prochaska et al., 1994). Επισημαίνουν ότι δεν είναι τυχαίο ότι σχεδόν 60 εκατομμύρια έχουν δαπανηθεί στην έρευνα για αποδειχθεί η αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου μοντέλου. Η καινοτομία του έγκειται στο ότι μπορεί να εφαρμοστεί σε έναν ολόκληρο πληθυσμό μέσω εξατομικευμένων παρεμβάσεων (Prochaska et al., 2001). Στην έρευνά τους (Prochaska et al., 1994) προσπαθούν να αποδείξουν 2 κριτήρια που καθιστούν ένα μοντέλο αποτελεσματικό: τη γενίκευση των ευρημάτων σε περιπτώσεις προβλημάτων συμπεριφοράς και την ικανότητα συγκερασμού βασικών στοιχείων εναλλακτικών μοντέλων αλλαγής της συμπεριφοράς. Εξηγούν ότι τα βασικά συστατικά του μοντέλου όπως τα στάδια, οι διαδικασίες και τα επίπεδα της αλλαγής έχουν αποδειχθεί έγκυρα και ότι η ιδιότητα της προβλεψιμότητας, όταν υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης δυναμικών και στατικών μεταβλητών, είναι αποδεδειγμένη. Στο σημείο αυτό παραθέτουν πλήθος ερευνών για να ενισχύσουν τον ισχυρισμό τους. Βέβαια, δέχονται πως, ως ένα από τα πιο δημοφιλή μοντέλα, έχει υπάρξει στόχος κριτικών. Αξίζει να παρατεθούν κάποιες από αυτές που αμφισβητούν κάποια καίρια σημεία ή ιδιότητες του μοντέλου.

Ο Davidson (1992) επιμένει πως κάποια σημεία του μοντέλου είναι ασαφή και επισημαίνει πως η σκοπιμότητά του μπορεί να χάνεται με την περιεκτικότητα και τις επαναλαμβανόμενες διορθώσεις, ενώ αμφιβάλλει για την ιδιότητα του μοντέλου, υποστηρίζοντας πως είναι α-θεωρητικό, καθώς δεν ενσωματώνεται η αιτιολογία και η ανάπτυξη της εξαρτημένης συμπεριφοράς. Σε αντιπαράθεση δηλώνει πως το μοντέλο των Kanfer και Grimm (1980) μπορεί να μην τυγχάνει τόσο μεγάλης αποδοχής, άλλα είναι πιο συγκροτημένο. Τέλος, υποστηρίζει ότι ως μοντέλο δεν πληροί τα κριτήρια. Παραθέτοντας τους Saunders και Allsop (1991) εξηγεί πως η επέκταση του μοντέλου σε περιβάλλοντα που δε σχετίζονται με την εξάρτηση δεν είναι αποτελεσματική. Η εγκυρότητα του μοντέλου φαίνεται πως είναι επιφανειακή, καθώς απλώς επιτρέπει στους ειδικούς να εκφράσουν μες νέους, λιγότερο υποτιμητικούς, όρους μια κεκτημένη γνώση, προσφέροντας αισιοδοξία, χωρίς, όμως, έγκυρα αποτελέσματα.

Σε απάντηση αυτών των ισχυρισμών, οι Prochaska, DiClemente, Velicer και Rossi στο «Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent

research» (Velicer, & Rossi, 1992) σχολιάζουν την κριτική, αιτιολογούν τα αμφισβητούμενα σημεία, ενώ δεν παραλείπουν να εκφράσουν την ενόχληση τους για τα αβάσιμα κατά την άποψη τους επιχειρήματα, εξηγώντας πως τα ευρήματα των ερευνών σε Αμερική και Καναδά αποδεικνύουν ότι το μοντέλο έχει αποτελεσματική εφαρμογή σε μια ευρεία ποικιλία περιπτώσεων. Όσον αφορά στο σχολιασμό για τη φάση υποτροπής, στο οποίο αναφέρεται ο Davidson (1992), εξηγούν πως σε αρχικά συγγράμματα αναφέρεται ως στάδιο, κάτι που οδηγεί σε λανθασμένα συμπεράσματα. Εν τούτοις η αλλαγή υπονοεί εκτός από την εξέλιξη από το ένα στάδιο στο άλλο προοδευτικά, και την μετάπτωση σε προηγούμενο στάδιο. Δικαιώνουν το σχολιαστή λέγοντας ότι υπάρχουν κι άλλες μορφές αλλαγής συμπεριφοράς, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν σχετικές έρευνες που να αποδεικνύουν ομοιότητες η διαφορές με το μοντέλο τους, παρά μόνο ότι η εξαναγκασμένη αλλαγή υπόκειται στην πιθανότητα προσωρινών αποτελεσμάτων.

Ο Tim Stockwell στο «Models of change, heavenly bodies and weltanschauungs» εκφράζει επίσης τη δυσαρέσκεια του για την κριτική που δέχεται το μοντέλο, ενώ ο Jim Orford υπονοεί ότι ο Davidson (1992) επικεντρώνεται στο ένα από τα δυο σημεία που οδήγησαν στη δημοτικότητα του μοντέλου. Με το να αμφιταλαντεύεται για την απλότητα ή «κομψότητα» του μοντέλου, παραλείπει να ασχοληθεί με το ριζοσπαστικό τρόπο σκέψης και τις νέες προοπτικές που παρέχει το μοντέλο. Προσδιορίζοντας το μοντέλο ως γνωστικό-συμπεριφοριστικό, αναφέρει ότι η αδυναμία του έγκειται στην απουσία πληροφοριών σχετικά με τα κίνητρα, τους μηχανισμούς άμυνας, τις σχέσεις και τα εμπόδια που οφείλονται σε εξωτερικούς παράγοντες.

Συνεχίζοντας την κριτική, ο Bowles (2006) θεωρεί πως η κύρια κριτική που δέχθηκε το μοντέλο αφορά στη λειτουργικότητα, την ανάπτυξη και το νόημά του. Αναφέρει τον West (2005) που δε βρίσκει στοιχεία συμβατότητας στα 5 στάδια, ενώ οι Etter και Sutton (2002) αμφιβάλλουν για τη σταθερότητα των δομών που λειτουργούν με αυτό τον τρόπο. Έξαλλου, δεν υπάρχουν έρευνες που να αποδεικνύουν πώς ολοκληρώνονται οι στρατηγικές πριν τη διαδικασία μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο, μία παράλειψη που οδηγεί σε έλλειψη σύνδεσης ανάμεσα στους παράγοντες και τις σχετικές συμπεριφορές που υποβοηθούν την πρόοδο μέσα από τα στάδια. Αμφιβάλλει για την αποτελεσματική επέκταση της εφαρμογής του μοντέλου σε πληθυσμούς που δεν σχετίζονται με κλινικά

περιβάλλοντα και περιβάλλοντα υγείας. Συμφωνεί με τον Davidson (1992) που θεωρεί το μοντέλο α-θεωρητικό, καθώς δεν αναφέρονται οι θεωρίες που το απαρτίζουν. Παραθέτει τους Herzog (2005) και Little και Girvin (2002), που ισχυρίζονται πως προβλήματα μετρήσεων προκύπτουν από την ασαφή ανάπτυξη και έλλειψη ικανής περιγραφής για τη δημιουργία του αλγορίθμου της έρευνας.

Ο West (2005) έφερε στο προσκήνιο το νόημα και την αξία των όρων «προσυλλογισμός» και «συλλογισμός», διερωτώμενος για τη σημασία των παραγόντων που συνιστούν την προδιάθεση ή την τάση να μην υπάρξει αλλαγή (Bowles, 2006). Παρά το εννοιολογικό τους ενδιαφέρον, οι όροι δεν αποσαφηνίζονται ως διαθεωρητικοί παράγοντες και είναι υπό αμφισβήτηση η χρήση τους σε ποίκιλα περιβάλλοντα. Επίσης προτείνει την εγκατάλειψη της χρήσης του μοντέλου, ενώ οι Etter and Sutton (2002) πρότειναν την αναδόμηση της εννοιολογικής προσέγγισης και τη δημιουργία ενός νέου συνθετικού περιεκτικού μοντέλου (Bowles, 2006).

Για τους λόγους αυτούς ο Bowles (2006) διερεύνησε ένα μοντέλο με απλούστερους όρους και σαφέστερες έννοιες, που λόγω της ανάδυσης του από διαφορετικά μοντέλα και θεωρίες, είναι διαθεωρητικό και μπορεί να εφαρμοστεί σε ποικίλες περιπτώσεις, ενώ η δόμηση παραγόντων που αποτελούν το υπόβαθρο της αλλαγής έχει αποδειχθεί. Αυτοί οι παράγοντες, που είναι η διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων, η κοινωνική υποστήριξη, και το εσωτερικό κίνητρο, αποτελούν την εξέλιξη του προϋπάρχοντος μοντέλου και στηρίζουν την αλλαγή, αποτρέποντας συμπεριφορές ηττοπάθειας (Baumeister & Scher, 1988; Ferrari, Johnson, & McCown, 1995) και διευκολύνοντας τη διαδικασία ανάμεσα στα στάδια αλλαγής, η οποία δεν είναι διαδοχική. Ως παράδειγμα αναφέρει την ευκολότερη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο, εφόσον υφίστανται αυτοί οι παράγοντες.

Ο Bandura (1997) δεν δέχεται πως ο πολύπλοκος ανθρώπινος παράγοντας είναι δυνατό να κατηγοριοποιηθεί σε στάδια. Υποστηρίζει πως για μια θεωρία σταδίων απαιτούνται τρεις ιδιότητες, που είναι οι ποιοτικές μετατροπές, η σταθερή πορεία της αλλαγής και η απουσία αντιστρεψιμότητας, οι οποίες δεν συμπεριλαμβάνονται στο μοντέλο. Η πρώτη ιδιότητα δεν υπάρχει, καθώς τα δύο αρχικά στάδια διαφέρουν μόνο ως προς το βαθμό πρόθεσης του άτομου, ενώ τα υπόλοιπα στάδια αποτελούν διαβαθμίσεις της ομαλότητας ή διάρκειας της

υιοθέτησης της νέας συμπεριφοράς. Οι δυο άλλες αρχές δεν υφίστανται, καθώς το σημείο αφετηρίας δεν είναι ίδιο για όλα τα άτομα και εφόσον υπάρχει η δυνατότητα παράλειψης ενός σταδίου.

Οι Kraft και συνεργάτες (1999) αμφιβάλλουν για το χρονικό περιορισμό των έξι μηνών για τον ορισμό των σταδίων, καθώς δεν υπάρχει θεωρητική εξήγηση ή ευρήματα που να το αποδεικνύουν, παρά μόνο η εικασία ότι τόσος περίπου χρόνος χρειάζεται για το σχεδιασμό της αλλαγής από τα άτομα. Έτσι, προτείνουν να περιοριστούν τα στάδια σε δύο, ένα του προσυλλογισμού και ένα που να περιέχει όλα τα υπόλοιπα στάδια, αφού υπάρχει σαφής διαχωρισμός αυτών σε σχέση με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα και την αυτοπεποίθηση. Προτείνει επίσης ο αλγόριθμος να εκφραστεί με μία και μοναδική ερώτηση που θα αφορά στην πρόθεση του άτομου να αλλάξει μια συμπεριφορά κατά τους επομένους έξι μήνες.

Ο Sutton (2001) προβληματίστηκε με τις μεθόδους μέτρησης των σταδίων αλλαγής, καθώς οι αλγόριθμοι βασίζονται σε αυθαίρετες χρονικές περιόδους, κάποιες από τις οποίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη λογικού υπόβαθρου, ενώ παρόμοια αποτελέσματα είχε η έρευνα των Littell και Girvin (2002). Επιπλέον κάποιες μελέτες δεν περιέχουν ερωτήσεις για παρελθούσες προσπάθειες, ενώ διαφορετικά χρονικά πλαίσια διαφοροποιούν την κατανομή των πληθυσμών στα διάφορα στάδια. Οι Littell and Girvin (2002) προτείνουν ένα συνεχές που θα αφορά στην ετοιμότητα για αλλαγή σε συνδυασμό με σχετικές έννοιες άλλων θεωριών. Αναφέρουν τη σπουδαιότητα διαχωρισμού ανάμεσα στην ετοιμότητα για αλλαγή και την πρόθεση συμμετοχής σε ένα πρόγραμμα παρέμβασης και την άμεση αλλαγή ως αποτέλεσμα γεγονότων ή εξωτερικών πιέσεων. Το ίδιο προτείνουν και οι Kraft, Sutton, και Reynolds (1999) (Horwath, 1999).

Ο Company (2008) αναφέρεται σε ακαδημαϊκούς που εξέτασαν προσεκτικά το μοντέλο (Herzog, 2005) και διαπίστωσαν κάποια αδύναμα σημεία, όπως η απουσία έγκυρων διαδικασιών και κανόνων κατηγοριοποίησης ή ανάπτυξης αλγορίθμου. (Povey et al., 1999; Sutton, 2007; West, 2005). Το χρονικό πλαίσιο κατά το οποίο ένα άτομο μπορεί να βρίσκεται σε ένα μόνο στάδιο ορίζεται αυθαίρετα κι έτσι αμφισβητείται η υπόθεση του ξεκάθਾਰου διαχωρισμού των σταδίων, ενώ δεν εκτιμάται η σταδιακή αλλαγή σε βάθος χρόνου ή μέσω της καθημερινής προσπάθειας. Αυτές οι αδυναμίες οδήγησαν κάποιους ερευνητές να εξετάσουν

εναλλακτικούς κανόνες κατηγοριοποίησης, που δεν βασίζονται στο χρόνο και είναι περισσότερο κατάλληλοι για πολύπλοκες συμπεριφορές.

Άλλο σημείο του μοντέλου που δέχθηκε κριτική είναι η συνοχή και συνείδηση στη λήψη απόφασης και τις διαδικασίες σχεδιασμού. Η επιθυμία για αλλαγή ενδέχεται να μην είναι σταθερή ή σαφής, ενώ υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται σε αλλαγές που προκύπτουν χωρίς σχεδιασμό ή προετοιμασία, δίνοντας έμφαση στη δυναμική της παρακίνησης του άτομου, που δεν είναι πάντα δυνατό να κατηγοριοποιείται σε συγκεκριμένα στάδια (Larabie, 2005). Ο Company (2008) θεωρεί ότι το μοντέλο αδυνατεί να καλύψει πλήθος παραγόντων που επηρεάζουν τις συμπεριφορές, όπως η εξωτερική παρακίνηση, η κοινωνική παρακίνηση και οι αυτόματες διαδικασίες λήψης αποφάσεων, που σε συνδυασμό με τις συνήθειες καθιστούν δυσκολότερη την αλλαγή. Το μοντέλο παρέχει μια απλοποιημένη εκδοχή της ανθρώπινης παρακίνησης, ενώ οι παρεμβάσεις προσφέρουν περιορισμένη ωφέλεια σε άτομα που έχουν την ευθύνη της κατανόησης και της επιρροής της συμπεριφοράς.

