

PROFIL SPREMNOSTI KLIJENTA ZA PROMENU I PREFERENCIJA TIPIČNIH PROCESA PROMENE

Vesna Gavrilov-Jerković¹

Filozofski fakultet Novi Sad

U teorijskom delu rada autorka se bavi razmatranjem poteškoća da se definiše fenomen spremnosti pacijenta za promenu i nudi dimenzije transteorijskog modela promene, odnosno, stadijume promene i procese promene kao konceptualne okvire za prevazilaženje ovih poteškoća.

U istraživačkom delu autorka ispituje mogućnost izdvajanja tipičnih profila spremnosti pacijenta preko podataka o izraženosti pojedinačnih stadijuma promene. Rezultati upućuju na izdvajanje nekoliko tipičnih profila spremnosti i mogućnosti da se ovi profili povežu i sa sklonošću pacijenata da u zavisnosti od pripadnosti određenom profilu preferiraju pasivne procese promene ili akciono-reorganizirajuće.

Ključne reči: *stadijumi promene, procesi promene, spremnost za promenu.*

TEORIJSKI OKVIR ISTRAŽIVANJA

Iako se naša tema ne odnosi na pušače, sledeću priču o takozvanom "levku odvikavanja od pušenja" (Diclemente i Scott, 1997) smatramo vrlo ilustrativnom i poučnom. Pregled većeg broja izveštaja o efektima različitih preventivnih i kurativnih programa otkriva nam zanimljive brojke. U proseku, ako bi se potencijalni program odvikavanja od pušenja ponudio npr. grupi od **tristo** pušača, čak oko **dvadeset sedamdeset** bi se izjasnilo da bi rado učestvovalo u takvom programu. Međutim, svega **dvadeset sedam** bi se zaista i pojavilo na tretmanu. Tretman bi kompletiralo **dvadeset četvoro** od kojih bi **dvadeset troje** prestalo da

¹ Adresa autora: jerkovso@eunet.yu

puši. Nakon šest meseci, svega **jedanaestoro** bi i dalje bilo uspešno, da bi nakon godinu dana ovaj broj pao na **šestoro**!

Ova priča može biti zanimljiva iz više razloga. Za nas je ona dobar uvod u razmatranje teme spremnosti pacijenta za promenu u toku psihoterapijskog ili psihijatrijskog tretmana, prvenstveno jer nam jasno ukazuje na ono o čemu i nameravamo da govorimo, a to je da je promena složen proces i da postoji više načina na koji ljudi mogu biti spremni na nju.

Činjenica je da bez obzira na mnoštvo psihoterapijskih škola i pravaca, ipak najveći broj njih implicitno ili eksplicitno očekuje od klijenta da ostvari neku vrstu promene, bilo direktne i očigledne promene u ponašanju, bilo manje očigledne promene u samorazumevanju i samoprihvatanju, u doživljaju, osećanju, mišljenju ili vrednovanju. Međutim, osobe koje se pojavljuju kao klijenti ne pokazuju uvek isti entuzijazam po ovom pitanju lične promene, iskazuju različita očekivanja u odnosu na stepen ličnog uključivanja u terapijski program i imaju različite "teorije" o tome šta bi rešilo njihov problem (Duncan i Miller, 2000). Veći pregledi istraživanja u psihoterapiji pokazuju da ova klijentova očekivanja ni najmanje nisu beznačajan prediktor terapijskog efekta (Bergin i Garfield, 1994) i da je nužno uzeti ih u obzir i po mogućnosti uskladiti tretmanske akcije sa njima. Miller i Rollnick (2002) nas podsećaju da će oni ljudi koji veruju u svoju promenu tu promenu verovatnije i ostvariti, kao i da će ovaj ishod zavisiti i od načina na koji klijenti govore o svojoj promeni: izjave koje reflektuju motivisanost i posvećenost promeni su dobri prediktori promene, dok su izjave koje sadrže argumente protiv promene prediktori odustajanja od tretmana i neuspeha tretmana. Postoji mnogo dokaza koji govore da je klijentova spremnost na promenu faktor od velike važnosti za krajnji ishod tretmana. Međutim, ova konstatacija svakako nije dovoljna, jer šta čini spremnost na promenu, kako se ona može meriti i da li se na nju može uticati?

PROBLEM KONCEPTUALIZACIJE POJMA SPREMNOSTI NA PROMENU

Ovaj termin spada u red onih psiholoških pojava koje nam deluju apsolutno poznato i za koje imamo utisak da nema potrebe da ih definišemo. Kada kažemo da je neko spreman, imamo otprilike predstavu šta bi to trebalo da znači. To je neko ko upravo treba da sprovede neku aktivnost sa kojom je saglasan i za koju zna kako se sprovodi. Međutim, već kada postavimo hipotetičko pitanje da li je neki pacijent spreman za psihoterapiju, postaje nam jasno da tu mogu da iskrсну različiti problemi i vrlo lako dolazimo do zaključka koji je i empirijski potvrđen (Serin i Kennedy, 1997) da ni među teoretičarima, ni među istraživačima, ni među kliničarima praktičarima, ne postoji konsenzus oko toga šta čini operativnu sadržinu ovog pojma. Da li je dovoljno da je klijent saglasan da dolazi na tretman? Ili je potrebno da je saglasan da čini ono što terapeut od njega traži, što bi spremnost izjednačilo sa pasivnom receptivnošću? Šta ako terapeut ništa od njega ne traži? Šta ako klijent želi da se oseća, da misli ili čak i da se ponaša drugačije, ali ne zna kako da do toga

dode? Šta ako želi da se oseća bolje ali ne očekuje od sebe da menja neki aspekt svog ponašanja jer ni ne vidi da on ima bilo kakve veze sa njegovim tegobama? Da li i terapeut zna za šta bi to trebalo da bude spreman pacijent i šta bi to trebalo da menja? Istraživanje Quinsey i Mecguire (1983 po Serin i Kennedy, 1997) je pokazalo da ne postoji ni minimum interkliničke reljabilnosti kada kliničari treba da procene koji tretman bi bio najefektniji za neku konkretnu dijagnostički homogenu grupu klijenata. Ova saglasnost je izostala čak i na nivou grube procene koji terapijski model bi bio najefektniji, a kamoli na nivou izrade detaljnijeg plana tretmana. Ovo ukazuje na alarmantni nedostatak informisanog planiranja tretmana.

Istraživači problem izostanka konsenzusa o pojmu spremnosti u psihoterapiji najčešće pokušavaju da prevaziđu induktivnim putem, odnosno testiranjem beskonačnog broja mogućih prediktora, kao što su razne demografske karakteristike klijenta, personalne karakteristike, inteligencija, vulnerabilnost, ozbiljnost tegoba, neuroticizam, ekstraverzija i sl. Ono što se na ovaj način previđa, to je da fokus na statičke prediktore, ma koliko kompleksan bio, ne može da objasni terapijsku promenu koja se odvija u nekom vremenskom periodu. Ovo zapažanje je pokrenulo istraživanja konstrukta spremnosti u drugačijem pravcu, tačnije u pravcu insistiranja na posmatranju i terapijske promene i njenih prediktora kao dinamičkih procesa i shvatanja da ni promena ne može da se posmatra kao događaj, a ni spremnost kao stanje koje postoji ili ne postoji.

