

Transteorijski model u ispitivanju procesa promjene kod anoreksije nervoze: Pregled i smjernice za buduća istraživanja

Transtheoretical model in assessing the process of change in anorexia nervosa: Review and directions for future research

Maša Atlaga, Nataša Šimić*

Sažetak

Bolesnici koji pate od anoreksije nervoze relativno često manifestiraju ambivalenciju glede promjene vlastitog stanja, a manjak motivacije za promjenom predstavlja ključnu barijeru u intervenciji i liječenju ovoga poremećaja. Dosadašnja istraživanja pokazala su da je slaba motivacija za promjenom značajan prediktor nepovoljnih ishoda u tretmanu, jednako kao i visoke stope odustajanja od istog. Transteorijski model je integrativni model namjerne promjene ponašanja koji opisuje i predviđa kada i kako će osoba promijeniti svoje ponašanje. Model postulira da pojedinci prolaze kroz šest stadija u procesu promjene (predkontemplacija, kontemplacija, priprema, akcija, održavanje i završetak). Prema dosadašnjim istraživanjima, područja evaluacije modela su uključivala različite ovisnosti poput ovisnosti o alkoholu, pušenju, psihoaktivnim tvarima, kockanju, ali i poremećaje hranjenja i jedenja, kao što su anoreksija i bulimija nervoza. Transteorijski model pretpostavlja da važnu ulogu na putu prema promjeni ponašanja imaju procesi promjene, percipirana samoefikasnost, te uravnoteženost prednosti i nedostataka vlastitoga stanja u procesu donošenja odluke. Budući da su istraživanja koja se temelje na evaluaciji i primjeni ovoga modela još uvijek malobrojna, cilj ovog rada je pružiti prikaz istraživanja usmjerenih na evaluaciju i primjenu transteorijskog modela kod anoreksije nervoze s naglaskom na operacionalizaciju i mjerenje njegovih glavnih varijabli. Dosadašnja su istraživanja potvrdila osnovne postavke modela na oboljelima od anoreksije, a u ovom se radu predstavljaju smjernice za daljnja istraživanja.

Ključne riječi: anoreksija nervoza, transteorijski model, motivacija za promjenom, ambivalencija

Summary

Patients with anorexia nervosa often indicate ambivalence concerning the change of their own condition, and the lack of motivation for change represents a critical barrier in the interventions and treatment of this disorder. Current studies have shown that a poor motivation to change is a significant predictor of unfavorable treatment outcomes and of high treatment drop-out rates. The transtheoretical model is an integrative model of intentional behavior change that describes and predicts when and how people change their behavior, and it postulates that individuals go through six stages in the process of change (precontemplation, contemplation, preparation, action, maintenance and termination). According to current findings, areas of model evaluation have included a variety of addictive behaviors such as alcoholism, smoking, drug abuse, gambling and eating disorders, namely anorexia and bulimia nervosa. The transtheoretical model assumes that processes of change, perceived self-efficacy and decisional balance have an important role in the behavior change. Considering that studies based on the evaluation and application of the transtheoretical model in anorexia nervosa are lacking, the aim of this paper is to present previous studies focused on the evaluation and application of the transtheoretical model to anorexia nervosa with emphasis on the operationalization and measurement of its core constructs. Previous researchers have confirmed the basic assumptions of the model in patients with anorexia and directions for further research are presented in this paper.

Key words: anorexia nervosa, transtheoretical model, motivation for change, ambivalence

Med Jad 2022;52(2):111-120

* Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, Zadar, Hrvatska (Maša Atlaga, mag. psych., prof. dr. sc. Nataša Šimić)
Adresa za dopisivanje / Correspondence address: prof. dr. sc. Nataša Šimić, Sveučilište u Zadru, Odjel za psihologiju, Obala kralja Petra Krešimira IV. 2, 23000 Zadar, e-mail: nsimic@unizd.hr
Primljeno/Received 2021-02-23; Ispravljeno/Revised 2022-03-10; Prihvaćeno/Accepted 2022-03-15

Uvod

Anoreksija nervoza

Jedan od frapantnih fenomena koji se ističe kod bolesnika koji pate od anoreksije nervoze (AN) jest njihov kronični nedostatak motivacije za liječenjem, praćen značajnom ambivalencijom glede istoga. Ambivalencija je povezana s egosintonošću (ponašanja, vrijednosti i osjećaji su konzistentni s vlastitom idealnom slikom o sebi, što podrazumijeva da osoba negira problem koji ima) uključujući ozbiljnu pothranjenost kao značajno obilježje poremećaja koji predstavlja glavnu prepreku pri promjeni ponašanja. Liječenje karakterizira dug, nepredvidiv i težak tijek obilježen pokušajima liječenja i odustajanjem od tretmana, kroničnošću i opetovanim hospitalizacijama. Unatoč suočavanju s potencijalno teškim posljedicama vlastitog maladaptivnog ponašanja, poput usporenog emocionalnog razvoja ili povećanog rizika za osteoporozu, većina oboljelih ne pokazuje zabrinutost glede vlastitog zdravstvenog statusa. Stručnjaci ističu kako je AN relativno izazovna za liječenje, a identificiranje varijabli koje doprinose (ne)uspješnom ishodu tretmana je od iznimne važnosti. Kada je riječ o oporavku, neki autori navode da u literaturi nije postignut konsenzus glede njegove jasne operacionalizacije.¹ Povrat i održavanje tjelesne težine su najčešće korišteni indikatori oporavka, no međutim, neki su autori polemizirali kako dobitak na tjelesnoj težini nije u tolikoj mjeri ključan indikator oporavka u odnosu na, primjerice, poboljšanje intrapersonalnih konflikata, pravilnost menstrualnog ciklusa, adekvatno seksualno funkcioniranje ili normalan obrazac hranjenja.² Istraživači se u kontekstu ishoda tretmana najčešće referiraju na varijable poput tjelesne težine, indeksa tjelesne mase (ITM), stavova o tjelesnom izgledu ili (ne)ustrajanja u pretjeranoj tjelovježbi, psihopatoloških simptoma ili ukupnog rezultata postignutog na ljestvicama stadija promjene,^{3,4} pri čemu oporavak podrazumijeva, primjerice, dobitak na tjelesnoj težini, veći ITM, manji broj psihopatoloških simptoma, reduciranje tjelovježbe ili veći rezultat na ljestvicama stadija promjene.

