

ЮЗУ „НЕОФИТ РИЛСКИ” – БЛАГОЕВГРАД
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
КАТЕДРА „ПСИХОЛОГИЯ”

Десислава Асенова Иванова

**Обучение в компетентности за справяне
с проблема съзависимост**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

**НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА
ОБРАЗОВАТЕЛНО-НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”**

Научен ръководител: доц. д-р Стоил Мавродиев

**Благоевград
2013**

Дисертационната работа съдържа 181 стандартни страници, включително библиография и приложения на методическия инструментариум.

Разработката е онагледена с 27 таблици и 22 графики. Библиографията съдържа 123 заглавия, от които 80 на кирилица, 43 на латиница.

Защитатата на дисертационния труд ще се състои на 26.06. 2013г. от 13 часа в зала 210А на ЮЗУ „Неофит Рилски“, на открито заседание на Научното жури.

У в о д

В най-общи линии наркоманията – това е употребата на наркотици, тоест психоактивни вещества. По отношение на тази формулировка няма съществени различия в научните изследвания и публикации. В психологическата наука съществуват множество теории, които обясняват възникването и развитието на зависимостите (Ескоотадо, 2001:27). Но едва отскоро, преди не повече от 30 години, психолозите започват да изучават състоянието, при което близките на лица, употребяващи наркотици, формират набор от неефективни копинг стратегии (модели) в усилията си да се справят с проблема. За първи път американските психолози наричат този стремеж *съзависимост*. Специалистите, които работят, както със зависими, така и с техните близки, си дават сметка, че наркоманията е явление много по-сложно и многостранно и не се изчерпва единствено и само с последствията от взимането на определено вещество.

Всъщност съзависимостта не е по-безопасна и по-малко разрушителна от „обикновената“ наркомания и хората с този проблем също се нуждаят от помощ. В Русия и в други европейски страни (Полша, Германия, Франция) първите групи за психологическа подкрепа на съзависими лица от семейства на алкохолици или наркомани вече са факт. В Америка, съзависимите с електуват в центрове посредством специализирани програми в защитена терапевтична среда (Добринов, 2007:18).

В България това схващане още не е прието. Проблемите със зависимостта на член от семейството са обект на редица изследвания, но тези изследвания не са насочени към изучаване влиянието на зависимия върху останалите членове на семейната структура. Вероятно главната причина се състои в това, че проблемът все още не е „открит“ за българската психологическа практика и голяма част от практикуващите, все още *не възприемат концепцията, че страдащите от този вид разстройства също се нуждаят от консултиране и психологическа подкрепа* (Швед, 2001:39).

Необходимостта от изучаването на психологическите механизми на съзависимостта е безспорна. Особено внимание изисква следният феномен: дори когато съжителстващите със

зависим признават проблема с веществото на член от семейството, те отричат или омоловяват влиянието му върху тях самите (Johnson, Bassin & Shaw, 2004).

Ето защо, считаме, че нашето изследване, насочено към изучаване на съзависимото поведение и към формиране на компетентности за неговото преодоляване, може да бъде отправна точка в развитието на система от услуги в помощ на съзависимите в България.

В подкрепа на гореизложеното е и работата ми, повече от дванадесет години, в Общинския съвет по наркотични вещества към Община Благоевград, която всекидневно ме сблъсква със съдбите на семействата на зависими лица. Проблемите, които злоупотребата с вещества прездизвиква, както при зависимия, така и в семейната система нямат еднозначен отговор и не се преодоляват лесно. Повечето родители, не са си и помисляли, че това може да се случи с тях, в тяхното семейство. Когато обаче това е факт, семейството най-често изпада в колапс. Работата със семействата, които, след първоначалния шок, осъзнаят, че само, ако се обединят имат потенциала да се борят за оцеляване на детето си и като семейство е значително по-продуктивна. Случаите, в които родителите, отричат, омаловажават или крият проблема, преди да потърсят специализирана помощ, за съжаление, са значително по-трудни за повлияване с благоприятен изход.

Особено е трудно да се дават съвети за безпроблемно излизане от този семеен катаклизъм, още повече, че на този етап в България липсват, както необходимите условия за последователност в лечението, рехабилитацията и ресоциализация на зависими лица, така и подготвени специалисти, които да работят с поединично оцеляващите в подобна ситуация родители. Няма еднозначен отговор или универсална предписания, които да предоставиш на засегнатите. Всяко семейство е уникално и носи своята специфика. Всяко семейство по свой начин реагира и търси своя път за излизане от проблема.