Miller i Rollnick (2002) govore o motivaciji za promenu i ukazuju na korisnost pristupa u kojem motivaciju posmatramo preko tri komponente: u kojoj meri pacijent želi promenu, odnosno koliko mu je promenjeno stanje važno, koliko se doživljava sposobnim da promenu iznese i, konačno, koliko je spreman da sprovede promenu, odnosno na koju vrstu aktivnosti je trenutno spreman. Kvalitet ovog shvatanja se ogleda u tome što ističe da motivacija nije jednodimenzionalna pojava, nego da ima određenu strukturu i da može vremenom da se razvija u različitim pravcima koji povećavaju ili smanjuju verovatnoću klijentove promene.

U sličnom pravcu razmišljaju i autori transteorijskog modela promene (Prochaska i Norcross, 1994) koji nam je i poslužio kao teorijski okvir za koncipiranje aktuelnog istraživanja. TTM je prvenstveno model o planiranoj i svesnoj promeni ponašanja i proizveo je veliki broj i istraživanja i raznih tretmanskih i preventivnih programa za vrlo raznovrsne oblike problemskog ponašanja, uglavnom iz oblasti telesnog i mentalnog zdravlja. Prochaska, kao idejni tvorac ovog modela je krenuo od zapažanja da je psihoterapijska scena postala izuzetno rasepkana i preplavljena različitim teorijskim i praktičnim ponudama i da i pored mnoštva različitih perspektiva malo odgovora daje koji bi pomogli da se suštinski razume na koji način se ljudi menjaju. U potrebi da se jasnije ekspliciraju transparentni principi promene ponašanja, on je sa svojim kolegama preduzeo brojne komparativne analize postojećih terapijskih sistema i došao do jednog relativno jednostavnog višedimenzionalnog modela sa nekoliko ključnih konstrukata od kojih su bazični stadijumi promene, odnosno vremenska dimenzija promene i procesi promene, odnosno odgovori na pitanje kako ili šta ljudi rade da bi promenili neko svoje razmišljanje, ponašanje, pretpostavku ili doživljaj. Istraživanja nalaze da se rezultati o odnosu među ovim konstruktima ponavljaju bez obzira na problem koji je ispitan ili metod koji je upotrebljen (Redding et al., 2000). Razlog da spremnost

istražujemo preko koncepata ovog modela je taj, što su u njemu i spremnost na promenu i sama promena definisane kao dinamičke i višedimenzionalne pojave koje se postepeno i aktivno razvijaju. U skladu sa ovim modelom, na spremnost je pogrešno gledati kao na nešto čega ima ili nema ili kao na nešto što se u jednom momentu pojavljuje omogućavajući terapeutu da radi sa klijentom. Spremnost na promenu je proces koji se razvija kroz tačno određene stadijume i koji je važan kroz ceo tok tretmana. Svaki stadijum spremnosti nosi sa sobom određeni broj zadataka koje klijent treba da obavi da bi napredovao ka sledećem stadijumu i svaki stadijum podrazumeva da je klijent otvoren za tipične procese, odnosno aktivnosti kojima pokušava da dostigne neko željeno stanje. Definisaćemo pojmove procesa promene i stadijuma spremnosti na promenu.

Procesi promene

Procesi promene se odnose na one skrivene ili očigledne aktivnosti i iskustva osobe koje ona upražnjava kada pokušava da promeni neko svoje osećanje, mišljenje, ponašanje ili relaciju vezane za neki problem. Svaki proces obuhvata širok spektar klijentovih aktivnosti i mnogobrojnih terapeutovih tehnika i procedura koje proizilaze iz različitih teorijskih orijentacija i koje klijent sprovodi i unutar terapijske seanse i između seansi, a takođe i kada nije uključen u terapiju nego samostalno pokušava da prevaziđe neki problem.

Komparativnom analizom većih terapijskih sistema može se doći do toga da se psihoterapijski sistemi značajno razlikuju po pitanju sadržaja terapijske promene koji daje odgovor na to šta je to što treba menjati, koji nivo ili segment ljudskog funkcionisanja i koji u značajnoj meri zavisi od teorije ličnosti i psihopatologije na koju se oslanja data škola (Prochaska i Norcross, 1994). Sa druge strane, iste te komparativne analize nam otkrivaju da se među terapijskim sistemima može naći mnogo više sličnosti nego razlika kada se posmatraju procesi promene koji daju odgovor na pitanje kako se promena sprovodi iako je to daleko od očiglednog zbog terminološke šarolikosti i zbog činjenice da se o procesima retko eksplicitno govori na nivou principa i retko izolovano od sadržaja promene.

Procesi promene kao dimenzija transteorijskog modela prvo su bili identifikovani teorijski u navedenim komparativnim analizama, u smislu da su izdvojeni na osnovu ispitivanja preporučenih terapijskih tehnika u različitim terapijama. Ovako izdvojeni procesi naknadno su podvrgnuti velikom broju empirijskih provera i faktorskim analizama (Prochaska, Rossi i Wilcox, 1991; Rossi, Rossi, Rossi-DelPrete, Prochaska, Bansprach, Carleton, 1994), na osnovu čega je nastala lista od deset bazičnih procesa. Iako na prvi pogled može tako da izgleda, njih ne treba brkati sa opštim faktorima promene. Oni predstavljaju pokušaj unošenja reda upravo među specifične aktivne činioce promene u smislu da se među njima pokušavaju naći neki opšti organizatori. Da bi proverio praktičnu vrednost ovih procesa, Prochaska je sa svojim saradnicima preduzeo više istraživačkih

projekata. Posebna zanimljivost u njihovom odnosu prema traganju za bazičnim pravilnostima po kojima se ljudi menjaju je to što su ispitivani subjekti bili i pacijenti uključeni u institucionalne tretmane i terapeuti, ali i ljudi koji su samostalno, bez institucionalne pomoći pokušavali da sprovedu određenu promenu u ponašanju. Generalni zaključak je taj da se i osobe koje u prirodnoj sredini pokušavaju da promene nešto u svom ponašanju, osećanju ili razmišljanju, oslanjaju na različite i raznovrsne procese promene koji se poklapaju sa procesima deriviranim iz teorijskih pristupa iako ove osobe ništa ne znaju o tim teorijskim pretpostavkama (DiClemente i Prochaska, 1982). Da laici ne zaostaju za stručnjacima u kreativnosti pokazuje i rezultat jednog istraživanja da su u pokušaju da samostalno prekinu pušenje upotrebili preko 130 različitih tehnika koje su se uklopile u izdvojene procese (Prochaska, Velicer, DiClemente i Fava, 1988).