Uz patologiju kao što je AN, nerijetko se pojavljuje pojam ambivalencije iz razloga što oboljeli mogu biti motivirani za promjenu, ali unatoč tome mogu manifestirati otpor u terapiji koji, zajedno s ozbiljno izraženim simptomima, u konačnici rezultira odustajanjem od tretmana. Istraživači u ovom području navode kako je termin „odustajanje od tretmana“ relativno nejednoznačan, te stoga DeJong i Broadbent⁵ daju pregled istraživanja u kojem navode da je prilikom definiranja ovoga fenomena važno razmotriti

tko inicira odustajanje i iz kojeg razloga. Istraživanja su pokazala da se u nekim slučajevima jedino odustajanje inicirano od strane bolesnika smatra odustajanjem od tretmana, no međutim, u nekim su slučajevima terapeuti glavni akteri u ovoj odluci.⁵ Razloge odustajanja moguće je klasificirati u neke od sljedećih kategorija: medicinski razlozi (hospitalizacija zbog gubitka kilograma), praktični razlozi (preseljenje u novi grad), neadekvatnost tretmana i (ne)angažiranost bolesnika u tretmanu.⁵ Dakle, odustajanje od tretmana je najčešće određeno u terminima vremenskog razdoblja (npr. kraj tretmana) i broja bolesnika koji više nisu angažirani u tretmanu. Istraživanja pokazuju visoke stope odustajanja (20% do 51%),^{6,7} te potvrđuju da bolesnici koji odustaju od tretmana imaju veću vjerojatnost relapsa, doživljavaju brojne simptome poremećaja, te imaju kroničan i ozbiljan tijek istoga.⁸ Prema dosadašnjim spoznajama, odustajanje varira ovisno o vrsti tretmana. Zabilježen je podatak od 4,8% za kratkotrajne obiteljske terapije, do 100% za nutricionističke intervencije.⁵ Međutim, autori su se detaljnije osvrnuli na potonje, te zaključili kako je stopa odustajanja najviša kada je riječ o edukativnim intervencijama u kojima je fokus na savjetovanju o prehrani. Potvrđeno je da je ova skupina oboljelih najmanje responzivna na prethodno navedenu vrstu intervencije, dok s druge strane u individualnoj psihoterapiji stopa odustajanja iznosi od 20% do 40%.⁵ Nadalje, neka su se istraživanja usmjerila na detektiranje varijabli na temelju kojih je moguće predvidjeti odustajanje od tretmana. Rezultati su pokazali da su bolesnici koji imaju jedno ili više djece, veći rezultat na skali psihopatoloških simptoma, komorbiditet s psihijatrijskim simptomima, te niži stupanj obrazovanja, potencijalna skupina za odustajanje od tretmana.^{9,10} Istraživanja također potvrđuju negativnu i značajnu povezanost ITM-e s odustajanjem od tretmana.⁵ Odustajanje od tretmana svakako zahtijeva pažnju kliničara, a transteorijski model promjene ponašanja o kojem će detaljnije biti riječi u nastavku teksta, mogao bi poslužiti kao vrijedan alat za koncipiranje intervencija čija bi svrha bila smanjiti broj bolesnika koji odustaju od tretmana te, općenito, poboljšati njihovu motivaciju za promjenom.

Transteorijski model promjene ponašanja

Kada je riječ o istraživanju različitih zdravstvenih ponašanja, predloženi su mnogobrojni modeli, no međutim, titulu najčešće ispitivanog modela nedvojbeno zaslužuje transteorijski model (TTM) koji su predložili Prochaska i DiClemente.¹¹ Riječ je o integrativnom modelu namjerne promjene ponašanja

koji je centriran oko tematike spremnosti na usvajanje novog i zdravijeg životnoga stila, a temelji se na procjenama prednosti i nedostataka koje proizlaze iz odabira konkretnoga ponašanja. TTM predstavlja pristup usmjeren motivaciji za promjenom te pretpostavlja da se proces kretanja kroz stadije promjene odvija ciklički, a može biti stabilan, progresivan, regresivan ili povratnički. Jedna od važnijih značajki jest njegova utemeljenost na integriranim spoznajama koje proizlaze iz različitih teorija, odnosno iz teorije socijalnog učenja, motivacijske i kognitivne teorije, teorije planiranog ponašanja i prevencije povrata simptoma.¹² Ključna pretpostavka modela je da, u svrhu modificiranja ponašanja, pojedinac prolazi kroz sekvence promjena, te da procesi promjene koji su izraženi tijekom različitih stadija, osnažuju napretke kroz stadije.¹³ TTM postulira da: (1) nijedna teorija ne može u cijelosti obuhvatiti kompleksnost ljudskog ponašanja, te bi stoga cjelovitiji model trebao proizlaziti iz integracije nekoliko različitih teorija, (2) promjena ponašanja je proces koji se odvija tijekom vremena kroz nekoliko faza, (3) faze promjene su stabilne jednako kao i podložne promjeni, te se kretanje kroz faze odvija cirkularno, (4) bez planiranih intervencija u ponašanju pojedinci ostaju fiksirani na niže stadije promjene, (5) intervencijski programi trebaju korespondirati pojedinčevom trenutnom stadiju promjene, (6) kronična su ponašanja produkt bioloških i socijalnih čimbenika, te samokontrole, a intervencije koje korespondiraju pojedinčevom stadiju promjene trebaju biti koncipirane na način da pridonese poboljšanju samokontrole.¹⁴

Postavke TTM-a formirane su na temelju kliničkoga rada s ovisnicima o psihoaktivnim supstancama, a model je kasnije evaluiran i u drugim područjima, uključujući socijalne fobije, specifične fobije, opsesivno-kompulzivni poremećaj, poremećaje hranjenja i jedenja, ovisnosti o nikotinskim proizvodima, kockanju i prakticiranju tjelovježbe. TTM pretpostavlja ukupno 10 procesa promjene koji se odnose na povećanje svjesnosti, emocionalno olakšanje, reevaluaciju okolnosti u okruženju, samoprocjenu, samooslobođenje, osnaživanje, uključenost u pomažući odnos, supstituciju, kontrolu podražaja i socijalno oslobođenje.¹¹ Navedeni su procesi promjene zajedno s uravnoteženošću prednosti i nedostataka u procesu odluke i percipiranom samoefikasnošću, ključni za postizanje napretka na putu prema promjeni, a samim time su i glavni konstrukti TTM-a.^{14,15} Iako postoje dokazi da je TTM uspješno primjenjivan na širokom spektru zdravstvenih ponašanja,^{16,17} upućene kritike ukazuju na neka njegova ograničenja. Jedan od njegovih nedostataka odnosi se upravo na operacionalizaciju motivacije za promjenom u terminima

kontinuirane, a ne kategorijalne varijable. Pored toga, model ne pretpostavlja mogućnost da pojedinci mogu biti u isto vrijeme u više stadija promjene. U naknadnim modifikacijama modela dodana su još dva stadija promjene, odnosno priprema i završetak.¹⁴ Međutim, kada je riječ o statističkim provjerama TTM-a, među istraživačima su još uvijek prisutna neslaganja u pogledu broja stadija. U nastavku teksta opisano je svih šest stadija promjene.