Επικεντρώνεται επίσης στις μεταβάσεις από το ένα στάδιο στο άλλο και όχι τόσο στη συμπεριφορά (West, 2005), ενώ μια παρέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε ενδιάμεσα αποτελέσματα που μπορεί να αποσπάσουν το άτομο από τον τελικό του στόχο (Adams & White, 2005), χωρίς ωστόσο να υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις για τη διατήρηση της αλλαγής. Επιπλέον, σύμφωνα πάντα με τον Company (2008), υπάρχουν έρευνες που δείχνουν πως η αλλαγή στάσεων προς μια συγκεκριμένη συμπεριφορά δεν αρκεί για την υιοθέτηση της συμπεριφοράς. Σημειώνεται επίσης ότι υπάρχει περιορισμένο υλικό για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων που γίνονται με βάση το στάδιο που βρίσκεται το άτομο, στοχεύοντας στις διαδικασίες που επηρεάζουν τις μεταβάσεις στα στάδια. Στην πραγματικότητα έρευνες δείχνουν πως δεν αποδίδουν περισσότερο από παρεμβάσεις που δεν βασίζονται στα στάδια και γι αυτό παραθέτει κάποιες από αυτές.

Κατά τον Horwath (1999) κάποιες από τις ιδέες είναι δύσκολο να επεκταθούν σε προβλήματα που δεν έχουν σχέση με την εξάρτηση. Κι εφόσον η διαχείριση των σταδίων είναι πολύπλοκη σε ατομικό επίπεδο, είναι ακόμη δυσκολότερη σε δυνάδες ή ομαδικό επίπεδο. Επίσης υπάρχει έλλειψη παροχής γνώσης σχετικά με την αναγκαστική αλλαγή ή την υποσυνείδητη αλλαγή, ενώ έρευνες δίνουν ασαφή και

μεικτά αποτελέσματα ή αποτελέσματα που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου σε μικρό βαθμό. Οι Macnee και McCabe (2004) αμφισβητούν τη δυνατότητα εφαρμογής του μοντέλου σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, που φέρουν πολιτισμικά ή ιστορικά χαρακτηριστικά που κλονίζουν την καταλληλότητα του μοντέλου (Lenio, 2006).

Κατά τον Etter (2005), υπάρχει ασάφεια στο αν πραγματοποιήθηκε έρευνα ανάπτυξης, γεγονός που εξάπτει την αμφιβολία και δεν θα είχε σοβαρές επιπτώσεις αν τα στάδια αποδεικνύονταν έγκυρα και αποτελεσματικά. Αναφέρει πως ο West (2005) εντοπίζει την έλλειψη δεδομένων για το χρόνο που περνούν τα άτομα στα τρία πρώτα στάδια, ενώ υπάρχει περιορισμένη εμπειρική απόδειξη για τη διαδοχή των σταδίων (Littell & Girvin 2002) και συνεπώς η θεωρία των σταδίων δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Για παράδειγμα δεν είναι λογικό να κατατάσσονται στο ίδιο στάδιο, όπως αυτό του προσυλλογισμού, άτομα με διαφορετικό βαθμό εξάρτησης ή άτομα που ποτέ στο παρελθόν δεν επιχείρησαν τη διακοπή με άτομα που είχαν καταφέρει μακροχρόνια αποχή. Επιπλέον στο στάδιο ενεργοποίησης που χαρακτηρίζεται από την αποχή δε δίνεται σημασία στα βήματα προς αυτή. Τέλος δεν λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως το επίπεδο εξάρτησης ή τα στερητικά σύνδρομα στην περίπτωση του καπνίσματος.

Οι Dijkstra και συνεργάτες (1998) και οι Quinlan και McCaul (2000) υποστηρίζουν πως συντονισμένη καθοδήγηση σε παρεμβάσεις που δε βασίζονται στο μοντέλο των σταδίων, μπορεί να είναι εξίσου ή και περισσότερο αποτελεσματική, ακόμη και με αυτούς που βρίσκονται στο αρχικό στάδιο. Συνεπώς δεν είναι σαφώς αποδεδειγμένο ότι οι παρεμβάσεις έχουν θετικότερα αποτελέσματα σε σύγκριση με άλλου είδους παρεμβάσεις ή σε περιπτώσεις χωρίς καμία παρέμβαση (Riemsma et al., 2003; van Sluijs et al., 2004). Επιπλέον με τον όρο «προσυλλογιστής», για άτομα που βρίσκονται στο ανάλογο στάδιο, ο στιγματισμός μπορεί να αποτρέψει το θεραπευτή από άλλες αποτελεσματικότερες μεθόδους (Etter, 2005).

Γενικώς οι μετρήσεις για τα δομικά στοιχεία του μοντέλου είναι ελλιπείς, καθώς οι μετρήσεις που έγιναν 15-20 χρόνια πριν δεν έχουν αναθεωρηθεί ή επιβεβαιωθεί (Etter, 2005). Χρειάζεται συνεχής μέτρηση και ρύθμιση για την έγκυρη μέτρηση κάθε πληθυσμού και η θεωρία θα πρέπει να εξελίσσεται ανάλογα με τα αποτελέσματα των ερευνών. Ο Etter (2005) κατηγορεί το μοντέλο ότι δεν έχει

εξελιχθεί πολύ από τη γένεση του και τους εμπνευστές του ότι δε λαμβάνουν υπόψη την κριτική, ούτως ώστε να βελτιώσουν το μοντέλο τους (Herzog, 2005).

Οι Brug και οι συνεργάτες του (2005) αναφέρονται στο γεγονός ότι οι Adams και White (2004) παρουσιάζουν τρεις λόγους για τους οποίους προκύπτουν δυσκολίες στην εφαρμογή του μοντέλου: την πολυπλοκότητα της φυσικής δραστηριότητας, την έλλειψη έγκυρων αλγορίθμων και την πιθανότητα οι πραγματικοί καθοριστικοί παράγοντες για την αλλαγή της δραστηριότητας να μην εμπεριέχονται στο μοντέλο. Η πολυπλοκότητα της φυσικής δραστηριότητας έγκειται στο ότι αποτελεί ένα συνδυασμό διαφορετικών δραστηριοτήτων, όπως συμπεριφορές που έχουν να κάνουν με τη μετακίνηση, δραστηριότητες στο σπίτι ή την εργασία, τον αθλητισμό και άλλες. Τα άτομα έχουν διαφορετική αντίληψη για κάθε μια από αυτές και μάλιστα σε συνδυασμό με την αντίληψη αυτοεπάρκειας, ενώ είναι πιθανά σε διαφορετικά στάδια αλλαγής. Έρευνες δείχνουν πως οι συμπεριφορές κάποιων ατόμων που πιστεύουν πως συμμορφώνονται με τις υποδείξεις είναι στην πραγματικότητα αντίθετες με αυτές και εφόσον οι αλγόριθμοι βασίζονται στην αυτό-αξιολόγηση, τα ευρήματα στο στάδιο του προσυλλογισμού είναι αντιφατικά. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι Lechner και συνεργάτες (1998) προτείνουν να υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα σε αυτούς που γνωρίζουν την κατάστασή τους και σε αυτούς που δεν τη συνειδητοποιούν. Περαιτέρω διαχωρισμοί για το συγκεκριμένο στάδιο έχουν προταθεί και για την περίπτωση της διακοπής του καπνίσματος (Dijkstra et al., 1997; Norman et al., 2000; Kremers et al., 2001).

Το πρόβλημα με τους αλγόριθμους είναι ότι η εγκυρότητά τους δεν είναι καθιερωμένη και στερούνται αξιοπιστίας, καθώς αρκετοί ερευνητές τους αλλάζουν ή τους προσαρμόζουν. Εφόσον οι περισσότεροι από τους αλγόριθμους βασίζονται αποκλειστικά στην αξιολόγηση συμπεριφορών και παρακίνησης από τα ίδια τα άτομα, μπορεί να υπάρξουν παρανοήσεις όσον αφορά στα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας του καθενός. Οπότε η κατηγοριοποίηση σε συγκεκριμένα στάδια δεν είναι τόσο εύκολη όσο παρουσιάζεται από τους εμπνευστές του μοντέλου (Brug et al., 2005). Για τέτοιες περίπλοκες συμπεριφορές προτείνεται να περιλαμβάνεται στους αλγόριθμους μια πιο αντικειμενική αξιολόγηση (Greene et al., 1999; Ronda et al., 2001), που έχει ήδη πραγματοποιηθεί σε ατομικές παρεμβάσεις (Kreuter and Skinner, 2000).

Οι καθοριστικοί παράγοντες για τη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο, δεν είναι μόνο αυτοί που προτείνονται στο μοντέλο, δηλαδή η ισορροπία απόφασης, η αυτοεπάρκεια και οι διαδικασίες αλλαγής, αλλά και άλλοι, που, όπως εμφανίζονται σε διαφορετικές έρευνες άλλων πεδίων, καθορίζουν την πρόθεση και τη δράση των ατόμων (Brug et al., 2005). Οι Brug και οι συνεργάτες του (2005) παραδέχονται πως οι παρεμβάσεις που βασίζονται στο μοντέλο είναι πιθανότερο να αποδώσουν σε βραχυπρόθεσμες αλλαγές συμπεριφοράς και παρακίνησης, αλλά επιχειρηματολογούν για την έλλειψη αποτελεσματικότητας για αλλαγές σε βάθος χρόνου, όπως και οι περισσότερες παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλα μοντέλα, αφού οι ίδιες είναι βραχύχρονες. Αναμφισβήτητα, όμως, η αρχική αλλαγή, αν και δεν επαρκεί, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη μακροχρόνια αλλαγή της συμπεριφοράς.

Και οι Adams and White (2004) επισημαίνουν ότι η πρόοδος σε επόμενα στάδια δεν είναι ταυτόσημη ούτε απαραίτητα επιφέρει την πραγματική αλλαγή και δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της παρακίνησης (Sheeran, 2002). Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις είναι πιθανότερο να έχουν ως αποτέλεσμα αλλαγές στην παρακίνηση, και η βραχυπρόθεσμη αλλαγή συμπεριφοράς δείχνει πως οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν την παρακίνηση και την αυτο-αξιολόγηση της συμπεριφοράς είναι πιο αποτελεσματικές. Παρόλα αυτά δε σημαίνει πως αποδεικνύεται η εγκυρότητα του διαχωρισμού των πέντε σταδίων.

Οι Brug και οι συνεργάτες του (2005) ερμηνεύουν τα σχόλια των Adams and White (2004) διαφορετικά. Παρόλο που αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων με σκοπό την προώθηση πολύπλοκων συμπεριφορών υγείας, όπως της φυσικής δραστηριότητας, σύμφωνα με το διαθεωρητικό μοντέλο, τα επιχειρήματά τους οδηγούν τους αναγνώστες να δώσουν μια ακόμη ευκαιρία στο μοντέλο και τους ερευνητές να συνεχίσουν την έρευνα, προκειμένου να υπάρξουν βελτιώσεις όσον αφορά στο συγκεκριμένο σκοπό.

Ο Sandy Whitelaw (Brug et al., 2005), χρησιμοποιώντας την προσωπική του εμπειρία, αναφέρει τον ενθουσιασμό του για την απλότητα και τη δύναμη του μοντέλου, όταν εργάστηκε με βάση αυτό τα πρώτα χρόνια, που αντικαταστάθηκε με το σκεπτικισμό, καταλήγοντας να συμφωνεί με τους Adams and White. Συνοψίζοντας κάποιες βασικές αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε μελετητές και συγγραφείς και τους συγγραφείς και υποστηρικτές του μοντέλου, καταλήγει ότι το θέμα έχει φτάσει σε



αδιέξοδο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η αποτελεσματικότητα του μοντέλου δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί επειδή, καθώς το ίδιο το μοντέλο δεν αποτελεί μια γνωστική ή ψυχολογική πραγματικότητα, δε μπορεί να υπάρξει ένας αληθινός απολογισμός, πάνω στον οποίο να εξελιχθεί η αξιολόγηση του μοντέλου. Για να το προσδιορίσει ως οντότητα, αναφέρεται στη χαλαρή δομή του και τοποθετεί τις ρίζες του και την υπόστασή του σε ένα πιο ευρύ κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Προτείνει πως οι όροι «στάδιο» και «κύκλος» αποτελούν συμβολισμό ενός αρχέτυπου, μιας εικόνας που έχουν όλοι για τη διαδικασία της αλλαγής. Έτσι είναι δύσκολο να μετατραπούν σε ακριβείς επιστημονικούς όρους, ενώ θα πρέπει να μην θεωρείται ως το μοναδικό μοντέλο ψυχολογικής και συμπεριφοριστικής αλλαγής.

Ο Mark Conner (Brug et al., 2005) θεωρεί πως όλα τα μοντέλα σταδίων, όπως και το διαθεωρητικό, έχουν δύο χαρακτηριστικά. Υπάρχει μια χρονική έννοια και η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο και προϋποθέτουν διαφορετική γνώση στα διαφορετικά στάδια. Σημειώνεται πως κάποιοι υποστηρίζουν ότι ο διαχωρισμός των σταδίων της παρακίνησης και της πρόθεσης είναι η βασική συνεισφορά αυτών των μοντέλων. Η Harré (Brug et al., 2005) πιστεύει πως θα πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένες προσδοκίες από τέτοια μοντέλα.

Οι Adams and White θεωρούν πως η προσπάθεια να παρακινηθούν τα άτομα να είναι πιο ενεργητικά ή να ενσωματώσουν τη φυσική δραστηριότητα στην καθημερινή τους ζωή χάνει τη δυναμική της μετά το πέρας της παρέμβασης, ακόμη κι αν το άτομο τα έχει καταφέρει και συνεπώς το μοντέλο έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό. Εξωτερικοί παράγοντες που επηρέαζαν τη συμπεριφορά του ατόμου πριν την παρέμβαση είναι πιθανό να επανεμφανιστούν κι έτσι η επιτυχία να αλλοιωθεί. Επομένως η αδυναμία για μακροχρόνια αποτελέσματα δεν είναι αποκλειστικά εξαιτίας του μοντέλου, όπως αναφέρουν και οι Brug and Kremers (2005) παραπάνω, αλλά υποδεικνύεται η ανάγκη για χρήση διάφορων στρατηγικών και η συνεχής προσπάθεια.

Ένα άλλο θέμα που σχολιάζει η Harré (Brug et al., 2005) είναι η σχέση ανάμεσα στην ψυχολογία της άσκησης και τη συμπεριφορά της άσκησης. Η σχέση των στάσεων και της συμπεριφοράς των ατόμων είναι ένα από τα θέματα που έχουν διερευνηθεί για δεκαετίες στον τομέα της κοινωνικής ψυχολογίας και της προαγωγής της υγείας. Επιπλέον, είναι αδιαμφισβήτητο πως η συμπεριφορά των ανθρώπων είναι

αποτέλεσμα της αντίληψής τους για τους ίδιους και τον κόσμο. Συνεπώς τα άτομα που είναι σωματικά δραστήρια έχουν την ανάλογη αντίληψη, που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση αυτής της συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση του μοντέλου πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό και με αυτές τις παραμέτρους για να είναι αντικειμενική.

Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η McKellar (Brug et al., 2005) που σημειώνει ότι έχει διερευνηθεί η υπόθεση πως εφόσον η φυσική δραστηριότητα, όπως και η υγιεινή διατροφή, δεν αποτελεί μία και μοναδική ξεχωριστή συμπεριφορά, συνεπώς, δεν αποτελεί κατάλληλο αντικείμενο για παρεμβάσεις βασισμένες στο διαθεωρητικό μοντέλο. Αντίθετα με συμπεριφορές εξάρτησης, όπως το κάπνισμα, ο στόχος για την αλλαγή των συγκεκριμένων συμπεριφορών είναι συγκεχυμένος και συνδέεται με τοις υποκειμενικές ερμηνείες των ατόμων που στοχεύουν την αλλαγή. Παραδέχεται πως το μοντέλο είναι εκτεθειμένο στην αμφισβήτηση εφόσον τα τρία τελευταία στάδια είναι αυθαίρετα και ότι η μετακίνηση στα στάδια της ενεργοποίησης και της διατήρησης μπορεί να επηρεάζεται από τον παράγοντα χρόνο και μόνο (Bandura, 1997; Davidson, 2001) και κλείνει με το σχόλιο του Bandura (1997) περί πολυπλοκότητας των ανθρώπινων λειτουργιών, με αποτέλεσμα την αδυναμία κατηγοριοποίησής τους σε μερικά ξεχωριστά στάδια.

Ο Lenio (2006) υποστηρίζει πως το μοντέλο, καθώς πρόεκυψε από τη συστηματική σύνθεση διάφορων θεωριών ψυχοθεραπείας, σε συνδυασμό με τις κυριότερες θεωρίες της αλλαγής συμπεριφοράς, η μοναδικότητα του έγκειται στην ενσωμάτωση της έννοιας του χρόνου που άλλες θεωρίες παραμελούν. Τα στάδια περιγράφουν τη χρονική παράμετρο όταν προκύπτουν αλλαγές σε στάσεις, προθέσεις και συμπεριφορές. Η αλλαγή συμπεριφοράς θεωρείται δυναμικό φαινόμενο, χωρίς την αδιαπραγμάτευτη αρχή του «όλα ή τίποτα», γεγονός που αποτελεί ένα από τα δυνατώτερα σημεία του μοντέλου. Παρομοίως, ο Schneider (2003) στη διατριβή του δηλώνει πως ένα από τα δυνατά σημεία του μοντέλου είναι ότι παρέχει το εννοιολογικό πλαίσιο για κάθε είδους αυτό-παρακινούμενες αλλαγές. Ο Orford (1992) υποστηρίζει ότι προέρχεται από γνωστικό-συμπεριφοριστικό περιβάλλον, ενώ οι Norcross και Newman (1992) δηλώνουν πως είναι εκλεκτικό άλλα όχι τεχνικό-εκλεκτικό και συνεπώς αποτελεί μια αυθεντική απόπειρα σύνθεσης και ενσωμάτωσης θεωριών. Τέλος, παρέχει μια ευρεία οπτική των αποτελεσμάτων (Prochaska &

DiClemente, 1992c), ενώ δεν επικεντρώνεται στην παροδική ανακούφιση των συμπτωμάτων, παρά στην αλλαγή της συμπεριφοράς.

Συνοψίζοντας οι Prochaska και Norcross (2013), εξηγούν πως η δημιουργία του μοντέλου είναι αποτέλεσμα συγκριτικής ανάλυσης των βασικών σχολών ψυχοθεραπείας στο πνεύμα της σύνθεσης των καλύτερων σημείων διαφορετικών θεωριών και πρακτικών. Οι μελέτες δείχνουν ότι εφαρμόζοντας την κατάλληλη θεραπεία για το κάθε στάδιο τα αποτελέσματα βελτιώνονται σημαντικά. Επίσης το μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί σε ολόκληρους πληθυσμούς, κι όχι μόνο στους λίγους που βρίσκονται στο στάδιο της ενεργοποίησης και αναζητούν βοήθεια. Επιπλέον η θεραπεία μπορεί να στοχεύει πολλαπλές συμπεριφορές υγείας ταυτόχρονα. Αποτελώντας σύνθεση των διαδικασιών συνειδητοποίησης και δράσης, παρέχεται ισορροπημένη και αποτελεσματική ψυχοθεραπεία, που κινείται συνεχώς από τον εσωτερικό στον εξωτερικό παράγοντα, από την υποκειμενική στην αντικειμενική λειτουργία, από την αυτοπαρακινούμενη αλλαγή στην παρακίνηση από το περιβάλλον. Ενσωματώνοντας τις διαδικασίες αλλαγής η εικόνα είναι πιο ολοκληρωμένη, καθώς συνδυάζεται η εγγενής ικανότητα για αλλαγή με τη συνειδητοποίηση των ορίων που επιβάλλονται από το περιβάλλον.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΠΡΟΣ ΜΙΑ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Παρά τις κριτικές που έχει δεχθεί το διαθεωρητικό μοντέλο των Prochaska και DiClemente, αποτέλεσε μια προσπάθεια σύνθεσης της ψυχοθεραπείας. Οι Hawkins και Nestoros (1997), έχοντας κάνει ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, κατέληξαν σε κάποιους παράγοντες που διευκόλυναν την ανάπτυξη της συνθετικής ψυχοθεραπείας και είναι οι ακόλουθες. Η ύπαρξη πολλών σχολών, γεγονός που θέτει την ψυχοθεραπεία υπό αμφισβήτηση, και η απαίτηση από κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς φορείς να υπάρχει μια σχετική ομοιογένεια στις υπηρεσίες θεραπείας όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα και το κόστος της οδήγησαν στην αναζήτηση άλλων δομών. Επιπλέον, στον ίδιο στόχο συντέλεσε η αποδεδειγμένη ανεπάρκεια μεμονωμένων θεωριών κατά την εφαρμογή τους σε κλινικές περιπτώσεις και η ανάγκη και συνειδητοποίηση πως οι αρχές διαφορετικών, ακόμη και αντιφατικών θεωρητικά σχολών, μπορούσαν να συνδυαστούν προκειμένου να υπάρξει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Αυτό οδηγεί σε μια μορφή σύγκλισης, όχι μόνο των σχολών αλλά και των ψυχοθεραπευτών που λόγω της αποκτηθείσας εμπειρίας καταλήγουν σε μια διαθεωρητική χρήση και συνδυασμό των θεραπειών. Έρευνες αποδεικνύουν πως καμιά προσέγγιση δεν υπερισχύει των άλλων, ενώ τα θεραπευτικά αποτελέσματα είναι παρόμοια, ακόμη κι αν η ψυχοθεραπευτές ανήκαν σε διαφορετικές σχολές. Τέλος, η παραδοχή της σπουδαιότητας της αντίληψης ότι υπάρχουν κοινοί παράγοντες στις σχολές από όλο και περισσότερους ψυχοθεραπευτές οδηγεί στην υιοθέτηση της σύνθεσης τους, καθώς υποστηρίζεται ότι, παρά το γεγονός ότι η θεραπευτική αλλαγή προέρχεται από μια διαδικασία κατά την οποία έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές στρατηγικές, φαίνεται πως είναι κοινή σε όλες τις προσεγγίσεις.

### **6.1 Το συνθετικό μοντέλο.**

Στο πνεύμα μιας ενιαίας ψυχοθεραπείας, η Συνθετική Ψυχοθεραπεία φαίνεται να καλύπτει τα κριτήρια, εφόσον αποτελεί σύνθεση κι όχι απλό συνδυασμό των στοιχείων άλλων ειδών ψυχοθεραπείας (Hawkins & Nestoros, 1997) και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική σε πλήθος περιπτώσεων. Σύμφωνα με τον εμπνευστή της ελληνικής εκδοχής του μοντέλου (Νέστορος, 1980), υπάρχουν διαφορές σε σύγκριση με τα υπόλοιπα συνθετικά μοντέλα. Αποτελεί πραγματική σύνθεση όλων των προσεγγίσεων, από τις οποίες το μοντέλο που προκύπτει διαφέρει από αυτές, όπως

κάθε σύνολο είναι διαφορετικό από τα συστατικά του. Θεωρώντας την ανθρώπινη φύση, προσωπικότητα, ψυχοπαθολογία και ψυχοθεραπεία αλληλένδετες, προωθεί και διευκολύνει την κατανόηση τους, αξιοποιεί την ελληνική φιλοσοφία και τον ελληνικό πολιτισμό, όπως και διάφορα ρεύματα σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ υπάρχει συγκεκριμένη θεώρηση σημαντικών θεμάτων, όπως η θρησκεία. Το κλίμα, και το περιβάλλον αποτελούν σημαντικούς παράγοντες. Ακόμη, θεωρεί την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και την ψυχοθεραπεία ενορατικού τύπου κατάλληλες για σύνθεση και μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις περιπτώσεις που χρήζουν ψυχοθεραπείας. Επιπλέον συνδυάζεται και με τη φαρμακοθεραπεία, εφόσον κριθεί αναγκαίο, αλλά και με άλλα επιστημονικά πεδία, παραμένοντας ανοιχτό σε νέα δεδομένα και τέλος, «στηρίζεται σε αυστηρά δομημένες από πλευράς μεθοδολογίας επιστημονικές έρευνες» (Νέστορος, Σύγχρονα Αμφιαράεια).

Στη συνθετική ψυχοθεραπεία δίνεται έμφαση στους κοινούς θεραπευτικούς παράγοντες που εμφανίζονται σε όλες τις ψυχοθεραπείες, που αφορούν στη θεραπευτική σχέση, τη μείωση του άγχους και της έντασης, την αλλαγή του γνωστικού πλαισίου, την πείθω και την υποβολή, την ταύτιση με τον ψυχοθεραπευτή, τον αυτοέλεγχο και την αυτονομία, την πρόβα και την αντιμετώπιση του προβλήματος σε ρεαλιστικές καταστάσεις (Νέστορος, 2001). Η συνθετική ψυχοθεραπεία (Nestoros & Vallianatou, 1990; Nestoros, 1993; Nestoros, Lampropoulos, & Vallianatou, 1997) στοχεύει στην ψυχοθεραπευτική αλλαγή και είναι εφαρμόσιμη σε όλες σχεδόν τις κλινικές περιπτώσεις. Επιπλέον παρέχει θεωρητικές κατευθύνσεις, κλινικά πρακτικές στρατηγικές, προτάσεις και αρχές που καθοδηγούν τον ψυχοθεραπευτή για την επιλογή και εφαρμογή της κατάλληλης παρέμβασης, και αν και αποτελεί βασικά ατομική μορφή ψυχοθεραπείας, μπορεί να εφαρμοστεί και σε οικογενειακή, συζυγική και ομαδική θεραπεία (Νέστορος & Ζγαντζούρη, 2002).

Η εξατομικευμένη θεραπευτική πρακτική αποτελεί την αποτελεσματικότερη μορφή ψυχοθεραπείας, αφού λαμβάνονται υπόψη τα χαρακτηριστικά και οι ανάγκες του εκάστοτε πελάτη. Δίνεται έμφαση στην κατάρτιση και συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση του θεραπευτή, αλλά και γενικότερη προσωπική ανάπτυξη, προκειμένου να είναι σε θέση να επιλέγει θεωρίες, μεθόδους και τεχνικές από διάφορες ψυχοθεραπείες και να τις συνθέτει προς όφελος του άτομου που χρήζει ψυχιατρικής βοήθειας.

## **6.2 Βασικές διαθεωρητικές έννοιες που διέπουν τα δυο μοντέλα (διαθεωρητικό μοντέλο και συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας)**

Όπως προαναφέρθηκε, η βιβλιογραφία δείχνει πως υπάρχουν κοινές έννοιες που αποδεικνύονται αποτελεσματικές για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της ψυχοθεραπείας. Υπάρχει ομοφωνία στις δυο προσεγγίσεις όσον αφορά στη σύνθεση των αρχών που διέπουν τις παρεμβάσεις και όχι απαραίτητα στις τεχνικές (Prochaska, & Norcross, 2013).

Οι Norcross και Hill (2004) συνόψισαν τις θεραπευτικές σχέσεις που υποστηρίζονται από έρευνες, καταλήγοντας πως οι εμπειριστατωμένες σχέσεις είναι οι εξής: Η θεραπευτική σχέση, που αναφέρεται στην ποιότητα της σχέσης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου, βάσει της οποίας υπάρχει κοινή θέσπιση στόχων και συμφωνία στις εργασίες και αποτελεί έναν ιδιαίτερο δεσμό ανάμεσα τους. Η συνοχή στην ομαδική θεραπεία, που αναφέρεται στους παράγοντες που ωθούν τα μέλη να παραμείνουν στην ομάδα. Η εμπάθεια που είναι η ικανότητα και προθυμία του θεραπευτή να κατανοεί σε βάθος τις σκέψεις, τα συναισθήματα και την εσωτερική πάλη του εκάστοτε ασθενούς. Τέλος, η ομοφωνία στους στόχους και η συνεργασία, που αναφέρεται στη συναίνεση του θεραπευτή και του ασθενή όσον αφορά στους στόχους και τις προσδοκίες και στην αμοιβαία συμμετοχή στην ψυχοθεραπεία.

Κατά τους ίδιους, οι πιθανά αποτελεσματικές σχέσεις, για τις οποίες όμως υπάρχουν θετικές ενδείξεις, είναι οι εξής: Η θετική θεώρηση, που αναφέρεται στην ιδιότητα του θεραπευτή για αποδοχή, επιβεβαίωση και θετική θεώρηση του θεραπευμένου. Η καταλληλότητα και αυθεντικότητα που αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να επικοινωνεί την προσωπικότητά του προς τον πελάτη κατά περίπτωση. Η ανατροφοδότηση που είναι η περιγραφική αξιολόγηση της συμπεριφοράς ή των αποτελεσμάτων αυτής της συμπεριφοράς από τον θεραπευτή και δίνεται στον θεραπευόμενο. Η αποκατάσταση της συμμαχίας μετά από ρήξη που αναφέρεται στις διορθώσεις που γίνονται μετά από μια ένταση ή πιθανή διακοπή στη συνεργασία ανάμεσα στο θεραπευτή και τον πελάτη. Η αποκάλυψη του εαυτού, όταν αποκαλύπτονται προσωπικά στοιχεία του θεραπευτή. Η διαχείριση της αντιμεταβίβασης. Η οποία αναφέρεται σε αντιδράσεις που υπονοούν κάποιες άλυτες συγκρούσεις, όχι απαραίτητα υποσυνείδητες, του ψυχοθεραπευτή. Η ποιότητα των

σχετικών ερμηνειών. Στην κλινική βιβλιογραφία, οι ερμηνείες είναι παρεμβάσεις που παρέχουν στο συνειδητό πληροφορίες που ως τότε ήταν άγνωστες. Στην ερευνητική βιβλιογραφία, αφορά στον εντοπισμό θεμάτων και μοντέλων στη συμπεριφορά του ασθενή ακόμη και πέρα από αυτά που έχει εξωτερικεύσει ο ασθενής.