Znači, paralelno sa preduzetom komparativnom analizom vodećih terapijskih sistema, procesi promene su provereni i empirijski. Usledilo je više istraživanja sprovedenih sa različitim kategorijama klijenata, sa različitim vrstama institucionalnog tretmana, na širokom spektru problema koji su prevazilazili problematiku mentalnog zdravlja i putem različitih načina prikupljanja podataka (Prochaska i DiClemente, 1983; Prochaska, Velicer, DiClemente i Fava, 1988; Bellis, 1993). I mada se u literaturi može nabrojati preko 400 različitih psihoterapija koje su bazirane na različitim teorijskim pretpostavkama, podaci dobijeni ovim istraživanjima su ponavljano i dosledno ukazivali na istu strukturu osnovnih komponenata, odnosno na određen broj bazičnih procesa promene. Sledi spisak od deset procesa koji su dobili najviše empirijske podrške u dosadašnjem istraživačkom radu sa najčešćim ili tipičnim primerima intervencija koje mogu biti obuhvaćene datim procesom, mada je važno napomenuti da je moguće da ista intervencija sekundarno doprinosi različitim procesima.

Povećanje svesnosti. Odnosi se na sve one intervencije koje imaju za cilj proširenje svesnosti klijenta o problemu, prirodi i antecedentnim i konsekventnim okolicama problema i mogućim putevima za njegovo prevazilaženje. Uključuje intervencije kao što su interpretacija, konfrontacija, klarifikacija, prorađivanje, tehnike reflektovanja, opservacija, edukacija, feedback, biblioterapija i sl.

Dramatično olakšanje. Odnosi se na sve one tehnike koje obezbeđuju doživljavanje i ispoljavanje osećanja u vezi sa problemom i rešenjem problema, odnosno, intervencije koje provociraju povećanje emocionalnog iskustva uz opadanje negativnog afektivnog naboja nakon preduzimanja odgovarajućeg ponašanja. Uključuje psihodramu, razne tehnike vizualizacije, vođene fantazije, vikarijsko iskustvo, igranje uloga, bioenergetske tehnike izazivanja i intenzifikacije afekta, geštalt tehnike ponavljanja i intenziviranja nekog ponašanja, tehnike opraštanja i sl.

Promena samovrednovanja. Odnosi se na različite intervencije koje izazivaju kognitivno i afektivno procenjivanje sopstvene slike o sebi u odnosu na problematične aspekte života i promenu te slike u pravcu većeg samoprihvatanja. Uključuje tehnike racionalno-emotivnog pristupa, tehnike dekontaminacije, tehnike klarifikacije cilja, mnogobrojne tehnike geštalt terapijskog pristupa i sl.

Promena vrednovanja okoline. Odnosi se na intervencije koje izazivaju afektivnu i kognitivnu procenu povezanosti nekog problema i sredine u kojoj se taj problem odigrava i modifikaciju te procene u pravcu aktivacije resursa koji motivišu i podržavaju promenjeno ponašanje. Odnosi se na tehnike reuokviravanja, pozitivnog konotiranja značaja ili konteksta, različite tehnike sistemskog pristupa, razne tehnike decentracije i sl.

Samooslobađanje. Odnosi se na intervencije koje provociraju klijentovo poverenje da je promena moguća, odnosno da klijent ima izbora da drugačije reaguje na unutrašnje ili spoljašnje stimulse i koje provociraju posvećenost da se dela u skladu sa tim verovanjem. Laici ovo često nazivaju snaga volje. Uključuje različite tehnike egzistencijalističkih i humanističkih pravaca, kao što su logoterapija, terapija menjanja rane odluke, tehnike sklapanja ugovora, tehnike domaćih zadataka, paradoksalne intervencije, tehnike “kao da”, novogodišnje rezolucije i sl.

Socijalno oslobađanje. Odnosi se na one direktne intervencije koje pozivaju klijenta da poveća izbore u širem socijalnom okruženju, tako što se uključuju u akcije koje pružaju podršku promeni, ali i na indirektno intervencije koje podrazumevaju učešće terapeuta u onim društvenim akcijama koje povećavaju senzibilitet sredine na mentalno zdravstvena pitanja. Uključuje tehnike koje pripadaju socijalnoj kliničkoj psihologiji i psihijatriji ili komunalnoj psihologiji, strukturalnoj terapiji, kulturno-osetljivoj terapiji, ali odnosi se i na uključivanje u razne političke akcije za povećanje prava manjina ili u rad raznih humanitarnih organizacija. Sa aspekta klijenta odnosi se na povećanje osetljivosti za socijalni i širi kontekstualni aspekt njegovog problema i aktuelnih mogućnosti za rešavanje problema.

Kontrauslovljavanje. Odnosi se na razne oblike učenja alternativnih oblika ponašanja problematičnom ponašanju, odnosno, menjanja odgovora na neki stimulus, oslanjajući se na principe klasičnog uslovljavanja. Prvenstveno uključuje tehnike iz asortimana bihevioralne terapije, kao što su sistematska desenzitizacija, tehnike relaksacije, asertivni trening i sl.

Kontrola stimulusa. Odnosi se na intervencije koje provociraju i ohrabruju klijenta da restrukturiše sopstveno okruženje u svrhu kontrole visoko rizičnih izazivača za problemsko ponašanje. Uključuje različite tehnike gašenja, tehnike vođenja evidencije dnevnih aktivnosti sa ciljem uvođenja ključnih izmena i sl.

Upravljanje potkrepljenjem. Odnosi se prvenstveno na tehnike bazirane na modelu operantnog uslovljavanja. Uključuje različite oblike očiglednog, kroz formu ugovora ili skrivenog potkrepljivanja adekvatnijih formi ponašanja ili malih koraka u tom pravcu, kao i provociranje samopotkrepljujućeg ponašanja. Obuhvata intervencije koje pripadaju bihevioralnoj i kognitivno bihevioralnoj tradiciji, ali se može prepoznati i u raznim ritualima koji se sprovode u humanističko orijentisanim grupnim terapijama i u sistemskim terapijama.

Pomažuće relacije. Odnosi se na sve one terapijske intervencije koje se oslanjaju na moć empatije, uspostavljanje terapijske alijanse, tehnike ugovora, stvaranje grupne atmosfere pripadanja i prihvatanja, mreže zaštite i sl.. Pokazuje se

kao najčešće korišćen proces od strane osoba koje samostalno pokušavaju da reše svoj problem (Prochaska i DiClemente, 1985; DiClemente, McConaughy, Norcross i Prochaska, 1986). Takođe, uključuje intervencije koje se sprovode u raznim grupama samopomoći ili tehnike porodične i bračne terapije.

Transteorijski model na ovaj način postulira da postoji jedan zajednički set procesa promene koji ljudi primenjuju u pokušaju da promene neko svoje ponašanje. Najvažniji nalaz u do sada realizovanim proverama procesa promene je da uspešna terapijska promena nije jednostavno povezana sa nediferenciranom upotrebom nabrojanih procesa. Naprotiv, efikasan tretman podrazumeva diferenciranu upotrebu selekcionisanih procesa promene kao strateški kritičnih tačaka u toku sprovođenja promene (Prochaska, Norcross, Fowler, Follick, Abrams, 1992).