Stadiji promjene pružaju informaciju o tome kada je pojedinac spreman na promjenu, a sami nazivi stadija proizlaze iz načina na koji se promjena odvija.¹⁸ Koncept promjene odnosi se na pozitivan pomak od prvog stadija predkontemplacije u kojem pojedinac ne promišlja o promjeni kao mogućnosti, pri čemu je moguće da nije svjestan problema ili ga poriče, do stadija kontemplacije kada se intenzivno vrši evaluacija strana za i/ili protiv promjene. Naime, u potonjem stadiju pojedinac promišlja o tome da poduzme neke akcije (npr., u vezi s vlastitom težinom). Nadalje, priprema je stadij u kojem pojedinac namjerava poduzeti neke korake po pitanju problema s kojim se susreće, što eventualno može dovesti do toga da postupno smanjuje vježbanje ili pak prestaje s učestalim dijetama. Uspješna realizacija ovog zadatka rezultira akcijom u kojoj je osoba aktivno uključena u promjenu ponašanja sa svrhom dobivanja na tjelesnoj težini, te, posljedično, korigira vlastiti način života. U stadiju održavanja osoba nastoji izbjeći barijere, te tako svoje napore usmjerava ka održavanju akcija koje je poduzela u prethodnom stadiju, pri čemu optimizira samokontrolu kako bi izgradila novi životni stil (Slika 1). Konačno, stadij završetka prikladan je samo za određena ponašanja poput ovisnosti, a u tom stadiju ne postoje iskušenja vraćanja na prethodne stadije u procesu promjene, a osobe su ustrajne u odluci da se neće vraćati starim oblicima ponašanja. Neki autori upozoravaju da vrsta i broj stadija promjene mogu varirati ovisno o tipu zdravstvenog ponašanja koji se želi promijeniti.¹⁹ Obzirom na to da se pojedinac u ciklusu promjene kreće od predkontemplacije, preko kontemplacije, pripreme, akcije, do održavanja, TTM se opisuje kao cirkularni model. U ovom se procesu brojne osobe susreću s „posrtajima“, te se stoga vraćaju prethodnim stadijima promjene. Pokrajac-Bulian, Tkalčić, Guina i Štimac¹⁹ ističu da tijekom posrtaja neke osobe doživljavaju sram, obeshrabrenost i krivnju, te se vraćaju u stadij predkontemplacije ili pak kontemplacije, kada ponovno kreću s planiranjem novih načina promjene. Prochaska i DiClemente¹¹ sugeriraju da su stadiji promjene povezani sa samoefikasnošću i prednostima i nedostacima u procesu odluke. Konkretno, osobe u stadijima predkontemplacije i kontemplacije često imaju nisku

samoefikasnost glede promjene, te percipiraju više prednosti nego nedostataka trenutnog ponašanja.^{11, 20} Istraživanja pokazuju da stadiji promjene ponašanja bolje predviđaju ishode tretmana od dobi, socio-ekonomskog statusa, vrste problema, očekivanja, ciljeva, samoefikasnosti i socijalne podrške.²¹ Važna praktična implikacija ovog modela jest mogućnost pripreme osobe na eventualne posrtaje na njezinom putu ka promjeni. Zbog navedenoga je svakako poželjno raditi na kreiranju plana u slučaju da se posrtaji i dogode.¹⁹

Stadiji promjene kod anoreksije nervoze

Ključan pokazatelj motivacije za promjenom je stadij u procesu promjene u kojem se pojedinac trenutno nalazi. Postavka da je manjak motivacije za liječenjem jedna od glavnih karakteristika oboljelih od AN, potkrijepljena je i nekim istraživanjima usko vezanim za ovu problematiku. Istraživanje koje je proveo Noordenbos²² temelji se na retrospektivnom intervjuu kojim su obuhvaćeni oni bolesnici koji pate od AN, te oni koji su se od nje izliječili (N = 108). Autor navodi da se 72% sudionika prisjetilo kako su negirali problem u ranim mjesecima ili godinama razvijanja poremećaja, dok je njih 5% istaknulo da su ustrajali u negiranju svih problema sve do početka tretmana, a 18% bolesnika zadržalo je uvjerenje kako ništa ne trebaju promijeniti.²² Nadalje, Vitousek, Watson i Wilson²³ podržavaju konstataciju da negiranje i otpor, zajedno s egosintonom kvalitetom poremećaja, pridonose pristranosti u samoizvještajima, izbjegavanju tretmana, te visokim stopama relapsa. Negiranje i otporu dodatno doprinose percipirane prednosti konkretnog poremećaja, pri čemu 73% bolesnika navodi samokontrolu kao prednost, 39% njih ističe kako uživaju status „zamijećenog“ od okoline zbog vlastite vitkosti, a 35% njih referira se na prednosti kontrole koju posjeduju nad drugima.²³ Na ozbiljnost otpora promjeni upućuje rezultat koji sugerira da osobe koje pate od AN postižu značajno više rezultate na podljestvicama koje se odnose na otpor prema promjeni u odnosu na osobe koje pate od drugih poremećaja poput bulimije ili specifičnih fobija.²³ Isto tako, na beskompromisnu prirodu slabe motivacije za promjenom upućuje fenomen da su, u usporedbi s 82,8% bulimičnih bolesnika (N = 58) koji su u stadiju akcije, tek polovina bolesnika koji pate od AN (N = 51) bili kategorizirani u istoimeni stadij.²⁴ Nadalje, autori ističu kako je 23,5% bolesnika s AN-om u stadiju predkontemplacije, a 27,4% njih u stadiju kontemplacije. Prema nalazima nekih drugih istraživanja, 43,2% sudionika klasificirano je u stadij kontemplacije, 27,1% u stadij pripreme, 18,2 % u

stadij akcije, a svega 2,3% u stadij održavanja.²⁰ Nadalje, neki su autori ispitivali sudionike tijekom prijama na tretman, u devetom tjednu tretmana i pri otpustu s tretmana.²⁵ Rezultati su pokazali da je 39,6% sudionika tijekom prijama na tretman bilo u stadiju kontemplacije, a 27% u stadiju pripreme.²⁵ Također, isti autori ukazuju na činjenicu da je tijekom otpusta s tretmana tek polovina bolesnika manifestirala stadije akcije ili održavanja, dok je druga polovina ostala u stadijima kontemplacije ili pripreme. Ovakvi nalazi upućuju na perzistentnu ambivalenciju, a stručnjaci u ovom području navode da motivacijski deficit značajno utječe na pojedince koji vode borbu s AN tako da potiče negativan ishod tretmana, kako i pretpostavlja TTM. Negativnom ishodu tretmana dodatno pridonose pojedinčeva niska razina samoefikasnosti i ravnoteža prednosti i nedostataka prilikom donošenja odluke o poboljšanju vlastitoga stanja. Sukladno pretpostavkama TTM-a, percipirane prednosti poremećaja su superiorne u odnosu na njegove nedostatke, a pokazale su se dominantno prisutnima u nižim stadijima promjene.^{11,23}