Τέλος, οι ευαπόδεικτες έννοιες ως μέσα για την προσαρμογή της θεραπείας είναι οι εξής: Η αντίσταση αναφέρεται στην εύκολη υποκίνηση από εξωτερικές απαιτήσεις. Η λειτουργική διαταραχή αντανακλά τη σοβαρότητα της δυστυχίας του ασθενή όπως την αντιλαμβάνεται και περιοχές μειωμένης καλής λειτουργίας της συμπεριφοράς. Ο τρόπος αντιμετώπισης αναφέρεται στον τρόπο που διαχειρίζεται και συμπεριφέρεται ο ασθενής όταν έρχεται αντιμέτωπος με νέες ή προβληματικές καταστάσεις. Τα στάδια αλλαγής αφορούν στον τρόπο που συντελείται η αλλαγή με την ψυχοθεραπεία ή χωρίς τη βοήθεια αυτής, μέσω μιας σειράς σταδίων. Τα είδη προσωπικότητας, που χωρίζονται σε δύο κύρια είδη. Το ένα αφορά στην ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται τις διαπροσωπικές σχέσεις και το άλλο που προωθεί την ανάπτυξη της ακεραιότητας του εαυτού. Οι προσδοκίες αναφέρονται στις προσδοκίες του ασθενή για τα αποτελέσματα και τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, καθώς και το ρόλο του θεραπευτή και το χρόνο της θεραπείας. Η αφομοίωση των προβληματικών εμπειριών, κατά την οποία οι ασθενείς ακολουθούν μια αλληλουχία για να διαχειριστούν προβληματικές καταστάσεις. Η λήψη απόφασης, που αποτελεί το πρώτο βήμα για τη διαδικασία της αλλαγής.

Η λήψη απόφασης είναι αναπόσπαστο μέρος του διαθεωρητικού μοντέλου (Prochaska, 2008). Το κάθε στάδιο αντανακλά τη χρονική διάσταση της αλλαγής της συμπεριφοράς και είναι αυτό που ενσωματώνει αρχές και διαδικασίες αλλαγής από άλλες βασικές θεωρίες της ψυχοθεραπείας και της αλλαγής της συμπεριφοράς. Οι παράμετροι για τη λήψη αποφάσεων που αντιπροσωπεύουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής αποτελούν συστηματικές σχέσεις ανάμεσα στα στάδια αλλαγής. Αυτές οι σχέσεις βοηθούν τους ασθενείς να παίρνουν πιο αποτελεσματικές αποφάσεις για τη μείωση εκδήλωσης επικινδύνων συμπεριφορών και την αύξηση συμπεριφορών που συντελούν στην προώθηση της υγείας. Κατά τους Migneault, Adams και Read (2005), τις διαστάσεις του διαθεωρητικού μοντέλου αποτελούν τα στάδια και οι διαδικασίες αλλαγής, η ισορροπία απόφασης και η αυτοεπάρκεια, η τελευταία από τις οποίες δεν αναφέρεται σε όλες τις περιγραφές του μοντέλου.

Οι διαδικασίες της αλλαγής του διαθεωρητικού μοντέλου (Company, 2008) είναι οι εξής: Ενδυνάμωση της συνείδησης, δηλαδή αύξηση της επίγνωσης για τις αιτίες, τις συνέπειες και τις θεραπείες για τη συγκεκριμένη προβληματική συμπεριφορά. Οι παρεμβάσεις που προωθούν αυτή τη γνώση εμπεριέχουν εύρεση και εκμάθηση νέων ιδεών, γεγονότων και συμβουλών για την προώθηση της αλλαγής, ανατροφοδότηση, εκπαίδευση, καμπάνιες μέσω ενημέρωσης. Η δραματική ανακούφιση ή συναισθηματική διέγερση, όταν οι ασθενείς βιώνουν τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν συγκεκριμένοι κίνδυνοι. Στις παρεμβατικές στρατηγικές εμπεριέχονται το ψυχόδραμα, το παιχνίδι ρόλων, οι προσωπικές καταθέσεις εμπειριών και άλλες τεχνικές που συγκινούν τα άτομα και τα ενεργοποιούν συναισθηματικά.

Συνεχίζοντας, η επαναξιολόγηση του εαυτού, συνδυάζει συναισθηματικές και γνωστικές εκτιμήσεις της εικόνας του εαυτού με ή χωρίς την ανθυγιεινή συνήθεια. Έτσι ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι η αλλαγή είναι σημαντικό μέρος της προσωπικής του οντότητας. Αποσαφήνιση των αξιών, υγιή πρότυπα και οπτικές παραστάσεις βοηθούν την επαναξιολόγηση του εαυτού. Η επαναξιολόγηση του περιβάλλοντος, που επίσης συνδυάζει συναισθηματικές και γνωστικές εκτιμήσεις του τρόπου με τον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζεται από την παρουσία ή απουσία μιας προσωπικής συνήθειας. Με αυτό τον τρόπο ο ασθενής συνειδητοποιεί τις επιπτώσεις της προβληματικής συμπεριφοράς του ή τα πλεονεκτήματα της αλλαγής του στο κοντινό φυσικό ή κοινωνικό περιβάλλον. Επίσης βοηθά το άτομο να συνειδητοποιήσει ότι το ίδιο μπορεί να αποτελέσει πρότυπο για άλλους. Εκπαίδευση με στόχο την εμπάθεια, ντοκιμαντέρ, και οικογενειακές παρεμβάσεις οδηγούν σε επιτυχείς επανεκτιμήσεις.

Η απελευθέρωση του εαυτού συνίσταται στην πίστη ότι το άτομο μπορεί να αλλάξει και στη δέσμευση για αλλαγή. Δημόσιες δηλώσεις και πολλαπλές επιλογές ενδυναμώνουν τη θέληση του ατόμου, καθώς οι έρευνες αποδεικνύουν πως όσες περισσότερες επιλογές έχει το άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η δέσμευση. Οι υποστηρικτικές σχέσεις που εμπεριέχουν τις έννοιες της φροντίδας, της εμπιστοσύνης, της ευθύτητας, της αποδοχής και της υποστήριξης. Αφορούν επίσης τον εντοπισμό και τη χρήση της κοινωνικής υποστήριξης, ενώ η ανάπτυξη καλών σχέσεων και στενής φίλιας, όπως και η θεραπευτική συμμαχία αποτελούν πηγές κοινωνικής υποστήριξης.



Η αντικατάσταση όρων σημαίνει πως απαιτείται αντικατάσταση της προβληματικής συμπεριφοράς με εναλλακτικές συμπεριφορές και γνωστικά πλαίσια. Για παράδειγμα, η χαλάρωση μπορεί να αντικαταστήσει το άγχος, η αποδοχή την πίεση. Η διαχείριση της ενίσχυσης, που αφορά στην επιβράβευση, αύξηση ή μείωση των επιβραβεύσεων για την επιθυμητή ή προβληματική συμπεριφορά αντίστοιχα, ακόμη και τιμωρίες, αν και η έμφαση δίνεται στην ενθάρρυνση, αφού η φιλοσοφία του μοντέλου βασίζεται στη συνειδητή προσπάθεια του άτομου, σε συνδυασμό με το φυσικό τρόπο που οι άνθρωποι αλλάζουν. Προφανής ή συγκαλυμμένη ενθάρρυνση και αποδοχή από μια ομάδα είναι διαδικασίες που βοηθούν το άτομο να επαναλάβει την υγιεινή συνήθεια.

Άλλη διαδικασία είναι ο έλεγχος των ερεθισμάτων, καθώς ο ασθενής καλείται να αφαιρεί ό,τι παραπέμπει στην ανθυγιεινή συμπεριφορά και να προσθέτει υπενθυμίσεις ή υποδείξεις που συνδέονται με την επιθυμητή συμπεριφορά. Η αποφυγή ή αναδιάρθρωση του περιβάλλοντος και οι ομάδες αυτοβοήθειας παρέχουν ερεθίσματα που υποστηρίζουν την αλλαγή και μειώνουν τον κίνδυνο της μετάπτωσης. Τέλος, η κοινωνική απελευθέρωση, που αναφέρεται στην αύξηση των κοινωνικών ευκαιριών που παρέχει το περιβάλλον, ειδικά σε περισσότερο ευπαθείς ομάδες. Συνειδητοποιώντας ότι οι κοινωνικοί κανόνες αλλάζουν προς την επιθυμητή αλλαγή συμπεριφοράς. Ενδυναμωτικές διαδικασίες και κατάλληλες πολιτικές μπορούν να εξασφαλίσουν ευκαιρίες για την προώθηση της υγείας σε μειονότητες, άλλα και άλλους πληθυσμούς.

Κατά τον Prochaska (1995), το μοντέλο αποτελεί ένα εκλεκτικό σει διαδικασιών, καθώς προέρχονται από διαφορετικές σχολές ψυχοθεραπείας. Έτσι, η ενδυνάμωση της συνείδησης προέρχεται από την ψυχαναλυτική παράδοση, η κάθαρση στο Gestalt, οι επαναξιολογήσεις στη γνωστική και εμπειρική παράδοση, οι απελευθερώσεις στην υπαρξιακή παράδοση, και οι υπόλοιπες διαδικασίες προέρχονται από τη συμπεριφοριστική παράδοση, εκτός από την τελευταία που ανήκει στην πελατοκεντρική παράδοση. Τα στάδια συντέλεσαν στην ενσωμάτωση των διαδικασιών αλλαγής από επτά διαφορετικά ψυχοθεραπευτικά συστήματα (Prochaska & DiClemente, 1983, 1984, 1985), σε συνδυασμό με την αυτοεπάρκεια της κοινωνικής-γνωστικής θεωρίας του Bandura (1977, 1982), και την ισορροπία απόφασης της

θεωρίας των Janis και Mann (1977) περί λήψης απόφασης, σύγκρουσης και δέσμευσης (Prochaska, 1995).

Στο πνεύμα της ενσωμάτωσης και σύνθεσης αρχών και διαδικασιών αλλαγής από άλλα ψυχοθεραπευτικά συστήματα, οι δημιουργοί του μοντέλου χρησιμοποίησαν τη θεωρία των Janis και Mann (Prochaska, 2008), που αποτελείται από οχτώ βασικά στοιχεία: οργανικές ωφέλειες για τον εαυτό, οργανικές ωφέλειες για τους άλλους, αποδοχή από τον εαυτό, αποδοχή από τους άλλους, οργανικές επιπτώσεις στον εαυτό, οργανικές επιπτώσεις στους άλλους, μη αποδοχή από τον εαυτό και μη αποδοχή από τους άλλους. Κατά την ανάπτυξη μετρήσεων που αφορούν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, προτείνεται από το διαθεωρητικό μοντέλο να συμπεριλαμβάνονται κατάλληλα στοιχεία που να αντιπροσωπεύουν το καθένα από αυτά. Στην πραγματικότητα, όμως, μπορούν να συνοψιστούν σε δύο βασικά στοιχεία: τα υπέρ και τα κατά της αλλαγής.

Όσον αφορά στα επίπεδα αλλαγής, οι εντατικές παρεμβάσεις εξαρτώνται από τον προσδιορισμό του προβλήματος ως συνειδητό ή ασυνείδητο, καθώς κάποιες προβληματικές συμπεριφορές προκύπτουν λόγω δύσκολων καταστάσεων, κάποια άλλα όμως είναι σύνθετα και προϋποθέτουν την ανίχνευση και τον εντοπισμό της αίτιας (Fromme, 2011). Οι Prochaska και Norcross (2010) εξηγούν ότι συγκεκριμένες διαδικασίες είναι περισσότερο αποτελεσματικές σε συγκεκριμένα στάδια αλλαγής. Εφόσον ο ασθενής μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε ένα στάδιο, τότε ο θεραπευτής θα έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει τις διαδικασίες και επομένως να επιλέξει τις κατάλληλες τεχνικές, προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να μεταβεί σε επόμενο στάδιο. Επομένως, η ενσωμάτωση σταδίων και διαδικασιών μπορεί να αποτελέσει λειτουργικό οδηγό για τους ψυχοθεραπευτές, εάν το χρησιμοποιούν συστηματικά και επαρκώς για τη διευκόλυνση τους.

Ο Fromme (2011) εξηγεί πως οι διαδικασίες της αλλαγής είναι εμφανείς ή λανθάνουσες σε διάφορα ψυχοθεραπευτικά συστήματα που προωθούν την αλλαγή συμπεριφοράς. Τα στάδια αφορούν σε αλλαγές στάσεων, πρόθεσης, παρακίνησης και συμπεριφοράς. Η εξέταση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων επίσης εμφανίζονται σε διάφορες ψυχοθεραπείες. Καθώς ο θεραπευόμενος προχωρά σε επόμενα στάδια, τα πλεονεκτήματα υπερτερούν και η παρακίνηση αυξάνεται.

Παρόλο που μπορούν να εντοπιστούν κάποια συμπτώματα και σύνδρομα, τα πολύπλοκα και αλληλοσυνδεδεμένα επίπεδα της ανθρώπινης λειτουργίας αποτελούν το περιβάλλον ανάπτυξής τους. Ιεραρχικά τα προβλήματα αφορούν τα εξής: προβληματικές καταστάσεις και συμπτώματα, δυσπροσαρμοστική νόηση, τρέχουσες διαπροσωπικές συγκρούσεις, οικογενειακές συγκρούσεις η συγκρούσεις με άλλα συστήματα, διαπροσωπικές συγκρούσεις. Σύμφωνα με τη διαθεωρητική προσέγγιση, οι αλλαγές συμβαίνουν πιο γρήγορα στο πρώτο επίπεδο, και γι' αυτό η αρχική παρέμβαση ξεκάνει από αυτό. Όσο πιο κάτω στην ιεραρχία εντοπίζεται ένα πρόβλημα, τόσο πιο περιπλοκή και μακροχρόνια θα είναι η θεραπεία και η αντίσταση του θεραπευόμενου (Prochaska & DiClemente, 1984).