Stadijumi promene

Stadijumi promene predstavljaju vremensku dimenziju modela. Mogu se predstaviti preko "specifične konstelacije stavova, namera i ponašanja povezanih sa položajem osobe u ciklusu promene...u kojem je promena fenomen koji se razvija tokom vremena." (Prochaska i Norcross, 1994 str. 461). Pri tome, stadijum promene ne predstavlja samo neki period vremena nego i sklop specifičnih zadataka koji su nužni da bi se obezbedilo napredovanje i prelazak u sledeći stadijum. I dok je vreme koje je potrebno da bi neka osoba prešla iz jednog u drugi stadijum vrlo varijabilno, sklop ovih zadataka i nužnih aktivnosti, kao i redosled stadijuma, po autorima modela, teže da budu stabilni

Stadijumi promene su identifikovani empirijskim putem u istraživanju DiClementea i Prochaska (1982) u kojem su oni upoređivali koliko često pušači koriste koji od deset procesa, bilo da su u formalnom tretmanu, bilo da se samostalno odvikavaju od pušenja. Tada su se suočili sa zapažanjem samih subjekata u istraživanju da je to zavisilo od toga o kom periodu promene se radilo. Na osnovu tih zapažanja period praćene promene su podelili na stadijum odluke, stadijum aktivne promene i stadijum održavanja promene i ispitali interakciju ovih stadijuma i procesa promene. Rezultati do kojih su došli su ukazali na to da su subjekti, nezavisno od tipa tretmana u kojem su učestvovali, tokom prvog stadijuma koristili više tehnike koje su pripadale verbalnim procesima fokusiranim na mišljenje i osećanja, dok su tokom drugog i trećeg stadijuma koristili tehnike koje su pripadale biheavioralnim procesima. Naročito vredan rezultat u ovoj njihovoj studiji je taj, da je jednaka povezanost pronađena i kod subjekata koji su samostalno rešavali svoj problem, što govori mnogo više o prirodi promene uopšte, nego o terapijskoj promeni specifično. I ovo jeste specifična vrednost TTM-a jer stavlja akcenat na ono šta klijent radi. Šta je ono što terapeut radi je važno, ali prvenstveno zbog toga što postoji opravdana pretpostavka da će klijent pratiti njegova uputstva i između seansi raditi ono što je radio i u toku seanse ili bar ono što on misli da je radio tokom seanse, te je iz tog razloga od velike pomoći da terapeut poznaje strukturu i osnovne principe po kojima se ljudi menjaju.

Opisana studija je pokrenula autore TTM-a da promene ugao gledanja na terapijsku promenu i da postuliraju da promena nije događaj nego da je pre proces koji se polako razvija. U skladu sa ovom pretpostavkom, čovek koji je suočen sa problemom ne prelazi u jednom momentu iz stanja ne-promene u stanje promene, iako to kod nekih ponašanja spolja može tako da izgleda, prvenstveno kod problema zavisnosti, nego se njegova spremnost da se promeni postepeno i po određenim pravilnostima razvija i u nekoj meri postoji i pre i posle pošto je on stupio u neku konkretnu akciju.

Ovo nije bio u potpunosti nov način gledanja na prirodu promene i Prochaska i DiClemente su se oslonili na do tada već postojeće pokušaje konceptualizacije promene kroz vremenski raspoređene sekvence. Na primer, Horn (1976 po McConaughy, Prochaska i Velicer, 1983) je sugerisao da je modifikacija ponašanja povezanog sa zdravljem proces koji se razvija kroz četiri stadijuma: razmišljanje o promeni, donošenje odluke o promeni, kratkoročna promena i dugoročna promena. U isto vreme je i Egan (1975 po DiClemente, McConaughy, Norcross i Prochaska, 1986) opisivao tri stadijuma u terapiji: stadijum istraživanja i fokusiranja na oblast problema, stadijum usvajanja novih perspektiva i postavljanje tretmanskih ciljeva i, konačno, stadijum dizajniranja, sprovođenja i evaluacije planova akcije.

Danas se pitanjima bihevioralne promene posmatrane kroz prizmu stadijuma najviše bave psiholozi u oblasti prevencije i promocije zdravlja i transteorijski model spada u jedan od najčešće korišćenih konceptualnih, istraživačkih i operativnih okvira u ovoj oblasti na prostoru zapadnih zemalja (Redding et al., 2000).

Sledi kratak opis stadijuma promene kroz koje prolazi klijent u svom pokušaju da dostigne željene oblike ponašanja onako kako to opisuju autori transteorijskog modela promene.

Prekontemplacija je stadijum u kojem klijent ne pokazuje nameru da aktivno rešava svoj problem, barem ne u dogledno vreme. Najčešći razlog za ovakvu vrstu nesprenosti za promenu je izostanak svesti klijenta da je određeno njegovo ponašanje problematično i da je povezano sa nekom aktuelnom ili potencijalnom disfunkcionalnošću. Ovde se nalaze i oni klijenti koje su drugi, koji su prepoznali problem kao odgovornost samih klijenata, primorali da dođu na lečenje dok klijenti sami ne uviđaju potrebu za tim, kao i oni koji su neuspešno pokušavali da reše problem, pa su, i pored i dalje postojeće želje da se promene, razočarani izgubili nadu u tu mogućnost.

Kontemplacija je stadijum u kojem klijent prepoznaje svoj problem, u zavisnosti od vrste problema, manje ili više jasno uviđa vezu svojih tegoba i svog životnog stila i ozbiljno razmatra potrebu i mogućnosti da taj problem rešava, ali još ne prepoznaje ili ne preduzima stvarne akcije u tom pravcu. Kontemplatori ponekad znaju i šta bi mogli preduzeti, ali ne kreću u akciju, obično usled ambivalencije i nesprenosti da odustanu od sekundarnih koristi koje dobijaju u svom problemskom ponašanju. Njihova karakteristika je izvesna ravnoteža između pozitivnih i negativnih aspekata problema i rešenja problema. Iako su svesni potrebe da se drugačije osećaju, čine, misle ili komuniciraju, napor koji je potreban da bi to sprovedli ili "cena" koju bi za to morali platiti im izgledaju preteški ili povremeno nedostižni. Longitudinalne studije (Prochaska i DiClemente, 1984; DiClemente i

Prochaska, 1985 po Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992) pokazuju da ljudi mogu godinama živeti u ovom stadijumu sve vreme osećajući se neadekvatno zbog postojećeg problema, razmišljajući o tome kako bi trebalo nešto učiniti, ali i dalje ne nalazivši konkretan način da to i sprovedu.

Priprema je stadijum koji osim razmatranja potrebe za promenom, uključuje i ozbiljnu nameru klijenta da u toku tretmana preduzme određene akcije kako bi rešio svoje probleme. Ovi klijenti često izveštavaju i o ranijim konkretnim pokušajima da razreše svoje krize ili o trenutnim akcijama ali koje još nisu dale za njih zadovoljavajuće rezultate, kao što su na primer jednodnevne apstinencije pušača.