Motivacija za promjenom kod anoreksije nervoze

Motivacija za promjenom jest ključan konstrukt TTM-a, a odnosi se na namjeru za promjenom određenog ponašanja, te predstavlja konačan ishod u ispitivanju stadija promjene. Činjenica da je pojedinac u naprednijem stadiju promjene ujedno implicira da ima veću motivaciju za promjenom nego što je to slučaj u nižim stadijima. Općenito govoreći, u istraživanjima evaluacije TTM-a, postupak ispitivanja uključuje regrutiranje oboljelih koji su već uključeni u neki od tretmana za poremećaje hranjenja i jedenja. Na samom početku istraživanja, sudionici sudjeluju u (polu)strukturiranim intervjuima ili pak ispunjavaju upitnike kojima se procjenjuju simptomi njihovih poremećaja i/ili emocionalni problemi. Najčešće korišteni upitnici uključuju samoprocjene procesa promjene i motivacije za promjenom o kojima će biti više riječi u nastavku teksta. Pored prethodno opisanog, neki su istraživači koristili i tehniku koja se sastojala od terapijskih sesija unutar kojih su sudionicima predstavljeni neki procesi tretmana relevantni za TTM, poput podupirućih odnosa u okolini, psihoedukacije, samoprocjene ili kontrole podražaja koji se odražavaju u ponašanjima, kao što su pisanje dnevnika o hranidbenim navikama (samo-evaluacija) ili čitanje knjige (edukacija).²⁶ Potom je slijedila procjena o (ne)korištenju navedenih procesa koju u pravilu daje istraživač, voditelj terapijskih sesija. Metodologija nekih drugih istraživanja

drugačija je od prethodno opisanih i temelji se na procjenama i usporedbama relevantnih indikatora zdravstvenog i motivacijskog stanja sudionika istraživanja u nekoliko vremenskih točaka, a najčešće se odvijaju prilikom prijama na tretman, tijekom tretmana i na otpustu s tretmana.^{25,27,28} Nadalje, bez obzira na prethodno opisane razlike u metodologijama dosadašnjih istraživanja, izražen interes za istraživanjem ovoga područja, jednako kao klinička važnost motivacije za promjenom kod AN, upućuju na nužnost konstruiranja psihometrijski prikladnih mjernih instrumenata. Dosadašnje spoznaje upućuju na to da se bolesnikova i terapeutova percepcija motivacije za promjenom značajno razlikuju,²⁹ te da se terapeutove procjene nisu pokazale značajno povezanima s rezultatima koje su bolesnici postizali na različitim mjerama motivacije za promjenom.³⁰ Neki drugi autori također naglašavaju da je upravo neslaganje oko toga što čini adekvatan ishod oporavka predstavljalo glavnu barijeru u evaluaciji i primjeni TTM-a.³¹ Konstrukcija valjanih i pouzdanih mjernih instrumenata koji će omogućiti identificiranje pojedinih stadija promjene, nameće se kao svojevrsan imperativ, kako za znanstvene, tako i za svrhe kliničke prakse. Jedna od važnijih prednosti koje svakako treba istaknuti kada je riječ o primjeni mjernih instrumenata, jest omogućavanje uvida u bolesnikovu percepciju vlastitog poremećaja kao i prednosti i nedostataka same promjene,³² a u tom se smislu pruža pomoć terapeutima u optimiziranju odabira strategija liječenja za svakog bolesnika. Do sada je konstruirano nekoliko mjera koje pružaju uvid u motivaciju za promjenom, a sve imaju čvrsto uporište upravo u TTM-u.³³ Modelom se zahvaća fenomen uravnoteženosti prednosti i nedostataka u procesu donošenja same odluke koja, u konačnici, čini ključan koncept za napredovanje kroz stadije promjene. Autori³² mjere motivacije za promjenom kategoriziraju u dvije kategorije. Prva se kategorija odnosi na mjerne instrumente kojima se ispituje uravnoteženost prednosti i nedostataka u procesu odluke, dok drugu kategoriju čine mjerni instrumenti fokusirani na same stadije promjene. U nastavku teksta slijedi opis najčešće korištenih mjernih instrumenata u ispitivanju ove problematike.

Intervju za ispitivanje stadija promjene³⁴ predstavlja polustrukturirani intervju kojim se ispituju stadiji promjene sukladno četirima različitim domenama simptoma poremećaja hranjenja i jedenja, a radi se o restrikciji, kogniciji, prejedanju i kompenzacijskom ponašanju. Intervju predviđa procjenu lokusa kontrole za one bolesnike koji se nalaze u stadiju akcije. U usporedbi s intervjuom, upitnici se danas ipak češće koriste zbog njihove veće ekonomičnosti i činjenice da su pouzdaniji načini

mjerenja određenog fenomena, te ne zahtijevaju posebnu uvježbanost ispitivača za njihovu primjenu. Unatoč njihovim prednostima, korištenje upitnika u svrhu identificiranja stadija promjene i dalje je izloženo kritikama zbog činjenice da se njihovom primjenom pojednostavljaju neki poremećaji, te da predstavljaju potencijalnu opasnost za alijenacijom bolesnika.³⁵ Kako bi se spriječile ili umanjile pogrešne interpretacije čestica prilikom popunjavanja upitnika, te kako bi se uspostavio adekvatan odnos na relaciji bolesnik-terapeut, mnogi autori ipak daju prednost primjeni intervjua, a jedan od najčešće korištenih je intervju spremnosti i motivacije za promjenom (*The Readiness and Motivation Interview*; RMI). Dosadašnji rezultati upućuju na njegovu zadovoljavajuću pouzdanost ($r = 0,79$) i konstruktnu valjanost. Rezultati postignuti njegovom primjenom također ukazuju na dobru predikciju uključivanja u tretman, kao i odustajanja od tretmana.^{32,36-38}