Изказваме благодарност на Негово Високопреосвещенство Неврокопския Митрополит Натанаил, за разрешението обученията с майките от Благоевград да се проведат в Православния център към Неврокопска света митрополия в Благоевград. Благодарим на ръководителя на Православния център – г-жа Мирела Кючукова, чиято безрезервна подкрепа в процеса на работата в групите, ценим високо.

Изказваме благодарност, също така, на доц. д-р Соня Тотева – за съдействието и безвъзмездното предоставяне на помещението на Българската асоциация по профилактика на наркоманиите при провеждането на обученията с майките от гр. София.

Първа глава ТЕОРЕТИЧНА ПОСТАНОВКА НА ПРОБЛЕМА

1.1. Понятието зависимост в съвременната теория за наркоманиите

Зависимостта от наркотици е световен проблем, който засяга както личността, така и обществото. Макар че, случаи на пристрастяване са описани още от древността, а различни вещества с наркотично действие от растителен или изкуствен произход са се използвали в религиозната и медицинската практика от най-древните племена и народи, терминът зависимост, както днес ние говорим за него, се обособява за първи път през XX век.

В основата си значението на думата *зависимост* (*addiction*) идва от латинското *addicere*, което означава силно влечение при всякакъв вид поведение – било то положително или отрицателно (Башари, 2003:9) Между 1950 и 1980г. схващането за зависимостта е свързано преди всичко с фармакологичното привикване, т.е. физическата зависимост от дадено вещество. И макар че невробιологичният субстрат на физическата зависимост вече е напълно установен, фармакологичните схеми не могат да обяснят комплексът от патопсихологически промени у личността, формулиран като психическа зависимост (Дьони и Сенон, 2003:86).

Поради това след 1980г. проблемът зависимост постепенно се центрира върху личността с адиктивно поведение. Възникват редица психологически теории за обяснение на действащите модели на патологично привикване.

През 1993г. Световната здравна организация (СЗО) дава определение за зависимостта като комбинация от физически, поведенчески и когнитивни прояви с различна сила. Задължителни характерни черти са силна обсебия в постоянното търсене, намиране и поглъщане на наркотика. Причините за зависимостта и проблемните резултати от това могат да бъдат биологични, психологични или социални и обикновено между тях има взаимовръзка (WHO Expert committee on drug dependence, 1993).

През последните години се наложи *био-психо-социалният* или *поведенчески модел* на зависимости. Разпространени са

две диагностични системи: Международна класификация на болестите (МКБ-10, 1992) и Американската система, предложена от Американската психиатрична асоциация – Диагностично и статистично ръководство на психичните болести (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 4th. ed., rev.p, 2000).

В България се работи с Международната класификация на болестите (10-та ревизия, 1992).

В Международната класификация на болестите, под F1 (МКБ-10, 1992:156) са кодирани всички психологически и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества. Описани са вредната употреба (F10.1, F17.1), синдром на зависимост (F10.2, F17.2), синдром на отнемане (абстинентно състояние) (F10.3).

Дефинициите на тези базисни концепти са следните:

Вредна употреба: Начин на употреба, който уврежда здравето. Увредата може да бъде физическа (като в случая с хепатита вследствие самоинжектиране на психоактивни субстанции) или психическа (например, епизоди на депресивно разстройство вследствие на хронична употреба на алкохол) (Леш, 2011:58).

Синдром на зависимост: съчетание от физиологични, поведенчески и когнитивни явления, които се развиват след повтаряща се употребата на вещества, при които употребата на определено вещество или клас от вещества, придобиват много по-висок приоритет за дадено лице, отколкото другите видове поведения, които в миналото са имали по-висока стойност (Виле, 1998:5; Даскалов, 2001:6). *Наличие на зависимост се установява, когато са налице три или повече от следните показатели през определен период през последните 12 месеца:*

- Силно желание или чувство на вътрешна принуда да се приемат психоактивни вещества;
- Нарушена способност за контрол върху приема на психоактивното вещество по отношение на началото, края или нивото на употреба;
- Приемане на психоактивното вещество с цел облекчаване на абстинентни симптоми и със знанието, че това помага;
- Физиологично състояние на абстиненция;

- Данни за повишен толеранс, като нужда от по-високи дози за постигане на ефект, който първично се е постигал с по-ниски дози;
- Стесняване на личния репертоар от начини на употреба на веществото;
- Прогресивно отпадане на алтернативни удоволствия или интереси за сметка на употребата на психоактивното вещество;
- Продължаване на употребата, въпреки наличието на очевидни вредни последици (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:208-209).