Akcija je stadijum u kojem je klijent već ozbiljno počeo da preduzima korake za promenu problemskog ponašanja i u kojem su vidljivi rezultati tog ponašanja. Znači, osnovne odlike ovog stadijuma su, ne samo kontemplativna rešenost ili neplansko i sporadično odlučivanje za neku promenu, nego i očigledan i svestan napor od strane klijenta da reši problem i značajno dostizanje željenog cilja. Taj napor se ogleda u konkretnom modifikovanju svog ponašanja, razmatranju novih, alternativnih formi i interpretacija događaja i afektivnog odgovora i globalnog iskustva ili u menjanju nekih aspekata okruženja da bi se prevazišao problem. Najčešće, stadijum akcije uključuje očigledne bihevioralne promene i zahteva značajnu posvećenost i u smislu vremena i u smislu namerne angažovanosti oko izgrađivanja i sprovođenja novih odgovora.

Mnogi smatraju da se proces promene završava sa stadijumom akcije zato što je to stadijum u kojem se postižu najočigledniji ili bar očekivani rezultati i time previđaju poslednju stepenicu koja se sastoji u posvećenosti i naporu da se dostignute promene i rešenja održe i asimilišu u svakodnevni život. Tako je poslednji stadijum **održavanje promene** i odlikuje se radom klijenta na stabilizovanju bihevioralne i personalne promene dostignute u stadijumu akcije i izbegavanju recidiva. Akcenat je na tome da je i ovaj stadijum obeležen kontinuiranim aktivnim radom na promeni i za neku vrstu problema on se proteže na ceo život, kao što su, na primer, razne forme adicija i greška je definisati ga kao statičan stadijum. Greška je, takođe, pretpostaviti da je sama dostignuta promena dovoljna i da ima dovoljnu motivacionu snagu. Pred osobama koje su u ovom stadijumu stoji ponekad težak zadatak razvijanja životnog stila koji će podržavati novoostvarene promene i umanjiti ili ukinuti verovatnoću vraćanja na nefunkcionalne i arhaične obrasce mišljenja, osećanja, ponašanja i komuniciranja. Učenje i učvršćivanje različitih strategija za odolevanje raznim iskušenjima da se ponovo reaguje na stari način je centralna aktivnost klijenata u stadijumu održavanja promene.

Vrlo rana pretpostavka autora TTM-a je bila da je napredovanje kroz stadijume linearno i progresivno i da ljudi jednostavno povećavaju svoju spremnost na promenu i kreću se iz jednog u drugi diskretni stadijum. Ubrzo su prepoznali preko sprovedenih istraživanja (Prochaska, DiClemente i Norcross, 1992) da spiralno progresivno kretanje kroz stadijume bolje opisuje njihove rezultate i da je relaps pre pravilo nego izuzetak. Takođe, relaps se može pojaviti u bilo kojem stadijumu i

dovodi do toga da se ljudi vraćaju na neki od ranijih stadijuma, što obično dovodi do povećanja demoralisanosti i svih pridruženih kognitivno-afektivnih reakcija.

Gledano iz perspektive modela o stadijumima promene, lako je pretpostaviti da se klijenti međusobno razlikuju po tome u kojem stadijumu spremnosti se nalaze kada započinju tretman i kojim tempom se kreću kroz navedene stadijume. Autori modela su to više puta i pokazali (Velicer, Fava, Prochaska, Abrams, Emmons i Pierce, 1995). To znači da tretirati klijente kao da su svi podjednako spremni za promenu ukazuje na značajno sužavanje podesnosti naših tretmanskih procedura na samo jedan deo klijenata. Autori modela uspevaju u više navrata da demonstriraju vezu početnog stadijuma tretmana, tempa napredovanja kroz stadijume i stepena ostvarenog napretka u tretmanu (DiClemente, Prochaska, Gibertini, 1985; Crittenden, Manfredi, Lacey, Warnecke i Parsons, 1994; Prochaska, Johnson i Lee, 1998; DiClemente, Bellino i Neavins, 1999).

Usaglašavanje procesa i stadijuma promene

Videli smo da je Prochaska krenuo od ideje da je u prenapregnutoj teorijskoj šarolikosti nužno odvojiti sadržaj od procesa promene da bi se ta bogata ali isfragmentisana ponuda mogla maksimalno iskoristiti u svrhe razumevanja univerzalnih pravilnosti ljudske intencionalne promene. U pokušaju da prepozna diferencijalnu vrednost i upotrebljivost definisanih procesa promene, prepoznaje da je ključna dimenzija stadijum klijentove spremnosti da promenu ostvari i da nije svejedno u kojem momentu će se osoba oslanjati na koji proces promene, odnosno da će različiti procesi imati različitu vrednost od stepena klijentove spremnosti da ih primi i od njih profitira. Na ovaj način, on i kolege su ljudsku promenu definisali kao multidimenzionalnu pojavu u kojoj je od najveće važnosti definisati teorijski transparentne, empirijski validirane i klinički primenljive principe koji će govoriti o tome šta, kako i kada u terapiji treba sprovoditi. Umesto da se poput tradicionalno orijentisanih istraživača usmere na pitanja o komparativnoj vrednosti različitih tretmana u odnosu na specifičan klijentov problem, obično izražen dijagnozom, oni su ponudili jedinstven kriterijum za usaglašavanje tretmana kroz stadijum klijentove spremnosti. Njihova racionalizacija ovakvog izbora je jednostavna: ako pacijenti variraju u svojoj spremnosti da se aktiviraju i izbore sa svojim problemima, onda i tretmani moraju varirati u odnosu na to koliko će akcije ponuditi svojim klijentima.

Oslanjajući se na rezultate transverzalnih i longitudinalnih studija oni su prepoznali specifičnu vezu između upotrebe određenih procesa i stadijuma klijentove spremnosti za promenu i odnos stepena te podudarnosti sa efektima tretmana. Tako, na primer, da navedemo samo neka od njihovih brojnih zapažanja, prekontemplatori imaju tendenciju da se najmanje koriste bilo kojim procesom pa nije iznenađenje da se nikakva promena ni ne pojavljuje u njihovom funkcionisanju. Ako se i koriste nekim procesom, onda je naglasak na oslanjanju na podsticaje iz okruženja. S druge strane, kontemplatori pokazuju najveću otvorenost za procese povećanja svesnosti i dramatičnog olakšanja. Osobe u stadijumu pripreme počinju

da preduzimaju početne korake prema akciji i za to se oslanjaju na procese promene vrednovanja sebe i samooslobađanja. Tokom stadijuma akcije pacijenti povećavaju posvećenost promeni, oslanjajući se još više na procese samooslobađanja sa očiglednim povećanjem upotrebe bihevioralnih procesa ne bi li razvili novo ponašanje, mišljenje ili osećanje i prevenirali relaps, sa čime nastavljaju i u stadijumu održavanja promene. Ovo nam potvrđuje pretpostavku o diferencijalnoj važnosti pojedinih procesa u zavisnosti od stadijuma spremnosti klijenta da na njih pozitivno odreaguje. Tako izgleda da je od velike važnosti koristiti se kognitivnim procesima sa klijentima koji su u stadijumu kontemplacije, ali da bi izbegli zamku stabilnog konteplativnog obrasca, nakon izvesnog vremena je nužno uvoditi više akcione procese da bi se obezbedilo kretanje klijenta prema akciji i održavanju promene i na kraju i završavanju.