Nadalje, važno je naglasiti kako su, osim primjene intervjua, neki autori skloni korištenju različitih ljestvica kojima se ispituju stadiji promjene i motivacija za promjenom ponašanja. Dosadašnja istraživanja ukazuju na to da su sljedeće ljestvice vrijedni alati kojima treba dati prednost prilikom planiranja i provedbe istraživanja u ovom području: Ljestvica za mjerenje stadija promjene anoreksije nervoze (ANSOCQ),³⁹ Ljestvica za mjerenje motivacije za promjenom kod adolescenata koji su u postupku oporavka od patologije hranjenja (MSCARED),⁴⁰ Ljestvica za procjenu spremnosti i motivacije za promjenom (RMQ),⁴¹ te Ljestvica za mjerenje stadija promjene (URICA).⁴² Ljestvice ANSOCQ i RMQ specifično su konstruirane u svrhu ispitivanja problematike motivacije za promjenom kod AN, te se stoga klasificiraju u mjere specifične za simptome toga poremećaja, te se odnose na simptomatologiju AN (dobitak na težini, važnost oblika tijela i težine, te strah od debljanja). Sukladno navedenoj konceptualizaciji, ljestvice omogućuju identificiranje nekih fenomena poput, primjerice, detektiranja da je konkretna osoba u stadiju predkontemplacije kada je u pitanju promjena njezine tjelesne težine, dok u isto vrijeme može biti u stadiju kontemplacije kada je riječ o njezinim emocionalnim problemima. Važno je naglasiti da je RMQ koncipirana po uzoru na prethodno navedeni istoimeni intervju (RMI). Prednost koju autori ističu kada je riječ o njezinoj primjeni, u odnosu na RMI, odnosi se na vremensku ekonomičnost u provedbi.⁴¹ Kada je riječ o kriterijskoj valjanosti, autori navode da su rezultati na RMQ-u značajno povezani s anticipiranim poteškoćama u oporavku od poremećaja hranjenja i jedenja, isto kao i s izvršavanjem onih aktivnosti koje su nužne za oporavak.⁴¹ Kada je riječ o

ANSOCQ ljestvici, neki joj autori kao nedostatak pripisuju nemogućnost formiranja rezultata za svaku domenu simptoma (npr. dobitak na tjelesnoj težini, emocionalni problemi, itd).³² Unatoč navedenome, dosadašnja su istraživanja^{20,39} pokazala njezinu zadovoljavajuću konstruktivnu valjanost koja proizlazi iz značajne povezanosti s glavnim konstruktima TTM-a koji se odnose na samoefikasnost i proces odluke. Potvrđene su povezanosti postignutih rezultata na ovoj ljestvici s rezultatima postignutim na URICA ljestvici kojom se također ispituje motivacija za promjenom. Pored navedenoga, ANSOCQ je zadovoljavajuće pouzdanosti, pri čemu koeficijent unutarnje konzistencije iznosi 0,90, a test-retest pouzdanost 0,89.³⁹ Postignuti rezultat na ovoj ljestvici pokazao se značajnim prediktorom dobitka na težini, što predstavlja jedan od relevantnijih indikatora oporavka od AN u kliničkoj praksi.^{20,39} Kada su u pitanju URICA i MSCARED, njihove se čestice ne odnose specifično na AN, međutim na temelju dobivenih rezultata moguća je kategorizacija osobe u konkretan stadij promjene. Rezultati nekih istraživanja impliciraju da, premda URICA ljestvica dobro predviđa ozbiljnost simptoma, ona ima relativno nezadovoljavajuću prediktivnu valjanost dobitka na težini ($r = 0,005$).¹⁵ S druge strane, MSCARED ljestvica konstruirana je u svrhu identificiranja točnih akcija koje su poduzete na putu prema oporavku.³⁴ Pored visoke pouzdanosti (koeficijent unutarnje konzistencije iznosi 0,92), postignuti rezultati na ovoj skali predviđaju sami ishod tretmana AN.⁴⁰

Prethodno opisani mjerni instrumenti namijenjeni za procjenu stadija promjene omogućuju različite tipove procjena, bilo da je riječ o globalnoj mjeri motivacije za promjenom (koju daje URICA skala) ili pak specifičnoj mjeri za konkretan simptom poremećaja (npr., motivacija za promjenom tjelesne težine, poput ANSOCQ ljestvice). Neki istraživači upozoravaju na činjenicu da globalne mjere onemogućavaju identificiranje eventualnih razlika između simptoma nekog poremećaja.⁴⁴ Uzimajući u obzir kompleksnost simptoma AN i njezinu multi-dimenzionalnu prirodu, neki autori upućuju kritike globalnim mjerama ističući da specifične mjere utemeljene na pojedinim simptomima poremećaja ipak objašnjavaju značajno veći postotak varijance određenog ponašanja u odnosu na globalne mjere.³² Nadalje, unatoč tome što specifične mjere usmjerene na simptom pokazuju zadovoljavajuće metrijske karakteristike, većina je istraživača sklona primjeni URICA ljestvice koja se temelji na globalnoj mjeri motivacije za promjenom.⁴⁶ Međutim, svakako treba kazati da ova ljestvica nije konstruirana primarno za AN bolesnike, već je u originalnoj verziji koncipirana

za osobe koje su uključene u tretman ovisnosti. Neki istraživači upućuju kritike pojedinim česticama URICA ljestvice koje su nespecifične, a odnose se na potrebu za „samopoboljšanjem“ i „probleme koji trebaju promjenu“.³⁹ Isti autori ističu kako su ove čestice podložne pogrešnoj interpretaciji jer se sudionik može referirati na brojne probleme koji nužno ne moraju biti povezani s AN, a u takve se klasificiraju problemi u intimnoj vezi ili općenito problemi emocionalne prirode. Posljedično, sve navedeno može u konačnici rezultirati precjenjivanjem motivacije za promjenom, što URICA ljestvicu čini donekle neadekvatnom mjerom za prognostičke svrhe.^{15,39,46}

Korelati motivacije za promjenom kod anoreksije nervoze

Prema glavnim postavkama TTM-a, istraživanja ove tematike trebala bi obuhvaćati teorijski relevantne konstrukte modela poput stadija i procesa promjene, procesa odluke (uravnoteženost prednosti i nedostataka problematičnog ponašanja) i percipirane samoefikasnosti. Dosadašnja istraživanja provjere TTM-a na različitom spektru ponašanja (pušenje, tjelovježba, poremećaji hranjenja i jedenja, itd.) ukazala su na konkretan obrazac odnosa prethodno navedenih konstrukata. Naime, pretpostavke temeljene na TTM-u idu u smjeru da bi prednosti AN, za razliku od nedostataka, trebale opadati prema višim stadijima promjene, a veća samoefikasnost trebala bi biti povezana s većom motivacijom za promjenom. Isto tako, pojedini procesi promjene trebali bi biti značajni korelati pojedinih stadija promjene (npr. povećanje svjesnosti s predkontemplacijom i pripremom). Kako bi se provjerila primjenjivost TTM-a u ispitivanju procesa promjene AN, istraživači uglavnom koriste gore navedene, glavne konstrukte modela. Samoefikasnost se odnosi na uvjerenje pojedinca u vlastitu sposobnost izvedbe određenog ponašanja, dok se proces odluke odnosi na kontekst balansa između prednosti (dobitaka) i nedostataka (gubitaka) koji su povezani s konkretnim problematičnim ponašanjem.³³ Podrobna istraživanja odnosa motivacije za promjenom sa samoefikasnosti i procesom odluke, potvrđuju glavne postavke TTM-a.^{20, 24, 33} Primjerice, neki autori²⁴ ističu da su, sukladno teorijskim očekivanjima, nedostaci AN bili značajno niži u stadiju predkontemplacije u usporedbi sa stadijima kontemplacije i akcije. Drugi istraživači potvrđuju ove nalaze sugerirajući da se nedostaci AN povećavaju s povećanjem motivacije za promjenom, te su samim time povezani s većom motivacijom za promjenom.^{3,20} Međutim, autori skreću pozornost na činjenicu da nije