Синдром на отнемане (абстинентно състояние): Група от симптоми с различна тежест и съчетание по между си, които се появяват след пълното спиране или намаляване приема на веществото, употребявано редовно и обикновено за дълъг период от време и/или във високи дози. Началото и ходът на състоянието са времево ограничени и са свързани с типа на психоактивното вещество и дозата, приета непосредствено преди прекратяването или намаляването на употребата (Василев, Канчелов, Арсенов и Александрова, 2002:15; Леш, 2011:60).

Основна описателна характеристика на синдрома на зависимост е желанието – силно, понякога непреодолимо – да се приемат вещества. Зависимостта е разстройство със сложна био-психо-социална генеза и хронично-рецидивиращ ход на протичане (Куценок, Димитров, 2004:118).

Зависимите поведения се придобиват чрез комбинираното влияние на етиопатогенетични фактори – биологични, психологични и социокултурални. Според Беншоф и Яниковски някои могат да повлияят задържането на зависимостта през определен период, а други, например терапевтични интервенции, да подпомогнат прекратяването на злоупотребата с дрога (Benshoff & Janikovsky, 2000:55-56).

По отношение на лечението, експертите в областта на зависимостите и зависимото поведение са единодушни. Както при всички останали хронични състояния, лечението на зависимостта е дълготраен процес за постигане на стабилна ремисия и трайно възстановяване (Виле, 1998:58; Фойерлан, 2000:82). Екщайн (2003) е убеден, че нито

медицината и психиатрията, нито затворът са способни да се справят с наркоманиите. Основната идея е, че зависимостта от наркотици е резултат на психо-социално развитие и оттук нейното лечение трябва да бъде на първо място социално, терапевтично и образователно (Рехабилитация и реинтеграция на злоупотребяващи с наркотици, Психиатрия, брой 2(4), 2003:8-9).

1.2. Психологически подходи при изучаването на зависимостта

Стремешът на психолозите да вникнат в процеса на развитие на зависимостта и да подпомогнат създаването на ефективни стратегии за справяне с проблемите на зависимото поведение насочват усилията им към разработване на теоретични психологически модели, предлагащи обяснение на действащия механизъм на зависимостта (Леш и др., 2011:15).

Основните психологически подходи към проблема зависимост произтичат от водещите направления в психологията и най-разработваните психологически теории.

Схематично различаваме следните психологически подходи към проблема зависимост:

1) Бихевиорален подход

Привържениците на това направление в психологията отстояват тезата за непрекъснатото влияние, което социалното обкръжение оказва върху човека. Според бихевиористите позитивните връзки на зависисимия с общество се ограничават до контактите с членовете на наркоманната група. От гледна точка на психологическата структура, зависимият принадлежи към типа личности, които имат нисък праг на болка и емоционален стрес. Ако липсват близки контакти с хора от неговата група, той губи чувството си за увереност. Поради „недоимък” в социалното си развитие, зависимия се старее да избягва поемането на каквато и да било отговорност и е крайно недружелюбен и недоверчив към тези, които му вменяват такава. Ето защо обединението на зависимите в групи се явява една от социалните потребности, присъщи на наркоманията (Башари, 2003:23). Членовете на тези групи са обединени от необходимостта да си набавят наркотик. В такива групи няма йерархия, всички членове имат равни права и практически никакви отговорности помежду си. Попаднал в такава група,

зависимия, трудно се откъсва от нея, тъй като тя му предлага всичко, което не може да получи в реалния свят.

В наркоманната група, всички са като него. Ако излезе от нея, той се озовава в друг свят, където среща неразбиране, осъждане, отчужденост, агресивност, не само от страна на собственото му семейство, но от обществото като цяло. Макар че, в значителна степен обществото е отговорно за възникване на наркоманията като болест, то отблъсква зависимия. Зависимите се стремят да се обединят в групи и тъй като влиянието на социалното обкръжение е определящо, те продължават да убиват себе си и другите.

Някои бихевиористи (Hull et al., 1943) изказват предположение, че нарушенията в поведението могат да се формират под влияние на други хора и зависят от честотата на контактите с тях. Това предположение, обаче не е потвърдено с данни от научни изследвания: има достатъчно подрастващи, които живеят в неблагоприятни материални и семейни условия, в непрекъснат контакт са с хора, злоупотребяващи с вещества, но при все това са резистентни и не стават зависими (Fisher & Harrison, 1999:23-24).