ISTRAŽIVANJE

Iako je model o stadijumima i procesima promene nastao na osnovu analize psihoterapijskih pravaca, on je prvenstveno bio primenjivan u okviru zdravstvene psihologije. Nas je zainteresovalo kako se ovi koncepti mogu upotrebiti u radu sa psihijatrijskom klijentelom s obzirom da je psihijatrijski tretman najčešći oblik rada u našoj sredini kada su u pitanju osobe u potrebi za psihoterapijskom pomoći. Takođe, TTM je prvenstveno model o intencionalnoj promeni, što znači o promeni tačno definisanog ponašanja prepoznatljivog i klijentu i terapeutu. Kada radimo sa psihijatrijskim pacijentima onda se suočavamo sa drugačijom vrstom promene ponašanja, koja je manje jasna, manje pod svesnom i namernom kontrolom i koja je često kompleksna. S obzirom na ove specifičnosti, smatrali smo da je primerenije da spremnost izrazimo preko profila a ne preko pojedinačnih stadijuma. Tako je naše prvo pitanje bilo da li je moguće izdvojiti tipične profile spremnosti za promenu na osnovu uključenosti klijenata u pojedinačne stadijume. Druga oblast našeg interesovanja su bili procesi promene koje koriste psihijatrijski pacijenti. Interesovalo nas je da li postoji diferenciran odnos pacijenata prema upotrebi različitih procesa i da li se pacijenti sa različitim profilom spremnosti oslanjaju na različite grupe procesa u toku svog tretmana.

Metod

Istraživanje je sprovedeno u psihijatrijskim ustanovama u pet gradova Vojvodine i obuhvatilo je 90 pacijenata na hospitalnom tretmanu i 39 pacijenata na ambulantnom tretmanu. U uzorak su ušli pacijenti sa dijagnozom neuroza ili poremećaj ličnosti. Preko 95% pacijenata je tretirano medikamentozno, a preko 90% je učestvovalo i u nekom obliku grupnog ili individualnog tretmana.

Za ispitivanje stadijuma promene upotrebljen je Upitnik stadijuma promene (McConaughy, Prochaska i Velicer, 1983). Upitnik obuhvata četiri skale dobijene

nakon sprovedene analize komponenata: za prekontemplaciju, kontemplaciju, akciju i održavanje promene. Autori su izostavili skalu pripreme jer su se njeni ajtemi podjednako projektovali na komponente stadijuma kontemplacije i stadijuma akcije.

Procesi promene su ispitani Upitnikom procesa promene koji je konstruisan po uzoru na iste upitnike razvijene u okviru transteorijskog modela (Rosi i sar. 1994). Upitnik je obuhvatio jedanaest procesa pošto je uz poznatih deset procesa dodat i set ajtema koji su obuhvatili klijentov stepen oslanjanja na medikamente. Ispitanici su odgovarali koliko često se koriste svakom od ponuđenih aktivnosti.

Prikaz i diskusija rezultata istraživanja

Stadijumi promene

Na nivou celog uzorka dobili smo vrednosti pojedinačnih stadijuma i njihove međusobne povezanosti izražene u tabeli br. 1.

Tabela 1: Vrednosti skala stadijuma promene i njihove interkorelacije

Skala stadijuma	AS	SD	Kontemp	Akcija	Održav.	N
Prekontempl.	9.30	5.12	-.35**	-.17*	-.03	129
Kontemplacija	26.23	4.38		.43**	.38**	129
Akcija	22.56	5.06			.43**	129
Održavanje	20.13	5.00				129

**p<.01; *p<.05

Vidimo po vrednosti aritmetičkih sredina da ajtemi kojima se izražava prekontemplacija izazivaju najmanje slaganja pa možemo da posumnjamo da su opterećeni izvesnom dozom socijalne nepoželjnosti. S druge strane, vidimo da se najveća vrednost dobija na ajtemima kojima se izražava kontemplacija. Ovo znači da se ispitani psihijatrijski pacijenti najlakše odlučuju da svoj odnos prema rešavanju problema označe kao kontemplativnu rešenost, odnosno kao svest o tome da bi možda vredelo da krenu da rade na rešenju svog problema ali bez konkretne ideje o tome šta bi to moglo biti, osim da imaju izvestan stepen poverenja da je ustanova u kojoj se nalaze možda dobro mesto za to i da će neko od terapeuta možda imati efikasan savet za njih.

Na podacima dobijenim sa Upitnika stadijuma promene urađena je dalje hijerarhijska klaster analiza koja je rezultirala sa osam odvojenih klastera. Četiri od ovih osam klastera smo označili kao glavne klastere koji su u sebe uključivali od 12

do 47 ispitanika. Dobili smo i jedan manji klaster ali isto tako diskriminativan od sedam ispitanika i tri klastera sa jasno drugačijim profilom ali sa svega jedan do dva uključena ispitanika, tako da smo ih u našem ispitivanju izbacili iz dalje statističke analize. Klaster procedura je sprovedena nad standardizovanim skorovima u smislu da su sirovi skorovi sa pojedinačnih skala prebačeni u T-skorove ($M=50$, $SD=10$). U tabeli br. 2 su prikazane prosečne vrednosti ovako standardizovanih skorova za svaki dobijeni klaster.

Tabela 2: Prikaz rezultata klaster analize

Klaster/naziv	N	Prekontem.	Kontempl.	Akcija	Održavanje
Prvi/ neuključeni	47	49.04	45.92	47.30	49.82
Drugi/ učesnici	35	41.94	57.36	59.62	56.48
Treći/ kontemplatori	12	43.07	54.42	42.31	35.08
Četvrti/ ležerni učesnici	23	63.58	53.84	51.90	54.17
Peti/ prekontemplativna akcija	7	59.73	29.90	44.95	39.46
Šesti	2	52.34	49.47	25.19	25.75
Sedmi	2	66.98	12.93	27.17	39.74
Osmi	1	41.60	58.60	19.26	57.73

Kada se pogledaju dobijeni rezultati ono što prvo pada u oči je prevaga pasivnog odnosa ispitanika prema traženju rešenja. Tako, vidimo da prvi, inače klaster sa najvećim brojem ispitanika, pokazuje osobine takozvanih *neuključenih* ispitanika. On obuhvata ispitanike koji za sve stadijume promene postižu vrednosti blago ispod proseka, što ih obeležava kao one kojima nedostaje akcija i koji iako ne ignorišu problem u potpunosti, mnogo ni ne razmišljaju o njemu.

Sledeći klaster obuhvata 35 ispitanika koji su ostvarili ispodprosečne vrednosti na prekontemplaciji i iznadprosečne na ostalim skalama. Na osnovu ovoga možemo da ih okarakterišemo kao one koji ne ignorišu problem, nego, naprotiv, razmišljaju o problemu, uvereni su u potrebu njegovog rešavanja, preduzimaju i neke akcije u pravcu promene i ulažu energiju da održe promene koje su već ostvarili. Ovaj klaster smo nazvali klaster *učesnika*.