Ο Fromme (2011) συζητά τα υπέρ και τα κατά της αλλαγής. Η διάσταση αυτή αντανακλά μια διαλεκτική καθώς ο πελάτης αντισταθμίζει τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλεί το πρόβλημά του με το φόβο για το άγνωστο και το κοινωνικό στίγμα του «ψυχικά άρρωστου». Η ισορροπία απόφασης αφορά στη σχετική σπουδαιότητα που θεωρεί ο ασθενής ότι έχουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της αλλαγής της συμπεριφοράς. Η αλλαγή επέρχεται όταν το όφελος κρίνεται πιο σημαντικό από το τίμημα της αλλαγής. Τα επίπεδα αλλαγής περιγράφουν το βάθος και την πολυπλοκότητα του προβλήματος. Υπάρχουν πέντε επίπεδα με αυξανόμενη πολυπλοκότητα, που αλληλεπιδρούν, καθώς αλλαγές στο ένα επίπεδο είναι πιθανό να επιφέρουν αλλαγές και σε άλλα επίπεδα, για καθένα από τα οποία προτείνεται η κατάλληλη προσέγγιση. Για συμπτώματα ή προβλήματα που προέρχονται από συγκεκριμένες συνθήκες, προτείνεται η συμπεριφορική θεραπεία ή η θεραπεία έκθεσης. Για προσαρμοστικά γνωστικά πλαίσια, προτείνεται η θεραπεία του Alder και η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Για διαπροσωπικές συγκρούσεις του παρόντος, προτείνεται η θεραπεία του Sullivan και η διαπροσωπική θεραπεία. Για συγκρούσεις στην οικογένεια ή άλλα συστήματα προτείνεται η στρατηγική του Bowen. Για ενδοπροσωπικές συγκρούσεις, προτείνεται η ψυχαναλυτική θεραπεία, η υπαρξιακή θεραπεία και η θεραπεία του Gestalt.

Υπάρχουν τρεις στρατηγικές για την επιλογή παρεμβάσεων ανάλογα με το επίπεδο αλλαγής: Μετακίνηση σε επίπεδα: οι αρχικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται σε συμπτώματα ή αλλαγή της κατάστασης. Αν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται, ο θεραπευτής προχωρά σταδιακά σε βαθύτερα επίπεδα μέχρι ο ασθενής να έχει την

αναμενόμενη αντίδραση. Επίπεδα – κλειδιά: με αυτή τη στρατηγική οι παρεμβάσεις στοχεύουν σε ένα ξεκάθαρο επίπεδο. Για παράδειγμα, η οικογενειακή θεραπεία απαιτείται για ένα γονέα που το παιδί του έχει πρόβλημα πειθαρχίας. Η μέγιστη επίδραση πραγματοποιείται όταν σε πιο περιπλοκές περιπτώσεις, οι παρεμβάσεις στοχεύουν σε πολλαπλά επίπεδα. Ο τρόπος χειρισμού είναι μια διάσταση που περιλαμβάνει εσωτερική, καταστολή, εξωτερική και κυκλικούς τρόπους χειρισμού του προβλήματος. Για παράδειγμα, οι εσωστρεφείς αποδίδουν τα αρνητικά συναισθήματα και τις παρορμήσεις σε παράγοντες που ελέγχονται από τους ίδιους, ενώ εξιδανικεύουν άλλους, με αποτέλεσμα να είναι συνεσταλμένοι και να ρίχνουν τις ευθύνες στον εαυτό τους να βιώνουν περιορισμένο συναίσθημα. Η εμπειρική θεραπεία βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει το περιορισμένο συναίσθημα, το άγχος, την ενοχή ή τη ντροπή, ενώ η ενορατική, δυναμική θεραπεία την τάση του ατόμου για εσωτερική.

Οι Miller & Rollnick (2002) συζητούν για τη χρησιμότητα της συνέντευξης παρακίνησης που χρησιμοποιείται από τους θεραπευτές με πελάτες που βρίσκονται στα αρχικά στάδια. Μέσω των κατάλληλων στρατηγικών οι θεραπευτές διευκολύνουν τους πελάτες να εξετάσουν και να αναλύσουν την κατάστασή τους και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αλλαγής, καθώς και να πάρουν αποφάσεις, με υποστηρικτικό, καθόλου απειλητικό τρόπο, παροτρύνοντας έτσι τον πελάτη να αναλάβει την ευθύνη της κατάστασής του. Η φιλοσοφία, η προσέγγιση και οι μέθοδοι που διέπουν τη συνέντευξη είναι κατάλληλες και αποτελεσματικές και με πελάτες που βρίσκονται σε επόμενα στάδια, όταν ετοιμάζονται να αλλάξουν, να αναλάβουν δράση και να διατηρήσουν την αλλαγή. Αυτή ονομάστηκε από τους Miller and Rollnick (1991) δεύτερη φάση, καθώς σε αυτή ο πελάτης έχει αποφασίσει να αλλάξει και ο ρόλος του θεραπευτή μεταλλάσσεται από παρακινητικός σε συμβουλευτικός. Οι περισσότερες στρατηγικές βασίζονται περισσότερο στη δράση, όμως οι πελάτες είναι πιο επιτυχείς όταν η παρότρυνση και ενθάρρυνση συνεχίζονται και αντιμετωπίζονται με εμπάθεια, που είναι αναπόσπαστο μέρος της συνέντευξης. Για όσους βρίσκονται στα δυο τελευταία στάδια, η συνέντευξη βοηθά στην ενίσχυση της αυτοεπάρκειας και της επιτυχίας, που είναι απαραίτητα στοιχεία για τη μακροπρόθεσμη αλλαγή. Οι γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες είναι περισσότερο απαραίτητες στα πρώτα στάδια, ενώ στα τελευταία, οι συμπεριφορικές. Η συνέντευξη επηρεάζει τις γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες των αρχικών σταδίων και εναλλακτικά, καθώς

οι θεραπευμένοι προχωρούν επηρεάζει την επάρκεια και τις γνωστικές και εμπειρικές διαδικασίες.

Οι Prochaska & Norcross (2013) υποστηρίζουν πως οι διαθεωρητικές προσεγγίσεις είναι πρακτικές, εμπειρικού χαρακτήρα και πως οι παρεμβάσεις που προτείνονται είναι προσαρμοσμένες στα χαρακτηριστικά του κάθε πελάτη, χωρίς όμως απαραίτητα να εξηγούνται θεωρητικά οι λόγοι που οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές στην εκάστοτε περίπτωση. Ενώ οι Beutler, Consoli, και Lane (2005) επικεντρώνονται στα χαρακτηριστικά του πελάτη, οι Prochaska και DiClemente (2005) θεωρούν σημαντικότερη την ετοιμότητα του ατόμου για αλλαγή.

Κύρια στοιχεία της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι τα εξής (Νέστορος, Σύγχρονα Αμφιαράεια): Η παιδική ηλικία ως σημείο αναφοράς στην ανάπτυξη του ατόμου, οι σκέψεις και συναισθήματα, καθώς ο θεραπευόμενος εκπαιδεύεται στην αναγνώριση και τη διαχείριση τους. Ο αυτοέλεγχος και η ευθύνη, αφού πρεσβεύεται ότι ο καθένας είναι ικανός για αυτοέλεγχο και συνεπώς είναι υπεύθυνος για τη συμπεριφορά του, η ψυχική υγεία και νοητική ισορροπία, που αποτελούν το βασικό στόχο της ψυχοθεραπείας. Η αναθεώρηση του γνωστικού πλαισίου για να αντικατασταθούν οι προβληματικές στάσεις και συμπεριφορές με τις επιθυμητές, η αντίσταση του θεραπευομένου για την καταστολή της οποίας ο θεραπευτής οφείλει να βρίσκει τρόπους και η θεώρηση της πραγματικότητας, ενισχύοντας την αντικειμενική θεώρηση της πραγματικότητας. Επιπλέον, οι κοινωνικοί παράγοντες, που περιλαμβάνονται στη διάγνωση και λαμβάνονται υπόψη στη θεραπεία, η προσωπικότητα του θεραπευτή, που θα πρέπει να εμπνέει αισιοδοξία και να χαρακτηρίζεται από επιμονή, έρευνα και ικανότητα σύνθεση θεωριών και πρακτικών προς όφελός του θεραπευόμενου. Οι ευνοϊκές συνθήκες που δημιουργούνται από το θεραπευτή για την ομαλή πορεία της ψυχοθεραπείας και η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς, βασικό στοιχείο που λαμβάνεται υπόψη στην εξατομίκευση της θεραπείας.

Η άμυνα ή αντίσταση, δηλαδή η αντίθεση προς τις οδηγίες του θεραπευτή ή τον περιορισμό της ελευθερίας είναι μια από τις βασικές κοινές έννοιες. Σύμφωνα με τον Ellis (2002), κάποιοι ασθενείς αντιστέκονται στην ψυχοθεραπεία, είτε λόγω της ανθρώπινης φύσης, είτε για προσωπικούς λόγους, όπως η δυσκολία στην εξωτερίκευση των ενδόμυχων σκέψεων ή στην ανάκληση άσχημων εμπειριών, είτε

εξαιτίας της απαισιοδοξίας λόγω έλλειψης θεαματικών αποτελεσμάτων. Υπάρχουν επίσης ασθενείς που δεν έχουν πίστη στον εαυτό τους, το θεραπευτή ή την ψυχοθεραπεία, ενώ άλλοι φοβούνται τις νέες καταστάσεις και συνεπώς την πιθανή τους επιτυχημένη θεραπεία. Μερικοί αμύνονται εξαιτίας της έλλειψης υποστήριξης από το περιβάλλον τους, ενώ άλλοι δεν είναι ευχαριστημένοι από τη θεραπευτική σχέση. Η αντίσταση μπορεί να προκύψει από την έλλειψη κατανόησης των εργασιών, την απροθυμία να υλοποιήσει τις προτάσεις και παρεμβάσεις του θεραπευτή ή την έλλειψη δέσμευσης. Οι τρόποι που εκδηλώνεται η αντίδραση του πελάτη μπορεί να είναι η ολιγόλεπτη καθυστέρηση ή ακύρωση της συνεδρίας, ο εχθρικός τρόπος συμπεριφοράς, η αποφυγή σημαντικών θεμάτων, η αμέλεια στις εργασίες για το σπίτι, και η άρνηση να συμμετέχει ολοκληρωτικά σε ενεργητικές παρεμβάσεις που προτείνει ο θεραπευτής. Για να αντιμετωπιστεί η αντίσταση κλινικά, θα πρέπει να εξερευνηθεί το πρόβλημα σε οποιοδήποτε επίπεδο, ενδοπροσωπικό, ψυχοδυναμικό, συστημικό, γνωστικό, συναισθηματικό ή συμπεριφοριστικό, να αναδιαμορφωθεί η θεραπευτική σχέση, ή να επαναξιολογηθεί η επιλογή και η ένταση των παρεμβάσεων (Messer, & Gurman, 2011). Κάποιοι ασθενείς που την παρουσιάζουν πιθανά χρειάζονται παράδοξες μεθόδους για την άμεση αντιμετώπιση της.

Η θεραπευτική σχέση και η θεραπευτική συμμαχία αποτελούν ένα ακόμη κοινό τόπο. Η θεραπευτική σχέση και η «εργασιακή συμμαχία» είναι αδιαμφισβήτητα ένας από τους κοινούς παράγοντες στην ψυχοθεραπεία, που συντελούν στην επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος (Lampropoulos, 2000). Κάθε συνεργάσιμος ασθενής που εμπιστεύεται το θεραπευτή του και συμφωνεί με τους στόχους που έθεσαν με κοινή συναίνεση και πιστεύει ότι η ψυχοθεραπεία θα είναι επιτυχής μπορεί να θεραπευτεί. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι να αναπτύξει μια σωστή θεραπευτική σχέση και να επιλέξει τις κατάλληλες τεχνικές για τον εκάστοτε ασθενή. Ο θεραπευτής οφείλει να αντικαθιστά τα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή με αισιοδοξία, ελπίδα και πίστη ότι θα τα καταφέρει (Norcross & Goldfried, 2003). Το ίδιο αναφέρει και ο Νέστορος (2000), που τονίζει ότι οι αποτυχίες, οι δυσκολίες και τα προβλήματα πρέπει να αντιμετωπίζονται με αισιοδοξία και θετικές σκέψεις να αντικαθιστούν τις αρνητικές. Φαίνεται πως τα αποτελέσματα της θεραπείας δεν αφορούν τόσο στη χρήση συγκεκριμένων ιατρικών τεχνικών, όσο σε άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της θεραπευτικής συμμαχίας, επειδή η ανάπτυξη και ανάλυσή της προσδιορίζει τον ασθενή και δίνει σημαντικές

πληροφορίες για αυτόν (Staszewska, 2009). Σε συνδυασμό με τη διάγνωση και προσαρμόζοντας τη θεραπευτική σχέση στα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του εκάστου ασθενή οι θεραπείες αποδεικνύονται αποτελεσματικότερες (Norcross & Hill, 2004). Η σχέση θεραπευτή και θεραπευομένου δεν είναι σε καμία περίπτωση στατική, αφού ο ασθενής βρίσκεται σε διαδικασία αλλαγής και ο θεραπευτής οφείλει να εναρμονίζεται με τα στάδια εξέλιξης του, αξιολογώντας και ερμηνεύοντας τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων και της προόδου του θεραπευομένου, βελτιώνοντας την τακτική του και ανανεώνοντας τις μεθόδους και στρατηγικές του ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενή.

Ο Corey (2009) υποστηρίζει ότι ο η σχέση θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αλληλοεμπιστοσύνη, ειλικρίνεια, κατανόηση, αποδοχή, αυθορμητισμό και αυθεντικότητα. Πρόκειται για μια αμφίδρομη διαδικασία. Για ένα θετικό αποτέλεσμα, θα πρέπει να υπάρχει μια θετική θεραπευτική συμμαχία και δομή ούτως ώστε να γίνει η διάγνωση και ο σχεδιασμός της θεραπείας, με βάση τις ανάγκες του ασθενή και την ανάμειξη του στο σχεδιασμό. Η αμεσότητα και ζεστασιά του θεραπευτή που προκαλεί θετικά συναισθήματα και εμπιστοσύνη στον ασθενή και η εμπλοκή του στο σχεδιασμό αποτελεί βασικό στοιχείο των ανθρωπιστικών θεραπειών. Οι έρευνες δείχνουν πως ο ασθενής χρειάζεται τη σιγουριά και επαγγελματική ασφάλεια που παρέχει ο θεραπευτής, αλλά κι εκείνος θα πρέπει να ξέρει πότε να εγκαταλείπει μια προσέγγιση, όταν συνειδητοποιήσει, έγκαιρα αν είναι έμπειρος, ότι ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται.