utvrđena značajna razlika između prednosti AN kroz različite stadije promjene, što nije u skladu s postavkama modela prema kojima bi prednosti trebale opadati prema višim stadijima promjene, obzirom na to da su istraživači utvrdili takav obrazac kod drugih obrazaca ponašanja, točnije kod ovisnosti o pušenju i alkoholu.^{20,33} Istraživanja potvrđuju da se prijelaz između prednosti i nedostataka najčešće pojavljuje između stadija kontemplacije i pripreme.^{20,49} Drugim riječima, rezultati na podljestvici Prednosti, uglavnom su značajno viši u stadiju kontemplacije, u odnosu na rezultate na podljestvici Nedostataka, koji su značajno viši u stadiju pripreme. Istraživanja su pokazala da osobe u fazi predkontemplacije manifestiraju defenzivnost i izbjegavanje promjene vlastitog ponašanja i načina razmišljanja.³³ Obzirom na to da su osobe u stadiju akcije intenzivno predane promjeni ponašanja, sklone su koristiti samooslobodjenje, kontrolu podražaja i osnaživanje.³³ Nadalje, samoefikasnost predstavlja relativno važnu determinantu pojedinčeve razine motivacije za promjenom, odnosno, pojedinčeva percipirana sposobnost uspješnog ovladavanja zadatkom ima ulogu medijatora u pokušajima angažiranja u zadatku. Dosadašnja su istraživanja potvrdila ovu pretpostavku implicirajući da je veća samoefikasnost povezana s većom motivacijom za promjenom.^{20,39} Međutim, autori upozoravaju na to da nije moguće utvrditi pridonosi li tom fenomenu veća samoefikasnost ili je ona posljedica veće motivacije za promjenom.²⁰

Pored konstrukata koji su teorijski relevantni za TTM, istraživači se uglavnom pozivaju i na varijable poput dobi, ozbiljnosti simptoma (tjelesnih i kognitivnih), trajanja poremećaja, ITM-a, tjelesne mase (%) i psihopatoloških simptoma. Hillen, Dempfle, Seitz Herpertz-Dahlmann i Bühren²⁵ detaljnije su istraživali relevantnost koncepta motivacije za promjenom i poboljšanja zdravstvenoga statusa bolesnika mlađe dobi. U tu svrhu bolesnici ispitivani tijekom prijama na tretman, u devetom tjednu tretmana, te pri otpustu s tretmana. Rezultati su pokazali da su niži postotak tjelesne težine (indikativan tijekom prijama na tretman), dulje trajanje poremećaja i izraženiji simptomi, značajni korelati veće motivacije za promjenom. Neki autori navode kako su ozbiljno izraženi kognitivni simptomi poremećaja (nezadovoljstvo tjelesnim izgledom i želja za vitkošću) značajno povezani s nižom motivacijom za promjenom,^{25,38} te da su tjelesna masa, trajanje i ozbiljnost simptoma poremećaja zajedno objasnili 59% varijance motivacije za promjenom.²⁵ Svakako treba kazati da su istraživanja motivacije za promjenom koja su uključivala praćenja bolesnika od prijama na tretman, pa sve do otpusta s tretmana, ukazala na opći trend

povećanja motivacije za točno jedan stadij promjene.⁵⁰ Dakle, takvi nalazi potvrđuju pretpostavke da se motivacija za promjenom povećava s trajanjem tretmana. Dosadašnji nalazi potvrđuju da su se slabo izraženi psihopatološki simptomi, visok ITM i visoka motivacija za promjenom pokazali značajnim prediktorima motivacije za promjenom, kao i održavanja postignute tjelesne težine kod adolescenata.⁵⁰ Nadalje, na uzorku od 47 bolesnika, Wade, Frayne, Edwards, Robertson i Glichrist⁴ utvrdili su da veća početna motivacija za promjenom značajno predviđa smanjenje simptoma, te da su bolesnici koji su klasificirani u kategoriju „veće spremnosti za promjenom“ imali i veću vjerojatnost povoljnih ishoda tretmana u odnosu na bolesnike klasificirane u kategoriju „niže spremnosti za promjenom“, što je i očekivano, sukladno postavkama modela. Suprotno navedenome, trajanje dijagnoze, godine početka javljanja simptoma, te broj prethodnih hospitalizacija zbog problema s hranjenjem, nisu se pokazali značajnim korelatima promjene kod AN.⁴ Sukladno nalazima nekih istraživanja koja su bila usmjerena na ispitivanje odnosa promjene s kliničkim karakteristikama i procesom tretmana (N = 88), dobiveno je da vrsta dijagnosticiranog poremećaja hranjenja i jedenja, trajanje poremećaja i prethodna angažiranost u tretmanu ne koreliraju značajno s kasnijim stadijima promjene, što je suprotno njihovim polazišnim pretpostavkama, kao i postavkama TTM-a.²⁶ Međutim, konstrukt koji je značajno pozitivno povezan s motivacijom za promjenom jest samoinicijativno uključivanje u sustav zdravstvene skrbi (tzv. *self-referral*). Sukladno pretpostavkama TTM-a, oni bolesnici koji su se samostalno uključili u sustav zdravstvene skrbi, ujedno su postigli niže rezultate na podljestvici predkontemplacije, a više na podljestvici akcije. Kao što je već ranije naglašeno, kod AN bolesnika je relativno tipično da ih druge osobe upućuju na zdravstvene tretmane, te stoga podaci nekih istraživanja koji pokazuju veći postotak bolesnika u stadiju predkontemplacije u odnosu na akciju, ne bi trebali biti iznenađujući.^{20,24,26} Nadalje, potvrđeno je da procesi promjene poput emocionalne involviranosti, uključenosti u podupirući odnos i samoprocjene, značajno ne koreliraju sa stadijima promjene.²⁶ Ovo nepodudaranje s pretpostavkama TTM-a autori objašnjavaju bolesnikovom površnom prilagodbom na tretman.