Treći klaster smo označili kao *kontemplativni*. Obuhvata dvanaest ispitanika

koji postižu iznadprosečan skor jedino na skali kontemplacije dok su ostali stadijumi slabo zastupljeni. Za ove ispitanike na osnovu opisanog profila možemo da pretpostavimo da nisu skloni da ignorišu problem, ali osim što konstatuju da bi bilo nužno rešenje, ne preduzimaju korake u tom pravcu. Najniži skor ostvaruju na skali održavanja što ih predstavlja kao pacijente koji ne izveštavaju o nekim već dostignutim rešenjima pa nemaju ni šta da održavaju.

Četvrti klaster je u neku ruku paradoksalan pošto odslikava profil iznadprosečnih skorova na sve četiri skale. Najviši skor se nalazi na skali prekontemplacije koji bi ukazivao na to da ova 23 ispitanika ignorišu potrebu za rešavanjem problema i umanjuju važnost i značaj psihijatrijskog tretmana kao i doživljaj lične potrebe za njim. Sa druge strane pokazuju zadovoljavajuću uključenost u tretman. Skloni smo da pretpostavimo da je moguće da je ovaj klaster obuhvatio dve grupe ispitanika, one koji su skloni da su sa svime saglasni, pa tako nediferencirano na sve ajteme odgovaraju potvrdno, kao i(li) one koji shvataju potrebu da rešavaju svoj problem, ali ne daju tome izrazitu važnost. Moguće je i da su već postigli izvesne promene čime su motivisani da i dalje učestvuju u tretmanu, ali sa smanjenim doživljajem urgentnosti. U tom smislu smo ove ispitanike označili kao *ležerne učesnike*.

Peti klaster najviše liči na klaster *prekontemplativne akcije*. Obuhvata sedam ispitanika koji ostvaruju iznadprosečan skor na prekontemplaciji, što ih predstavlja kao nesklone da razmatraju potrebu za promenom. Ovo je potkrepljeno i ispodprosečnim skorovima na ostalim skalama, ali sa blagim povišenjem na skali stadijuma akcije, što govori o tome da ovi ispitanici izveštavaju o doživljaju da povremeno preduzimaju izvesne akcije u pravcu promene, ali bez adekvatne posvećenosti i osmišljenosti kao i bez ulaganja energije da se tako dostignute promene održe.

Dobijeni rezultati klaster analize su u skladu sa ranije dobijanim rezultatima malobrojnih sličnih istraživanja (McConaughy, Prochaska i Velicer, 1983) i potvrđuju da je razumno razmišljati da su klijenti retko uključeni samo u jedan stadijum spremnosti, nego da pokazuju različite sklopove diferencirane uključenosti u tretman.

Procesi promene

Rezultati upotrebe pojedinačnih procesa od strane ispitanog uzorka prikazani su u tabeli br. 3.

Tabela 3: Prosečne vrednosti korišćenja pojedinačnih procesa

Procesi promene	N = 129	
	AS	SD
Povećanje svesnosti	10.50	4.59
Dramatično olakšanje	11.65	4.19
Promena vrednovanja okoline	12.66	3.97
Promena vrednovanja sebe	12.09	4.59
Socijalno oslobođenje	9.95	4.16
Kontrauslovljavanje	12.19	4.12
Pomažuće relacije	12.21	4.42
Upravljanje potkrenjem	11.19	4.66
Samooslobađanje	12.60	4.10
Kontrola stimulusa	11.76	3.71
Medikamenti	11.87	5.48
χ^2	87.55**	

Vidimo da postoji značajna razlika u preferenciji pojedinačnih procesa od strane ispitane grupe psihijatrijskih pacijenata. Kada se posmatraju kao grupa, pacijenti imaju tendenciju da se najviše oslanjaju na procese promene vrednovanja okoline i samooslobađanja, dok najmanje preferiraju proces socijalnog oslobođenja. Nakon ovoga nas je zanimalo da li se pacijenti razlikuju u stepenu oslanjanja na pojedinačne procese u zavisnosti od toga kojem profilu spremnosti pripadaju.

Usaglašenost profila spremnosti za promanu i procesa promene

Osnovna pretpostavka koju smo želeli da proverimo je da li postoji neka specifična povezanost između načina na koji psihijatrijski pacijenti izražavaju spremnost da se uključe u tretman i onoga šta konkretno čine u procesu rešavanja problema. Da bi smo dobili odgovor na ovo pitanje uporedili smo korišćenje procesa promene između pacijenata raspoređenih u klastere. U tabeli br. 4 su predstavljeni rezultati multivarijantne analize varijanse sa rezultatima univarijantnih analiza.

Tabela 4: Razlike u korišćenju pojedinačnih procesa promene u zavisnosti od pripadnosti klasteru

Wilks λ		Aproksimativno F				Značajnost F	
.47		1.87				.00	
Procesi promene	1. klaster	2. klaster	3. klaster	4. klaster	5. klaster	F	
Poveć.svesn.	9.38	12.43	8.75	11.91	7.43	4.53**	
Dram.olakšanje	11.36	12.00	9.75	13.30	9.29	2.33	
Prom.vr.okoline	12.34	13.43	10.33	14.22	8.86	4.35**	
Prom.vr.sebe	11.08	15.11	9.00	12.78	9.29	8.04**	
Soc.oslobodanje	9.51	10.69	8,25	11.39	7.00	2.54*	
Kontrauslovlj.	11.85	14.04	7.92	12.09	9.43	10.53**	
Pomaž.relacije	10.91	14.29	10.25	12.78	10.43	4.27**	
Upravlj.potkrep.	10.91	13.54	7.50	11.91	7.57	6.15**	
Samooslobod.	11.72	15.49	9.83	12.83	10.00	8.74**	
Kontrola stimul.	11.85	13.26	8.50	12.13	10.00	4.72**	
Medikamenti	12.02	12.49	8.58	13.00	10.00	1.67	

Vidimo da se pacijenti značajno razlikuju skoro na svim pojedinačnim procesima u zavisnosti od toga kojem klasteru pripadaju. Generalno, što su klasteri više zasićeni višim stadijumima, to je češća upotreba akcionih procesa promene. Ono što je prvo uočljivo, to je razlika u tome koliko koji klaster ukupno koristi procese. Vidimo da treći (kontemplativni) i peti (prekontemplativna akcija) imaju skoro rezigniran odnos prema uključivanju u terapiju, čak i više nego klaster neuključenih i nasuprot drugoj (učesnici) i četvrtoj (ležerni učesnici) grupi koje se globalno više koriste svim procesima. Tako kontemplatori pokazuju ipak nešto veću zainteresovanost za procese promene vrednovanja okoline i pomažuće relacije, odnosno za procese koji uključuju okrenutost ka spoljašnjim osloncima i traženje motivacionih stimulusa u potrebi prilagođavanja drugima, pa bi smo mogli da govorimo o izostanku intrinzične motivacije za promenom. I pacijenti koji su pripali klasteru neuključenih pokazuju slabije korišćenje procesa iako ne tako kao kontemplatori, ali procesi koje najlakše biraju kao one preko kojih pokušavaju da reše svoje probleme isto tako spadaju u spolja fokusirane sa oslanjanjem na medikamente i promenu vrednovanja okoline dok su najmanje spremni za povećanje svesnosti i socijalno oslobođenje. Relativno posmatrano, i pacijenti iz grupe ležernih učesnika, manje se oslanjaju na povećanje svesnosti kao put za rešavanje problema, ali i oni preferiraju promenu vrednovanja okoline, kao i dramatično olakšanje. Za razliku od njih, uključeni pacijenti, odnosno učesnici i pored izostanka nekog diferenciranog odnosa prema procesima ipak najviše pokazuju sklonosti ka procesima samooslobođenja, promene vrednovanja sebe i kontrauslovljavanja.