Αντίστοιχα, χρειάζονται κριτήρια με βάση τα οποία να έχει τη δυνατότητα ο θεραπευτής να αναπροσαρμόζει τα σχέδια της θεραπείας. Τέτοια κριτήρια παρέχει η έρευνα με κέντρο τον ασθενή, που επιβεβαιώνει την ανάγκη για παρακολούθηση, καθώς ενισχύεται η παρακίνηση του ασθενή όταν βλέπει αποδείξεις της προόδου του, ενώ ο θεραπευτής μπορεί να κάνει αλλαγές όταν ο ασθενής δεν παρουσιάζει την αναμενόμενη εξέλιξη. Ένα κοινό λάθος που παρατηρείται στους θεραπευτές των συνθετικών μοντέλων είναι η αδυναμία αλλαγής, όταν απαιτείται η πολύ γρήγορη αλλαγή σε άλλα θεωρητικά ή πρακτικά πλαίσια, όταν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων δείχνουν αναποτελεσματικά (Messer, & Gurman, 2011). Αναλόγως, ο θεραπευτής στο διαθεωρητικό μοντέλο αλλάζει τους ρόλους του ανάλογα με το στάδιο αλλαγής που βρίσκεται ο πελάτης. Χρειάζεται να βοηθά περισσότερο στα

αρχικά στάδια και να καθοδηγεί τους πελάτες εμπλέκοντας τους σε παρεμβάσεις που είναι κατάλληλες, στο στάδιο ενεργοποίησης θα πρέπει να αντιλαμβάνεται το βαθμό βοήθειας που χρειάζεται ο κάθε πελάτης, αφού κάποιιοι είναι εφευρετικοί και εφαρμόζουν δημιουργικά τις διαδικασίες αλλαγής, ενώ άλλοι αναζητούν την καθοδήγηση του θεραπευτή (Prochaska, 1995).

Άλλος σημαντικός κοινός παράγοντας αποτελεί η έννοια του εαυτού. Ο εαυτός αναφέρεται στην προσωπική αυτοαντίληψη, την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εξέλιξη της θεραπείας. Στην έρευνα των Δασκάλου και Συγκολλιτού (2007) αποδείχθηκε η σημαντικότερη από όλους τους παράγοντες που συμπεριλήφθησαν στην έρευνα και υπήρξε δείκτης προβλεψιμότητας για το θετικό ή αρνητικό συναίσθημα των ατόμων. Όταν υπάρχει έλλειψη αυτοπεποίθησης και αμφισβήτηση των ικανοτήτων, η θεραπεία δεν λειτουργεί προοδευτικά, ενώ όταν ενισχύεται η αυτοεκτίμηση, το θετικό συναίσθημα που προκύπτει συντελεί στη μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχίας της θεραπείας. Επιπλέον, το αρνητικό συναίσθημα και η έλλειψη αυτοπεποίθησης μπορεί να προκύψει όταν οι βραχυπρόθεσμοι στόχοι, τους οποίους θέτουν από κοινού ο θεραπευτής και ο θεραπευμένος, δεν εκπληρώνονται ή τα κριτήρια είναι πολύ υψηλά. Για το λόγο αυτό, οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και τα κριτήρια σε αναλογία με την προσωπικότητα και την κατάσταση ή το στάδιο του θεραπευμένου.

Στο διαθεωρητικό μοντέλο η προσωπικότητα έχει σημαντική θέση και για αυτό αξιολογούνται τα χαρακτηριστικά του κάθε πελάτη και αφού κατηγοριοποιηθεί σε στάδια αλλαγής, τού παρέχονται θεραπευτικές υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες του. Η αυτό-επάρκεια, αλλιώς πειρασμοί, προέρχεται από το έργο του Bandura (1977, 1986) και ενσωματώθηκε στο διαθεωρητικό μοντέλο. Καθώς η αυτό-επάρκεια αυξάνεται, οι πιθανότητες για την επίτευξη της αλλαγής αυξάνονται αναλόγως. Οι αρχικές έρευνες περιέλαβαν εκτός από την παράμετρο της αυτοπεποίθησης, την παράμετρο που μετρούσε τον πειρασμό της ανθυγιεινής συμπεριφοράς. αυτές οι δυο παράμετροι λειτουργούν αντιστρόφως ανάλογα καθώς η μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και οι λιγότεροι πειρασμοί σηματοδοτούν πιο προχωρημένα στάδια αλλαγής. Είναι πιθανό να είναι πιο εμφανείς οι παρορμήσεις όταν το άτομο είναι αγχωμένο. Οι Taylor και συνεργάτες (2007) αναφέρουν ότι η προσωπικότητα αποτελεί μέρος κάποιων συνθετικών ψυχοθεραπειών, όπως αυτές που βασίζονται στην θεωρητική ή



αφομοιωτική σύνθεση, ενώ άλλες, όπως αυτή των κοινών στοιχείων ή ο τεχνικός εκλεκτισμός, την αποκλείουν. Η συνθετική θεωρία προσωπικότητας αποτελεί σημαντική εξέλιξη των θεωριών προσωπικότητας που την απαρτίζουν, καθώς διευκολύνει την κατανόηση του θεραπευτή για την ψυχολογική ανάπτυξη, την ψυχοπαθολογία και την καλύτερη επιλογή των αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων.

Αναλόγως, οι Stricker και Gold (2006) επισημαίνουν ότι μια από τις βασικές αρχές της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι η έμφαση που δίνεται στις ανάγκες του θεραπευμένου, τη θεραπευτική σχέση, την ανάλυση του αποτελέσματος και στο πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής την πορεία της ψυχοθεραπείας. Οι Hawkins και Nestoros (1997) αναφέρουν ότι αυτά τα βασικά στοιχεία αγνοούνται ή δεν τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής από κάποια είδη ψυχοθεραπείας. Οι Hawkins & Nestoros (1997) συνοψίζουν τους κοινούς παράγοντες, που είναι πρωτεύουσας ή δευτερεύουσας σημασίας για κάποια ψυχοθεραπευτικά συστήματα: Η θεραπευτική σχέση αποτελεί κεντρική έννοια στα ψυχοδυναμικά και ανθρωπιστικά μοντέλα, αλλά οι συμπεριφορικές και γνωστικές προσεγγίσεις δεν δίνουν ιδιαίτερη έμφαση. Οι προσδοκίες για το θεραπευτικό αποτέλεσμα, για τις οποίες σχεδόν όλες οι σχολές διαφορούν. Η αντιμετώπιση του προβλήματος είναι βασική για θεωρητικές συμπεριφορικές προσεγγίσεις, αλλά όχι για τα ψυχοδυναμικά και ανθρωπιστικά μοντέλα. Ο γνωστικός έλεγχος του προβλήματος είναι προφανώς καίριο σημείο για τη γνωστική σχολή, αλλά δευτερεύουσας σημασίας για ψυχοδυναμικά και ανθρωπιστικά μοντέλα. Τέλος, η απόδοση της θεραπευτικής επιτυχίας ή αποτυχίας, που αναφέρεται στην κατανόηση του ψυχοθεραπευτικού αποτελέσματος. Όλες οι σχολές διαφορούν για αυτό τον παράγοντα, εκτός από τη γνωστική κοινωνική προσέγγιση. Παραθέτοντας τον Weinberger (1995), συνοψίζουν λέγοντας ότι οι κοινοί παράγοντες συνδέονται με το ψυχοθεραπευτικό αποτέλεσμα και πως διαφορετικές σχολές δίνουν έμφαση σε συγκεκριμένους παράγοντες, παραμελώντας άλλους, ενώ κάποιοι από τους παράγοντες που φαίνεται ότι σχετίζονται με το αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας παραβλέπονται από όλες τις σχολές της ψυχοθεραπείας.

Οι Nestoros & Vallianatou (1990) επισημαίνουν πως υπάρχουν κοινοί παράγοντες σε όλες τις ψυχοθεραπείες, που αποτελούν βάση για τη συνθετική ψυχοθεραπεία: Η θεραπευτική σχέση, που προαναφέρθηκε και που περικλείει τη

θεραπευτική συμμαχία, τη συναισθηματική στήριξη, τις ικανότητες του θεραπευτή, τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση, καθώς και το φόβο της αλλαγής. Η μείωση του άγχους, όπου εμπεριέχονται η διορθωτική συναισθηματική εμπειρία, η συστηματική απευαισθητοποίηση, η βήμα προς βήμα έκθεση σε απειλητικά ερεθίσματα, η χειραφέτηση των γνωστικών λειτουργιών, η μείωση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Το άγχος, όταν είναι δημιουργικό, δραστηριοποιεί το άτομο, άλλα όταν αυξάνεται, προκύπτουν προβλήματα συγκέντρωσης, προσοχής και μνήμης (Νέστορος, 2000). Η αναδιάρθρωση του γνωστικού πλαισίου, που περιλαμβάνει κατανόηση και ερμηνεία της συμπεριφοράς του θεραπευμένου, αλλά και της συμπεριφοράς των άλλων, μάθηση μέσω διαμόρφωσης συνθηκών, μοντελοποίηση και άλλα. Όταν το άτομο παρουσιάζει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις, θα πρέπει να αλλάξει τη θεώρηση του εαυτού του και των άλλων καθώς και να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του και να μάθει να εκδηλώνει τα συναισθήματα του (Νέστορος, 2000) για να αποφευχθεί η κοινωνική απόρριψη. Η πειθώ και η υποβολή, που εμπεριέχουν την ηθική, την εμπάθεια, την αυθεντικότητα. Η ταύτιση με τον ψυχοθεραπευτή, δηλαδή η μοντελοποίηση και ταύτιση με το αξιακό σύστημα του θεραπευτή. Ο αυτοέλεγχος και η αυτονομία, που σημαίνει ανεξαρτησία, αυτοπαρατήρηση, έλεγχος ερεθισμάτων, τροποποίηση της συμπεριφοράς και αυτό-ενίσχυση. Τέλος, η πρόβα και η αντιμετώπιση του προβλήματος *in vivo*, που περιλαμβάνει έλεγχο της πραγματικότητας, βήμα προς βήμα έκθεση στο απειλητικό ερέθισμα.

Επίσης δίνεται έμφαση στην κατάρτιση και προσωπικότητα του θεραπευτή, την επαγγελματική και προσωπική του ανάπτυξη, καθώς και την προσωπική του ψυχοθεραπεία, που θεωρείται το μέσο για την εξέλιξη του ως άτομο και ως επαγγελματία. Αντίθετα, η ελλιπής μόρφωση ή πείρα του θεραπευτή, η λανθασμένη επιλογή μεθόδων και τεχνικών, η απουσία της αυθεντικότητας λειτουργούν κατασταλτικά, όπως και η ανεπάρκεια, η έλλειψη προσωπικής ανάπτυξης, η αποσπασματική ή ανύπαρκτη ενημέρωση για τα νέα δεδομένα.

Η αξιολόγηση της αλλαγής της συμπεριφοράς λειτουργεί ως εργαλείο για να παρέχει ανατροφοδότηση όσον αφορά στην ετοιμότητα για αλλαγή και συνεπώς να αποτελέσει οδηγό για τη επίτευξη της αλλαγής. Η αξιολόγηση είναι σημαντική καθώς μέσω αυτής ο θεραπευμένος βλέπει σημάδια προόδου και τα βήματα της εξέλιξης του

και έτσι αυξάνεται η παρακίνηση κι ενθαρρύνεται να προχωρήσει σε επόμενα στάδια (Shockey & Seiling , 2004).

Στο στάδιο του συλλογισμού, καθώς οι πελάτες γνωρίζουν όλο και περισσότερο τον εαυτό τους και τη φύση του προβλήματός τους, επαναξιολογούν τον εαυτό τους συναισθηματικά και γνωστικά. Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει αξιολόγηση των αξιών, σύμφωνα με τις οποίες θα δράσουν. Κάποιες αξίες θα πρέπει να πάρουν τη μορφή στόχων που θα πρέπει να πραγματώσουν και κάποιες θα πρέπει να παραμερίσουν. Όσο πιο κοντά στον πυρήνα του αξιακού συστήματος βρίσκεται η προβληματική συμπεριφορά, τόσο πιο πολλές αλλαγές στη θεώρηση του εαυτού τους θα υποστούν. Η άλλη μορφή επαναξιολόγησης αφορά στις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους στο περιβάλλον τους, και ιδιαίτερα στα πιο οικεία άτομα. Τέλος, η επιτυχής διατήρηση περιλαμβάνει αξιολόγηση των συνθηκών, κάτω από τις οποίες ένα άτομο είναι πιθανό να οδηγηθεί σε μετάπτωση, όπως και των εναλλακτικών που έχουν για τη διαχείριση τέτοιων συνθηκών (Prochaska, 1995).

Για όσους βρίσκονται στα δυο πρώτα στάδια συνηθίζονται οι εβδομαδιαίες συνεδρίες, ενώ όσοι βρίσκονται στο στάδιο δράσης οι συνεδρίες προγραμματίζονται ανά δυο εβδομάδες. Για όσους προσχωρούν προς το στάδιο της διατήρησης αρκεί μια συνεδρία το μήνα και στο στάδιο της διατήρησης οι συνεδρίες ορίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του πελάτη. Η διάρκεια της συνεδρίας είναι 50 λεπτά. Ο αριθμός των συνεδριών επίσης διαφέρει από 6 έως 10 για όσους δουλεύουν σκληρά, ενώ όσοι αμύνονται και αντιστέκονται μπορεί να έχουν αποτέλεσμα μέχρι και 24 μήνες αργότερα. Πάντως η πλειοψηφία των πελατών παραμένουν στη θεραπεία για 10 συνεδρίες ή λιγότερες (Prochaska, 1995). Λόγω της σύντομης διάρκειας της θεραπείας, οι στόχοι που τίθενται πρέπει να είναι ρεαλιστικοί. Για παράδειγμα όσοι προβλέπεται από την αξιολόγηση των μετρήσεων των σταδίων αλλαγής ότι θα εγκαταλείψουν το πρόγραμμα σε λιγότερο από 3 συνεδρίες, ο στόχος είναι να παραμείνουν για άλλες 3. Για όσους προβλέπεται ότι θα παραμείνουν για μικρό χρονικό διάστημα, ο στόχος είναι να προχωρήσουν μόνο ένα στάδιο, που αν επιτευχτεί είναι σημαντικό, καθώς πολλοί από τους πελάτες καταφεύγουν στη θεραπεία εξαιτίας της μακροχρόνιας παραμονής τους σε ένα στάδιο (Prochaska, 1995).