Uzimajući u obzir kroničnu prirodu bolesti te visoku stopu ponovnog javljanja simptoma, odnosno relapsa, AN predstavlja veliki izazov za stručnjake različitih profila. Naime, Mander, Teufel, Keifenheim, Zipfel i Gien²⁷ ističu da je veći rezultat na podljestvici održavanja prediktor relapsa, a bolesnici koji su u tzv.

borbi s relapsom, postižu i veći rezultat na ljestvici psihopatologije. Vrijednu implikaciju za kliničku praksu daju rezultati koji ukazuju na to da bi dnevni program bolničkog tretmana trebao korespondirati vrsti terapije koja je fokusirana na bolesnikovu spremnost za promjenom.²⁷ Drugim riječima, nepodudarnost trenutnog stadija promjene s ciljevima same terapije može rezultirati bolesnikovim otporom promjeni.²⁷ Na isti su fenomen upućivali i drugi autori koji navode da je jedan od glavnih uzroka neustrajanja u tretmanu upravo nekongruentnost samog pristupa liječenja s bolesnikovim stadijem promjene.⁴

Smjernice za buduća istraživanja

Kada se saberu svi prethodno navedeni nalazi, može se zaključiti da je TTM primjenjiv kod AN, te da su stadiji promjene povezani s ishodima liječenja kod oboljelih, no međutim, neosporiva je činjenica da je potreban veći broj istraživanja razmatrane problematike. Ispitivanje različitih uzoraka (npr. različite dobne skupine, bolesnici s kroničnim tijekom bolesti), širi fokus na različite ishode liječenja (usporedba uspješnih i neuspješnih ishoda liječenja), te usporedbe (ne)efikasnosti različitih pristupa u tretiranju ovoga poremećaja, predstavljaju samo neka od ograničenja dosadašnjih istraživanja. Prema spoznajama koje su opisane u ovom preglednom radu, relativno mali broj studija uspoređuje skupine bolesnika koji su na svom teškom putu oporavka od bolesti uspješno došli do stadija održavanja i one skupine kod koje je nastupila regresija na početne stadije promjene, poput stadija predkontemplacije ili kontemplacije. Zanimljivo bi bilo istražiti čimbenike po kojima se ove dvije skupine razlikuju. U budućim istraživanjima prednost bi trebalo dati primjeni ANSOCQ ljestvice^{4,50} koja uzima u obzir multisimptomatsku kliničku sliku AN, fokusirajući se na njene tjelesne, psihološke, kognitivne, emocionalne i bihevioralne simptome. Međutim, većina istraživanja koja su primjenjivala ANSOCQ mjerni instrument koristili su se ukupnim rezultatom na ovoj ljestvici kao pokazateljem motivacije za promjenom, te su istog koristili u svrhe predviđanja povećanja tjelesne težine i poboljšanja tijeka same patologije. Isto tako, kao jedan od glavnih indikatora poboljšanja zdravstvenoga statusa bolesnika, odnosno promjene, većina je autora koristila varijable poput tjelesne težine ili postignutih rezultata na nekim inventarima (npr. inventar simptoma poremećaja hranjenja i jedenja, inventar simptoma depresije). No, uz prethodno navedene indikatore, svakako bi bilo korisno uključiti varijable poput zadovoljstva postignutom promjenom, pravilnosti menstrualnoga ciklusa, stavova o novim hranidbenim

navikama. Navedeno bi bilo iznimno vrijedno uzeti u obzir zbog toga što neki tretmani mogu biti uspješni, ovisno o samoj operacionalizaciji ishoda. Konkretnije kazano, dobitak na tjelesnoj težini ne znači da je osoba zadovoljna, te da ima pozitivan stav o sebi. Drugim riječima, konkretna osoba može i dalje biti u novom stanju ambivalencije. Neka od pitanja koja se nameću su: pokazuju li različite mjere motivacije za promjenom slične rezultate kada je riječ o AN? Koji čimbenici razlikuju osobe koje se odluče za tretman čiji se konačni ishod pokaže uspješnim u odnosu na one osobe koje se na svom putu prema oporavku susretnu s posrtajima, te se, samim time, vraćaju na prethodne stadije promjene? Kojim mjernim instrumentom najefikasnije predvidjeti odustajanje od tretmana? Odgovore na navedena, kao i druga pitanja koja se, barem dijelom, razmatraju u ovom preglednom radu, moguće je dobiti budućim istraživanjima ove problematike.

Zaključak

Zaključno, AN predstavlja kompleksan poremećaj koji se često opisuje u terminima motivacijskog deficita glede promjene, te je stoga identificiranje korelata motivacije za promjenom i prediktora ishoda u tretmanu, od ključnog značaja. Dosadašnja istraživanja ukazuju na efikasnu primjenu TTM-a kod AN, a navedeno se može postići primjenom različitih mjernih instrumenata koji su konstruirani na temelju ovoga modela. Neki od njih, odnosno mjerni instrumenti koji su specifični za simptom poremećaja (RMI, RMQ ili ANSOCQ) pokazali su se relativno dobrim prediktorima kliničkih ishoda u tretmanu, no međutim, potrebna je njihova validacija i adaptacija za hrvatske uzorke. Nalazi istraživanja donekle su potvrdili glavne postavke TTM-a kada je riječ o njegovoj evaluaciji na AN-i, pri čemu podaci upućuju na značajne povezanosti procesa promjene, samoefikasnosti, te prednosti i nedostataka AN sa stadijima promjene i motivacijom za promjenom. Pored toga, dosadašnji nalazi idu u prilog TTM-u, ističući kako su povoljni ishodi u tretmanu povezani s nižim rezultatima na podljestvici predkontemplacije i višim rezultatima na podljestvicama kontemplacije i akcije. ITM, psihopatološki simptomi, ozbiljnost simptoma, te (samoinicijativno) uključivanje u sustav zdravstvene skrbi, samo su neki od korelata koji omogućuju predikciju (ne)spremnosti na promjenu, kao i ishoda u tretmanima AN. Pregled dosadašnjih istraživanja koji je ponuđen u okvirima ovoga rada s istaknutim smjernicama za daljnja istraživanja mogao bi, barem dijelom, pružiti pomoć u kliničkom radu prilikom koncipiranja i same primjene tretmana u liječenju AN.