ZAKLJUČAK

Rezultati koje smo dobili sprovedenim istraživanjem jasno pokazuju dve za nas relevantne stvari.

Prvo, definisanje spremnosti kao procesa koji se razvija kroz očekivane stadijume otvara mogućnosti za lakšu eksploraciju ovog fenomena. Obrada naših podataka upućuje na to da se psihijatrijski pacijenti ne samo razlikuju po tome sa kakvim specifičnim očekivanjima dolaze u pogledu svog učešća u procesu tretmana, nego i da se ova očekivanja mogu tipizirati. Naime, izdvojeno je barem pet tipičnih profila spremnosti. Na ovaj način stičemo uvid u kojoj meri i na koji način je pacijent uključen u proces svoje promene i u kojoj meri je opravdano očekivati njegovu ambivalenciju u odnosu na samomenjanje.

Drugo, praćenje procesa na koje se oslanja pacijent tokom svog tretmana otkriva nam još detaljnije njegovu strategiju kojom pokušava da ostvari za sebe terapijski boljitak. Činjenica je da su pacijenti generalno bili izloženi vrlo sličnim terapijskim programima, koji su uglavnom frontalno organizovani. Pa i pored toga, oni su se razlikovali u odnosu na to koliko su se privatno oslanjali na ispitivane procese. Kada se kao kriterijum razlikovanja uvede stadijum promene, odnosno, profil spremnosti, onda vidimo da ove razlike postaju izuzetno značajne i kreću se u pravcu da će oni pacijenti koji pripadaju pasivnijim formama profila sa nižim stepenom očekivanja ličnog učešća u tretmanu preferirati kontemplativne, na emocije i na spoljašnje resurse usmerene procese, dok će oni pacijenti koji pripadaju profilu koji uključuje više stadijume spremnosti preferirati akcione i reorganizirajuće strategije za rešavanje problema. Ovo znači da nerespektovanje pacijentovog profila spremnosti povećava verovatnoću da "pucamo u prazno" kada pacijentu koji nije spreman da se koristi određenim procesima mi nudimo intervencije iz domena tih procesa.

Širi značaj dobijenih podataka ide u pravcu boljeg razumevanja i prirode pravilnosti promene i daje nam smernice i za prilazak fenomenu spremnosti klijenta za promenu na nivou koji daleko prevazilazi najčešći naturalisatički pristup i za principijelnije individualizovanje terapijskog tretmana.

LITERATURA

- Bellis, J.M. (1993). *The transtheoretical model of change applied to psychotherapy. A psychometric assessment of related instruments (stages of change)*. Dissertation, University of Rhode Island.
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Eds.) (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th edition, New York. John Wiley&Sons. Inc.
- Crittenden, K.S., Manfredi, C., Lacey, L., Warnecke, R., Parsons, J. (1994). Measuring readiness and motivation to quit smoking among women in public health clinics. *Addictive Behaviors*, **19**, 5, 497-507.
- DiClemente, C.C., Bellino, L.E., Neavins, T.M. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research & Health*, **23**, 2, 86-92.
- DiClemente, C.C., McConaughy, E.A. Norcross, J.C., Prochaska, J.O. (1986). Integrative dimensions for psychotherapy. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, **5**, **3**, 256-274.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior. A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, **7**, 133-142.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, **9**, 181-200
- DiClemente, C.C., Scott, C.V. (1997). Stages of change. Interaction with treatment compliance and involvement. In Onken, J.S., Blaine, J.D. Boren, J.J. (Eds.) *Beyond the Therapeutic Alliance. Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph, **165**, 131-156.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. (2000). *The Heroic Client. Doing Client-Directed Outcome-informed Therapy*. San Francisco, CA. Jossey-Bass.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O., Velicer, W. (1983). Stages of change in psychotherapy. Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, **20**, 368-375.
- Miller, R. W., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*. Second edition, New York. The Guilford Press.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical approach. Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL. Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1985). Common processes of self-change in smoking, weight control, and psychological distress. In Shiffman, S., Wills, T. (Eds.) *Coping and substance abuse. A conceptual framework*. New York, NY. Academic Press.
- 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., Johnson, S., Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. In Schron, E., Ockene, J., Schumaker, S., Exum, W.M. (Eds.) *The Handbook of Behavior Change*, 2nd edition, New York. Springer.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (1994). *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*. 3rd edition, California. Brooks/Cole Publishing Company.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M.J., Abrams, D.B. (1992). Attendance and outcome in a work site weight control program. Processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behavior*, **17**, 35-45.
- Prochaska, J.O., Rossi, J.S., Wilcox, N.S. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*, **1**, 103-120.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Fava, J.S. (1988). Measuring processes of change. Applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **56**, 520-528.
- Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F., Prochaska, J.O. (2000). Health Behavior Models. *The International Electronic Journal of Health Education*. **3** (special Issue). 180-193.
- Rossi, S.R., Rossi, J.S., Rossi-DelPrete, L.M., Prochaska, J.O., Bansprach, S.W. Carleton, R.A. (1994). A Processes of Change Model Weight Control for Participants in Community-Based Weight Loss Programs. *The International Journal of the Addictions*, **29(2)**, 161-177.
- Serin, R., Kennedy, Sh. (1997). *Treatment Readiness and Responsivity. Contributing to Effective Correctional Programming*. Toronto, Ottawa. Corrective Service of Canada.
- Velicer, W.F., Fava, J.L., Prochaska, J.O., Abrams, D.B., Emmons, K.M., Pierce, J. (1995). Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine*, **24**, 401-411.

ABSTRACT

**THE PROFIL OF CLIENT'S READINESS FOR CHANGE AND
PREFERENCE TO TYPICAL PROCESSES OF CHANGE**

Vesna Gavrilov-Jerkovic

In the theoretical part of this paper author considers the difficulties to define phenomenon of patient's readiness to change and proposes dimensions of transtheoretical model of change, that is, stages of change and processes as conceptual frames for exceeding those difficulties.

Through the research author investigates the possibility to identify typical profiles of patient's readiness from the data about measured levels of particular stages of change. The results infer that several typical profiles of readiness can be identified and that it is possible that these profiles could be connected with tendency of patients to prefer passive or action-restructure processes of change.