Η αξιολόγηση στα συνθετικά μοντέλα βασίζεται στις τυπικές μεθόδους των θεραπειών που τα απαρτίζουν. Όμως, ταυτόχρονα, εξαιτίας αυτής της πραγματικότητας, οι παράμετροι της αξιολόγησης επεκτείνονται, συμπεριλαμβάνοντας μια συνεχή αξιολόγηση των ωφελειών και των περιορισμών της βασικής ψυχοθεραπείας, καθώς και των εξατομικευμένων αναγκών, στόχων, δυνατών και αδύναμων σημείων του ασθενή. Κάποιοι συνθετικοί ψυχοθεραπευτές υποστηρίζουν ότι θα ήταν χρήσιμη και η συνεχής αξιολόγηση της συνειδητής αξιολόγησης του ασθενή για τη θεραπεία και την άποψη του για την αποτελεσματικότητα των τεχνικών και στρατηγικών που χρησιμοποιούνται (Messer, & Gurman, 2011). Παρόλο που τη βασική μονάδα της συνθετικής ψυχοθεραπείας αποτελεί το άτομο, με την επίγνωση ότι δεν μπορεί να θεωρηθεί αποκομμένο από το περιβάλλον του, υπάρχουν οι εξαιρέσεις της ψυχοθεραπείας ζευγαριού και της οικογενειακής και ομαδικής ψυχοθεραπείας. Στις περιπτώσεις αυτές, η αξιολόγηση κατευθύνεται προς την ατομική και συστημική λειτουργία, και ιδιαίτερα προς την αλληλεπίδραση και αμοιβαία επιρροή των δυο επιπέδων (Messer, & Gurman, 2011). Οι αξιολογήσεις γίνονται σε ατομικό επίπεδο, εκτός από περιπτώσεις ζευγαριών ή οικογενειών, οπότε τα στάδια αλλαγής αξιολογούνται για τον καθένα, αφού μπορεί να βρίσκονται σε διαφορετικά στάδια (Prochaska, 1995). Το επίκεντρο της συνθετικής ψυχοθεραπείας είναι ευρύτερο και βαθύτερο από αυτό οποιασδήποτε μεμονωμένης θεραπείας και οι ενδοψυχικές, γνωστικές, συμπεριφορικές, εμπειρικές και διαπροσωπικές παράμετροι λαμβάνονται υπόψη. Η πλειοψηφία των συνθετικών θεραπευτών δίνουν μια περιγραφική αξιολόγηση των δυνατών σημείων των πελατών τους, με σκοπό να χρησιμοποιηθούν ως βάση για την επιλογή και το σχεδιασμό των παρεμβάσεων.

Οι συνθετικοί ψυχοθεραπευτές πρέπει να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με σύντομο, περιεκτικό, αποτελεσματικό και ευέλικτο τρόπο σε έξι έως είκοσι, συνήθως εβδομαδιαίες, συνεδρίες (Corey, 2009). Ο στόχος των σύντομων θεραπειών είναι να λυθούν τα προβλήματα των ασθενών όσο το δυνατό πιο άμεσα. Πολλοί θεραπευτές που εφαρμόζουν το διαθεωρητικό μοντέλο προσπαθούν να έχουν σημαντικά αποτελέσματα σε δώδεκα ή λιγότερες συνεδρίες. Οι πελάτες που είναι πιθανό να εγκαταλείψουν τη θεραπεία ενημερώνονται ότι οι έξι πρώτες συνεδρίες μπορούν να προσφέρουν σημαντικές ωφέλειες, ενώ κάποιοι άλλοι ψυχοθεραπευτές υποστηρίζουν ότι απαιτούνται είκοσι-έξι συνεδρίες για να υπάρξει σημαντική διάφορα. Όλοι όμως

οι πελάτες πρέπει να κατανοούν ότι το πόσο γρήγορα θα προοδεύσουν εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκονται, από τη χρήση των κατάλληλων διαδικασιών κατά τις θεραπείες και στα διαστήματα ανάμεσα από αυτές, και από τα επίπεδα του προβλήματος που πρέπει να αλλαχτούν . Συνεπώς η διάρκεια του παρεμβατικού προγράμματος και η συχνότητα των συνεδριών ποικίλει ανάλογα με την κατάσταση και τα χαρακτηριστικά του πελάτη.

Η καινοτόμα συνεισφορά του διαθεωρητικού μοντέλου στην αξιολόγηση είναι η ανάπτυξη δυναμικών μέτρων για την αξιολόγηση της ετοιμότητας του πελάτη για τη θεραπεία και την αλλαγή, τη χρήση των διαδικασιών αλλαγής στις συνεδρίες και στα διαστήματα ανάμεσα από αυτές και τα επίπεδα αλλαγής, στα όποια ο πελάτης αποδίδει το πρόβλημα του. Τα στάδια μπορούν να αξιολογηθούν με ερωτηματολόγια που δίνουν τεσσάρων ειδών προφίλ, που βοηθούν να αξιολογηθεί το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής στην αρχή της θεραπείας και πώς εξελίσσεται μέσα από τα στάδια κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Και οι διαδικασίες μπορούν να αξιολογηθούν ανάμεσα από τις συνεδρίες, προκειμένου να καθοριστεί αν ο πελάτης κάνει τις προσπάθειες που οφείλει και είναι κατάλληλες για τη μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Τα επίπεδα αλλαγής αξιολογούνται μέσω ερωτηματολογίων που περιλαμβάνουν τα επίπεδα. Υπάρχει δυνατότητα να αξιολογηθούν από την οπτική του πελάτη, του θεραπευτή και/ ή ενός σημαντικού άλλου, όπως εξηγεί ο Begin (1988). Ως εκλεκτικοί θεραπευτές χρησιμοποιούν αξιολογήσεις από διάφορα συστήματα, ανάλογα με το επίπεδο αλλαγής. Ως εμπειρικοί θεραπευτές, επιλέγουν τα μέσα που αποδεικνύονται έγκυρα για κάθε περίπτωση.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το Διαθεωρητικό μοντέλο αλλαγής στάσεων έχει ως θεμελιώδη άξονα ότι οι συμβαίνουσες αλλαγές είναι ένας τρέχων κύκλος, που δεν έχει κλείσει ή τετελεστεί.

Υπάρχει η περίπτωση της υποτροπής, ιδίως κατά τα πρώτα στάδια, χωρίς όμως να υπάρχει και η βεβαιότητα ενός ξεκινήματος. Η πρόοδος των ατόμων δεν κρίνεται μόνο ως προς την ακολουθία των συμπεριφορών σταδίων αλλά λαμβάνονται υπόψη και άλλες διαστάσεις, για παράδειγμα η αυτοπεποίθηση για αλλαγή. Τα μηνύματα εκπαίδευσης προσαρμόζονται μέσα από αυτές τις πληροφορίες στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου και στην ετοιμότητα που αυτά παρουσιάζουν στους διάφορους τύπους πληροφοριών (εξατομίκευση).

Το Διαθεωρητικό μοντέλο είναι πολύ δημοφιλές γιατί προσδίδει στις παρεμβάσεις μια πρακτική καθοδήγηση και είναι ευκολονόητο και εύκολα διδάξιμο στους επαγγελματίες παρά την πολυπλοκότητα που υπάρχει στην θεωρία της αλλαγής της συμπεριφοράς. Μπορούν να τεθούν υπό μελέτη με εξατομικευμένα μηνύματα τυχαία δείγματα, ανάλογα με το στάδιο της ετοιμότητας στο οποίο βρίσκονται.

Πέρα από τα πλεονεκτήματα του έχουν διατυπωθεί και αρκετοί περιορισμοί για το μοντέλο TTM. Η χρησιμότητα των μοντέλου αυτού έγκειται στο ότι με αυτό κατανοούνται οι παράγοντες που επιδρούν σε μια ατομική απόφαση ή στάση. Επιπλέον, συμβάλλουν στο σχεδιασμό παρεμβάσεων κατάλληλων για την προώθηση της υγείας .

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι Prochaska και DiClemente παρά το γεγονός ότι σκόπευαν να δημιουργήσουν ένα διαθεωρητικό μοντέλο θεραπείας στην ουσία ανέπτυξαν ένα μοντέλο που εστίασε στην πρόβλεψη της συμπεριφοράς και την ετοιμότητα του ατόμου να υιοθετήσει μια νέα συμπεριφορά.. Επιπρόσθετα δεν αποτελεί πραγματική σύνθεση καθώς χρησιμοποιεί μόνο κάποια κεντρικά σημεία ορισμένων θεωριών σε αντίθεση με το ελληνικό μοντέλο συνθετικής ψυχοθεραπείας που επιδιώκει να συνθέσει όλες ανεξαιρέτως τις θεωρίες της ψυχολογίας( ψυχοδυναμικές, συμπεριφοριστικές, υπαρξιακές, ανθρωπιστικές) καθώς επίσης τις γνώσεις που έχουμε από τις νευροεπιστήμες αξιοποιώντας παράλληλα και την αρχαία ελληνική φιλοσοφία. Ταυτόχρονα ,κύριος στόχος της είναι η ψυχοθεραπευτική

αλλαγή και είναι εφαρμόσιμη σε όλες σχεδόν τις κλινικές περιπτώσεις(Νέστορος,2012).

Τέλος, ο άνθρωπος με τον κατάλληλο χειρισμό και σωστή καθοδήγηση έχει την ικανότητα να αλλάξει και να κάνει τις σωστές επιλογές για τον εαυτό του. Ο συνδυασμός των μοντέλων είναι ένας τρόπος για να γίνει κάτι τέτοιο εφικτό. Κατά συνέπεια, το συνθετικό μοντέλο ψυχοθεραπείας είναι η καταλληλότερη προσέγγιση για την ίαση της ανθρώπινης ψυχής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abrams, D. B., Follick, M. J., & Biener, L. (1988, November). Individual versus group self-help smoking cessation at the workplace: Initial impact and twelve month outcomes. In T. Glynn (Chair), Four National Cancer Institute-funded self-help smoking cessation trials: Interim results and emerging patterns. Symposium presented at the 22nd annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Anastos, Stacy L. (2006). *Application of the transtheoretical model to aid parents in managing pediatric peanut allergy*. ProQuest Information and Learning Company.
- Adams, J. and White, M. (2004). Why don't stage-based activity promotion interventions work? Στο: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique. Adams, J., & White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20(2), 237-243. Στο : T. S. Company, (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia
- Bandura A. (1986). Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Στο: J. P. Migneault, T. B. Adams, & J. P. Read, (2005). Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 437–48.
- Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1977. Στο: Στο: J. P. Migneault, T. B. Adams, & J. P. Read, (2005). Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 437–48
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Στο : T. S. Company (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia



- Bandura, A. (1997) *Editorial: The anatomy of stages of change*. American Journal of Health Promotion, 12, 8–10. Στο: : J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. Στο : Company, T. S. (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia
- Bandura,A.(1997).The anatomy of stages of change [editorial].American Journal of Health Promotion,12(1), 8-10. Στο: J. A. Lenio, (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change, Journal of Student Research, 73–86.
- Baumeister, R. F., & Scher. S. J. (1988). Self-defeating behaviour patterns among normal individuals: Review and analysis of common self-destructive tendencies. Psychological Bulletin, 104. V22. Στο: T. V. Bowles (2006). The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change. The Journal of psychology, 140(5), 439–57.
- Begin, A. (1988). Levels of change attribution in alcoholics, their spouses and therapists. Στο: Prochaska, J. O. (1995) *An Eclectic and Integrative Approach: Transtheoretical Therapy*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Beitman, B. D. (1992). Integration through fundamental similarities and useful differences among the schools. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Beitman, B. D., Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. The Movement Toward Integrating the Psychotherapies: An overview. American Journal of psychiatry. 146 (2), pp. 138-147
- Beutler, L. E. & Consoli, A. J. (1992). Systematic eclectic psychotherapy. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*.

- Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press. Beutler, L. E., & Hodgson, A. B. (1993). *Prescriptive psychotherapy*. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Lane, J. (2005). Systemic treatment selection and prescriptive psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (2003). *Handbook of psychotherapy integration* ( 2<sup>nd</sup> ed.)New York: Oxford University Press inc.
- Bowles, T. V. (2006). The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change. *The Journal of psychology*, 140(5), 439–57. Ανασύρθηκε από: [http://www.researchgate.net/profile/Terry\\_Bowles2/publication/236872058\\_The\\_Adaptive\\_Change\\_Model\\_An\\_Advance\\_on\\_the\\_Transtheoretical\\_Model\\_of\\_Change/file/72e7e519c4f2f90a1d.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Terry_Bowles2/publication/236872058_The_Adaptive_Change_Model_An_Advance_on_the_Transtheoretical_Model_of_Change/file/72e7e519c4f2f90a1d.pdf)
- Brug, J., Conner, M., Harré, N., Kremers, S., McKellar, & Whitelaw, S. (2005) *The Transtheoretical Model and stages of change: a critique*. Observations by five Commentators on the paper by Adams, J. and White, M. (2004) *Why don't stage-based activity promotion interventions work?* *Oxford Journals, Health Education Research*, 20 (2), pp. 244-258
- Company, T. S. (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia, pp.1–8.
- Corey, G. (2009) *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. USA Belmont: Brooks/Cole
- Davidson, R. (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study? *British journal of addiction*, 87(6), 821–2

- Davidson, R. (2001) The cycle of change. *Drug and Alcohol Findings*, 5, 19–24. Στο: J. Brug, et al. (2005). *The Transtheoretical Model and stages of change: a critique*.
- De Nooijer, J., Van Assema, P., De Vet, E., & Brug, J. (2005). How stable are stages of change for nutrition behaviors in the Netherlands? *Health Promotion International*, 20(1), 27-32. Στο : T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia
- Dijkstra, A., Bakker, M. and de Vries, H. (1997) Subtypes within a precontemplating sample of smokers: a preliminary extension of the stages of change. *Addictive Behaviors*, 22, 327–337 Στο: J. Brug, et al. (2005). *The Transtheoretical Model and stages of change: a critique*.
- Dijkstra, A., De Vries, H., Roijackers, J. & van Breukelen, G. (1998) Tailored interventions to communicate stage- matched information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consult Clinical Psychology* , 66 , 549–557. Στο: Herzog, T. a. (2005). *When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005)*.
- Δασκάλου, Β., & Συγκολλιτού, Ε. (2007). Η σχέση μεταξύ των γνωστικών και συναισθηματικών πλευρών της έννοιας του εαυτού και η διαφοροποίησή τους στους τύπους προσκόλλησης προς τους γονείς, *Ψυχολογία*, 14 (4), σελ. 392-409
- Ellis, A. (2002). *Rational Emotive Behavior Therapy Integrated Approach: Overcoming Resistance*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company, LLC
- Etter J. F., & Sutton, S. (2002). Assessing "stages of change" in current and former smokers. *Addiction*. 97, 1171-1182. Στο: Bowles, T. V. (2006). *The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change*. *The Journal of psychology*, 140(5), 439–57.
- Feldman, L. B. (1989). *Integrating individual and family therapy*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.

- Ferrari, J. R., Johnson, J. L., & McCown, W. G. (1995). Procrastination and task avoidance: Theory, research and treatment. Στο: Bowles, T. V. (2006). The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change. *The Journal of psychology*, 140(5), 439–57.
- Frank, J. D. (1973). Persuasion and healing (rev. ed.). Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Fromme, D. K. (2011). Transtheoretical Approaches: Treatment Planning and the Initial Interview. *Systems of Psychotherapy*, pp. 33-61.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Goldfried, M. R. (1982). (Ed.). *Converging themes in psychotherapy*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press
- Greene, G.W., Rossi, S.R., Rossi, J.S., Velicer, W.F., Flava, J.L. and Prochaska, J.O. (1999) Dietary applications of the stages of change model. *Journal of the American Dietetic Association*, 99, 673–678
- Sto: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique. Observations by five Commentators on the paper by Adams, J. and White, M. (2004) Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Oxford Journals, Health Education Research*, 20 (2), pp. 244-258
- Gottlieb, N. H. ,Galavotti, C. , McCuan, R. S., & McAlister, A. L. (1990). *Specification of a social cognitive model predicting smoking cessation in a Mexican-American population: A prospective study. Cognitive Therapy and Research*, 14, 529-542
- Gurman, A. S. (1981). Integrative marital therapy: Toward the development of an interpersonal approach. Στο: S. H. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. Στο: A.