Literatura

1. Herzog DB, Sacks, NR, Keller MB, Lavori PW, von Ranson KB, Gray HM. Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32:835-842.
2. Garfinkel PE, Garner DM, Molodofsky H. The role of behavior modification in the treatment of anorexia nervosa. *J Psychiatr Psychol.* 1997;2:113-121.
3. Mander J, Teufel M, Keifenheim K, Zipfel S, Giel KE. Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry.* 2013;13:111.
4. Wade TD, Frayne A, Edwards SA, Robertson T, Glichrist P. Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009;43:235-43.
5. Dejong H, Broadbent H. A systematic review of dropout from treatment in outpatients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2012;45:635-647.
6. Kahn C, Pike KM. In search of predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2001;30:237-244.
7. Surgenor LJ, Maguire S, Beumont P. Drop out from inpatient treatment for anorexia nervosa: can risk factors be identified at point of admission? *Eur Eat Disord Rev.* 2004;12:94-100.
8. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1997;22:339-360.
9. Haus C, Godart N, Foulon C, et al. Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Res.* 2014;3:421-426.
10. Bandini S, Antonelli G, Moretti P, Pampanelli S, Quartesan R, Perriello G. Factors affecting dropout in outpatient eating disorder treatment. *Eu Weight Disord.* 2013;11:179-184.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51: 390-395.
12. DiClemente CC, Schlundt D, Gemmell L. Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *Am J Addict.* 2004;13:103-119.
13. Sutton S. Can Stages of Change provide guidance in the treatment of addictions? A critical example of Prochaska and Diclemente's model. In: Edwards G, Dare C. Ed. *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions.* Cambridge: Cambridge University Press, 1996;189-205.
14. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 1997;12:38-48.
15. Green J, Philipou A, Castle D, Cistullo L, Newton R. An evaluation of the predictive validity of the URICA and ANSOCQ scales for weight gain in adults with AN in an outpatient eating disorders program: a prospective cohort study. *Int J Eat Disord.* 2017;15:50.
16. Green J, Philipou A, Castle D, Cistullo L, Newton R. An evaluation of the predictive validity of the URICA and ANSOCQ scales for weight gain in adults with AN in an outpatient eating disorders program: a prospective cohort study. *Int J Eat Disord.* 2017;5(50).
17. Dray J, Wade TD. Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? *Clin Psychol Rev.* 2012;32: 558-565.
18. Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol.* 2012;67:143-154.
19. Ratkajec Gašević G, Dodig Hundrić D, Mihić J. Spremnost na promjenu ponašanja – od individualne prema obiteljskog paradigmi. *Kriminologija i socijalna integracija.* 2016;24:50-83.
20. Pokrajac-Bulian A, Tkalčić M, Guina T, Štimac D. Primjena transteorijskog modela u ispitivanju procesa promjene u pretilih osoba. *Psychological Topics.* 2005;14(2).
21. Rieger E, Touyz SW, Beumont PJV. The Anorexia nervosa stages of change questionnaire. Information regarding its psychometric properties. *J Eat Disord.* 2002;32:24-38.
22. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. applications to addictive behavior. *Am Psychol.* 1992;47:1102-14.
23. Noordenbos G. Important factors in the process of recovery according to patients with anorexia nervosa. In: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W. Ed. *The course of eating disorders: Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa.* New York: Springer-Verlag, 1992;304-322.
24. Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev.* 1998;18:391-420.
25. Blake W, Turnbull S, Treasure J. Stages and process of change in eating disorders. Implications for therapy. *Clin Psychol Psychoter.* 1997;4:186-191.
26. Hillen S, Dempfle A, Seitz J, Herpetz-Dahlmann B. Motivation to change and perceptions of the admission process with respect to outcome in adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry.* 2015;15:140.
27. Hasler G, Delsignore A, Milos G, Buddeberg C, Schnyder U. Application of Prochaska's transtheoretical model of change to patients with eating disorders. *J Psychosom Res.* 2004;57:67-72.
28. Touyz S, Thornton C, Rieger E, George L, Beumont P. The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12 S1:i65-i71.
29. Calugi S, El Goch M, Conti M, Dale Grave R. Depression and treatment outcome in anorexia nervosa. *Psychiatry Res.* 2014;218:195-200.
30. Munõz P, Quintana JM, Las Hayas C, Padierna A, Aguirre U, Gonzalez-Torres MA. Quality of life and motivation to change in eating disorders: perception patient-psychiatrist. *Eat Behav.* 2012;13:131-134.

31. Geller J. What a motivational approach is and what a motivational approach isn't: reflections and responses. *Eur Eat Disord Rev.* 2002;10:155-160.
32. Jordan PJ, Redding CA, Troop NA, Treasure J, Serpell L. Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eat Behav.* 2003;3:365-385.
33. Hotzel H, von Brachel R, Schlosmacher L, Vocks S. Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. *J Eat Disord.* 2013;1:38.
34. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif.* 1992;28:183-218.
35. Geller J, Drab DL. The readiness and motivation interview: a symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 1999;7:259-278.
36. Sullivan V, Terris C. Contemplating the stages of change measures for eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2002;9:287-291.
37. Geller J, Cockell SJ, Drab DL. Assessing readiness for change in the eating disorders: the psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychol Assess.* 2001;13:189-198.
38. Geller J, Zaitsoff SL, Srikameswaran S. Beyond shape and weight: Exploring relationship between non-body determinants of self-esteem and eating disorders symptoms in adolescent females. *Int J Eat Disord.* 2005;32:344-51.
39. Geller J, Brown KE, Zaitsoff SL, Menna R, Bates ME, Dunn EC. Assessing readiness for change in adolescents with eating disorders. *Psychol Assess.* 2008;20:63-69.
40. Rieger E, Touyz S, Schotte D, et al. Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2000;28:387-96.
41. Gusella J, Butler G, Nichols L, Bird DA. Brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: its application to group therapy. *Eur Eat Disord Rev.* 2003;11:58-71.
42. Geller J, Brown KE, Srikameswaran S, Piper W, Dunn EC. Psychometric properties of the Readiness and Motivation Questionnaire: a symptom specific measure of readiness for change in eating disorders. *Psychol Assess.* 2013;25:759-768.
43. McConaughy EA, DiClemente CC, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychol Psychoter.* 1989;26:494-503.
44. Treasure JL, Katzman M, Schmidt U, Troop N, Todd G, de Silva P. Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behav Res Ther.* 1999;37:405-418.
45. Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosom Med.* 2010;72:656-663.
46. Ackard DM, Croll JK, Richter S, Adlis S, Wonderlich A. A self-report instrument measuring readiness to change disordered eating behaviors: the eating disorders stage of change. *Eat Weight Disord.* 2009;14:e66-76.
47. Mander J, Teufel M, Keifenheim K, Zipfel S, Giel KE. Stages of change, treatment outcome and therapeutic alliance in adult inpatients with chronic anorexia nervosa. *BMC Psychiatry.* 2013;9:111.
48. Cockell SJ. A decisional balance measure of readiness for change in anorexia nervosa. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada, 2000.
49. Ametller L, Castro J, Serrano E, Martinez E, Toro J. Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46:394-400.
50. Thiels C. Forced treatment of patients with anorexia. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:495-8.