- S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press
- Hawkins P. J., & Nestoros J. N. (1997). Beyond the dogmas of conventional psychotherapy: The integration movement. Στο: P. J. Hawkins & J. N. Nestoros (Eds), *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*. Athens: Ellinika Grammata, pp. 23-95.
- Herzog, T A. (2005). When popularity outstrips the evidence: Comment on West (2005). *Addiction*, 100, 1040-1050. Στο: T. V. Bowles (2006). The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change. *The Journal of psychology*, 140(5), 439–57.
- Herzog, T. A. (2005). When popularity outstrips the evidence: Comment on West (2005). *Addiction* (Abingdon, England), 100(8), 1040–1; author reply 1048–50.
- Horwath C. C. (1999). Applying the transtheoretical model to eating behavior change: Challenges and opportunities. *Nutrition Research Reviews*, 12, 281-317.
- Hughes, J. R., Keely, J. P., Fagerstrom, K. O., & Callas, P. W. (2005). Intentions to quit smoking change over short periods of time. *Addictive Behaviors*, 30(4), 653-662. Στο : T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia
- Janis I. L., Mann L. (1977). *Decision Making: A Psychological Analysis of Conflict, Chance and Commitment*. NewYork: Free Press
- Kanfer, F. & Grimm, L. (1980). Managing clinical change: a process model of therapy. Στο: R. Davidson (1992). Prochaska and DiClemente’s model of change: a case study? *British journal of addiction*, 87(6), 821–2.
- Kraft, P., Sutton, S. R., & Reynolds, H. M. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: Are the stages qualitatively different? Στο: W. J. Schneider (2003). *Transtheoretical Model of Change with Couples*. Dissertation on Psychology.

- Kraft, P., Sutton, S., & Reynolds, H. (1999). The transtheoretical model of behavior change: Are the stages qualitatively different? Στο: J. A. Lenio (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change, *Journal of Student Research*, 73–86.
- Kremers, S.P.J., Mudde, A.N. and de Vries, H. (2001) Subtypes within the precontemplation stage of adolescent smoking acquisition. Στο: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique.
- Kreuter, M.W. and Skinner, C.S. (2000) Tailoring: what's in a name. Health Education Research*, 15, 1–4. Στο: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique.
- Lampropoulos, G. K. (2000). Evolving psychotherapy integration: Eclectic selection and prescriptive applications of common factors in therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(4), 285–297.
- Larabie, L. C. (2005). To what extent do smokers plan quit attempts? *Tobacco Control*, 14(6), 425-428. Στο : T. S. Company (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia
- Lazarus, A. A. (1976). Multimodal behavior therapy: I. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, A. A. (1992). Multimodal therapy: Technical eclecticism with minimal integration. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and emotion: A new synthesis*. Springer Publishing Company. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford Press.

- Lebow, J. L. (1984). On the value of integrating approaches to family therapy. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford Press.
- Lechner, L., Brug, J., de Vries, H., van Assema, P. and Mudde, A. (1998) Stages of change for fruit, vegetable and fat intake: consequences of misconception. *Health Education Research*, 13, 1–11. Στο: J. Brug, et al. (2005). *The Transtheoretical Model and stages of change: a critique*.
- Lenio, J. A. (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change, *Journal of Student Research*, 73–86.
- Litteil, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26, 223-273. Στο: T. V. Bowles (2006). *The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change*.
- Littell, J. H. & Girvin, H. (2002) Stages of change. A critique. *Behavior Modification*. Στο: T. A. Herzog (2005). *When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005)*.
- Li Wen-Liang. (2002). *A Dissertation submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Education*. University of Northern Colorado.
- Macnee,C.& McCabe,S.(2004).The Transtheoretical model of behavior change and smokers in southern Appalachia.*Nursing Research*,53(4),243-250. Στο: J. A. Lenio (2006.). *Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change*. *Journal of Student Research*, 73–86.
- Meehl, P. E. (1978). *Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 806-834.
- Messer, S. B., & Gurman, A. S. (Eds.). (2011). *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford Press.

- Migneault, J. P., Adams, T. B., & Read, J. P. (2005). Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions. *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 437–48.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. Στο: W. R. Miller, & S. Rollnick. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press
- W. R. Miller & S. Rollnick. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: The Guilford Press
- Nestoros J. N., Lampropoulos G. K., & Vallianatou N. G. (1997). Synthetiki psychotherapia: A Greek approach to psychotherapy integration. *Αρχαία ΕΨΨΕΠ*, 13, 52-74. Στο: I.N. Νέστορος & Κ.Α. Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002). *Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων*. Στο Μ. Καϊλα (επιμέλεια), Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
- Nestoros, J. N. (2001). Synthetiki Psychotherapy: An integrative psychotherapy for individuals with schizophrenic symptoms. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol 31(1), 51-59
- Νέστορος I. N. & Βαλλιανάτου Ν. Γ. (1990/1996). *Συνθετική Ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας*. Στο: I.N. Νέστορος & Κ.Α. Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002). *Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων*. Στο Μ. Καϊλα (επιμέλεια), Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
- Νέστορος I. N. (1993). *Στον κόσμο της ψύχωσης. Η οδύσσεια του Eric και άλλες περιπτώσεις*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα. Στο: I.N. Νέστορος & Κ.Α. Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002). *Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων*. Στο Μ. Καϊλα (επιμέλεια), Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
- Νέστορος I.N. & Ζγαντζούρη Κ.Α. (2002). *Περί Ψυχωσικών Εκδηλώσεων*. Στο Μ. Καϊλα (επιμέλεια), Εκπαιδευτική, Οικογενειακή και Πολιτική Ψυχοπαθολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.



- Νέστορος, Ι. Ν. (2000). Σύγχρονες Απόψεις για το Ρόλο των Συναισθημάτων στην Ψυχική Υγεία. Εργασία δημοσιευμένη στα Πρακτικά του Συνεδρίου του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Νέστορος, Ι. Ν. (2012). Κανόνες Ψυχοθεραπείας βασισμένες στο μοντέλο της Συνθετικής Ψυχοθεραπείας.
- Norcross, J. C. & Newman, C. F. (1992): Psychotherapy integration: setting the context. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). Essential psychotherapies: Theory and practice. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C. & Prochaska, J. O. (1983). Clinician's theoretical orientations: Selection, Utilization and efficacy. Professional Psychology, 14, 197-208. Στο: S. B. Messer, & A. S. Gurman (Eds.). (2011). Essential psychotherapies: Theory and practice. New York: Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Hill, C. E. (2004). Empirically Supported Therapy Relationships, 57(3), 19–24.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M R. Goldfried (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (pp. 3-45). New York: Basic Books. Στο: W. J. Schneider (2003). Transtheoretical Model of Change with Couples. Dissertation on Psychology.
- Norcross, J. C., Goldfried, M.R. (2003). Handbook of psychotherapy integration. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press inc.
- Norman, G.J., Velicer, W.F., Fava, J.L. and Prochaska, J.O. (2000) Cluster subtypes within stage of change in a representative sample of smokers. Addictive Behaviors, 25, 183–204. Στο: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique.*
- Orford, J. (1992). Davidson's Dilemma. Στο: W. J. Schneider (2003). Transtheoretical Model of Change with Couples. Dissertation on Psychology.

- Pallonen, U. E., Fava, J. L., Salonen, J. T., & Prochaska, J. O. (in press). *Readiness for smoking change among middle-aged Finnish men: The KUOPIO CVD risk factor trial*. *Addictive Behaviors*
- Perz, C. A., DiClemente, C. C., & Carbonari, J. P. (1996). *Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation*. *Health Psychology, 15*, 462–468
- Pinsof, W. M. (1983). Integrative problem-centered therapy: Toward the synthesis of family and individual psychotherapies. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (1999). A critical examination of the application of the Transtheoretical Model's stages of change to dietary behaviours. Στο: T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (1999). A critical examination of the application of the Transtheoretical Model's stages of change to dietary behaviours. *Health Education Research, 14*(5), 641-651. Στο : T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia
- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Levesque, D. a. (2001). A transtheoretical approach to changing organizations. *Administration and policy in mental health, 28*(4), 247–61.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (2002). Transtheoretical therapy. In J. Lebow (Ed.), *comprehensive handbook of psychotherapy* Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press. –
- Prochaska, J. O. (1994). *Strong and Weak Principles for Progressing From Precontemplation to Action on the Basis of Twelve Problem Behaviors*. American Psychological Association.

- Prochaska, J. O. (1995) An Eclectic and Integrative Approach: Transtheoretical Therapy. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O. (1995) An Eclectic and Integrative Approach: Transtheoretical Therapy. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making* : An International Journal of the Society for Medical Decision Making, 28(6), 845–9
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger Publishing.
- 
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992c). The transtheoretical approach. Στο: J. C. Norcross & M R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York: Basic Books. Στο: W. J. Schneider (2003). *Transtheoretical Model of Change with Couples*. Dissertation on Psychology. –
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). *In search of how people change. Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). *The transtheoretical model of health behavior change*. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38–48.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried, (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. Στο: Prochaska, J. O. (2008). Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Medical Decision Making*? : An International Journal of the Society for Medical Decision Making, 28(6), 845–9

- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Belmont: Brooks/Cole Publishing Company.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., Rosenbloom, D., Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 13(1), 39–46
- Quinlan, K. B. & McCaul, K. D. (2000) Matched and mismatched interventions with young adult smokers: testing a stage theory. *Health Psychology* , 19 , 165–171.
- Στο: T. A. Herzog (2005). When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005).
- Riemsma, R. P., Pattenden, J., Bridle, C., Sowden, A. J., Mather, L., Watt, I. S. et al. (2003). Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ* , 326 , 1175–1177. Στο: T. A. Herzog (2005). When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005).
- Rodgers, W. M., Courneya, K. S., & Bayduza, A. L. (2001). *Examination of the transtheoretical model and exercise in 3 populations*. *American Journal of Health Behavior*, 25, 33–41.
- Ronda, G., van Assema, P. and Brug, J. (2001) Stages of change, psychological factors and awareness of physical activity levels. *Health Promotion International*, 16, 305–314. Στο: J. Brug, et al. (2005). The Transtheoretical Model and stages of change: a critique
- Rossi, J. S. (1985, March). *Comparison of physical and behavioral science: The roles of theory, measurement and effect size*. Paper presented at the 56th annual meeting of the Eastern Psychological Association, Boston.
- Saunders, W. & Allsop, S. (1991) Helping those who relapse. Στο: R. Davidson, S. Rollnick, & I. McEwan (Eds) *Counselling Problem Drinkers*. Στο: R. Davidson (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?

- Schneider, W. J. (2003). *Transtheoretical Model of Change with Couples*. Dissertation on Psychology.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., & Arnkoff, D. B. (2005). Outcome Research on Psychotherapy Integration. Στο: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 459-493). New York: Oxford University Press.
- Sheeran, P. (2002) *Intention–behavior relations: a conceptual and empirical review*. *European Review of Social Psychology*, 12, 1–36. Στο: J. Brug, et al. (2005). *The Transtheoretical Model and stages of change: a critique*.
- Shockey, S. S., & Seiling, S. B. (2004). Moving Into Action: Application of the Transtheoretical Model of Behavior Change to Financial Education, 41–52. *Financial Counseling and Planning*, Volume 15(1),
- Smith, D. S. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. Στο: J. O. Prochaska (1995) *An Eclectic and Integrative Approach: Transtheoretical Therapy*. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Staszewska, K.A. (2009). *Measuring the Effectiveness of Therapy Sessions Conducted by Process Work Practitioners. A Pilot Study*. Oregon: The Process Work Institute
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63, 267-281. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Strieker, G., & Gold, J. (2006). *A Casebook of Psychotherapy Integration*. Washington: American Psychological Association
- Strieker, G., & Gold, J. (2006). *A Casebook of Psychotherapy Integration*. Washington: American Psychological Association

- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance abuse. Στο: J. A. Lenio (2006). Analysis of the Transtheoretical Model of Behavior Change
- Sutton, S. (2005). Stage theories of health behaviour. In M. Conner & P. Norman (Eds.), Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models. Στο: T. S. Company (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia
- Sutton, S. (2007). Transtheoretical model of behaviour change. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman & R. West (Eds.), Cambridge handbook of psychology, health and medicine (2nd ed., pp. 228-232). Leiden: Cambridge University Press. Στο : T. S. Company (2008). Stage theories and behaviour change, Behaviour Works Australia
- Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfied, S., Newbould, J., & Rennie, T. (2007). A Review of the use of the Health Belief Model ( HBM ), the Theory of Reasoned Action ( TRA ), the Theory of Planned Behaviour ( TPB ) and the Trans-Theoretical Model ( TTM ) to study and predict health related behaviour change.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press. Στο: W. R. Miller, & S. Rollnick. (2002). Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: The Guilford Press
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press. Στο: W. R. Miller, & S. Rollnick. (2002). Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: The Guilford Press
- Van Sluijs, E. M., Van Poppel, M. N. & Mechelen. W. (2004) Stage-based lifestyle interventions in primary care: are they effective? American Journal of Preventive

- Medicine , 26 , 330– 343. Στο: T. A. Herzog (2005). When popularity outstrips the evidence: comment on West (2005).
- Velicer, W. F., Hughes, S. L., Fava, J. L., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). *An empirical typology of subjects within the Stages of Change*. Manuscript submitted for publication.
- Velicer, W. F., & Rossi, J. S. (1992). Comments on Davidson ' s ' Prochaska and DiClemente ' s model of change: a case study?, 825–835. Στο: R. Davidson (1992). Prochaska and DiClemente's model of change: a case study?
- Wachtel, P. L. (1977). Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press
- Wachtel, P. L. (1987). Action and insight. Στο: A. S. Gurman & S. B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and Practice* (pp. 403-440). New York: Guilford Press.
- Weinberger , J. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. Στο: Hawkins P. J., & Nestoros J. N. (1997). *Beyond the dogmas of conventional psychotherapy: The integration movement*. In P. J. Hawkins & J. N. Nestoros (Eds), *Psychotherapy: New perspectives on theory, practice and research*. Athens: Ellinika Grammata, pp. 23-95.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction*, 100, 1036-1039. Στο: T. V. Bowles (2006). *The adaptive change model: an advance on the transtheoretical model of change*.
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. Στο : T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia
- West, R. (2005). Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039. Στο : T. S. Company (2008). *Stage theories and behaviour change*, Behaviour Works Australia

**Διαδίκτυο:** *Το Διαθεωρητικό Μοντέλο Αλλαγής της Συμπεριφοράς (ΔΘΜ).* (2014).  
Ανακτήθηκε στις 21/6/2014 από το <http://www.humangarden.gr/diatheoritiko-montelo-allagis-tis-symperiforas-dthm>