Ако разгледаме типичното за зависимия поведение, ще установим, че то е насочено към придобиване и използване на наркотичното вещество: нито закона, нито полицията, нито контрола от страна на обществото или семейството, нито отсъствието на материални средства или каквото и да било друго препятствие, считано за непреодолимо от човек, който не страда от наркомания, би могло да спре зависимия. При това цялата тази сложна верига от поведенчески актове и събития завършва с положително подкрепяне със силно преживян телесен компонент.

Отказа от наркотика означава отказ от този модел на поведение в полза на действия в неструктурирана враждебна среда, при това с ниска вероятност за успех. Именно анализа на зависимостта като сложна система на поведение в социалната среда, поставя пред разработващите рехабилитационни програми изключително сложен проблем: да формират у зависимия в ремисия, такъв модел на поведение, който да му предостави висока ефективност в общността в противовес на „наркоманното“ поведение. Ако рехабилитационната програма не дава ясен отговор на

въпроса: „Какво ще получа в замяна?“ – то тя е нискоефективна (Дьони и Сенон, 2003:91-92).

2) Когнитивен подход

Най-широко прилагана при обяснението на причините и следствията от зависимостта в рамките на когнитивния подход е концепцията за локуса на контрола (Rotter, 1966, Lefcouter, 1976). Според тази концепция част от хората обясняват своето поведение с вътрешни причини, а друга – с външни обстоятелства. Зависимите приписват причините за своите действия на външни обстоятелства. Поради това, според поддръжниците на тази концепция, една от причините за зависимия да не може да спре употребата на наркотици е отсъствието на вътрешен контрол. Този подход помага да се разкрие сложността на взаимодействие между индивида и възникващите ситуации, но неговите представители не разясняват защо част от хората виждат причините за своето поведение в себе си, а друга част – в другите. Освен това проведените изследвания в последните години потвърждават, че въпроса за локуса на контрола при зависимите не би могъл да се реши еднозначно и категорично. Като по-надеждни и достоверни биха могли да се считат данните относно спецификата на когнитивните процеси при зависимите. Така например са налице данни, че при опиоиден тип наркомания се наблюдава деградация на въображението, бедност на мисленето, понижаване адекватността при възприемане невербалното поведение на други хора (Леш и др., 2011:23).

3) Психоаналитичен подход

Психоаналитичните изследвания в областта на наркоманията се свеждат основно до обяснение на възникването на зависимостта като дефект в психосексуалното съзряване, водещ към орална неудовлетвореност и орална фиксация (Лапланш и Понталис, 2009:268). Друго обяснение на наркоманията според Строцка (1982), в рамките на психоаналитичния подход, се явява фиксацията на аналния стадий или на аналния и оралния едновременно (Строцка, 1982 по Леш, 2011:22). Според тези обяснения, зависимостта се разглежда като регресия, която може да бъде спряна чрез отстраняване на тази регресия. Но тъй като тя никога не може

да бъде изцяло удовлетворена, то фрустрираната личност реагира враждебно и ако се затвори в себе си, то това довежда до психическо и унищожение. За такъв тип хора, счита Феничел (Fenichel, 2006), наркотикът се явява средство за освобождение от фрустрацията чрез предизвикване на еуфория. Общественото осъждане, съпровождащо употребата на наркотици, само усилва враждебността и едновременно с това води до усилване на чувството за вина. Зависимият е безотговорен и неспособен да постигне успех в нито една област на обществена или икономическа дейност.

Неговата връзка с реалността е нарушена, а начинът на защита от неблагоприятни въздействия – неефективен. Зависимите са „програмирани“ само да си доставят и употребяват наркотика. Те не ценят отношенията с другите и се интересуват само от собственото си удоволствие и действието на психоактивното вещество. Непълноценните връзки с другите са следствие от непълноценния „Аз“ на зависимия за когото либидото се явява „размито еротическо понятие“. Независимо от това, че много психоаналитици разглеждат наркоманията като своеобразна разновидност на мастурбацията, по-задълбоченият анализ открива наличие на вътрешноличностов конфликт, достигащ оралния стадий на психосексуално развитие. Същността на този регрес е в това, че личността се връща към този период от развитието си, когато не е имал проблеми, не е изпитвала страх или вина. В случая регреса означава слабост на „Аз-а“ пред болката и фрустрацията (Лапланш и Понталис, 2009:266).

Трябва да отбележим, че тези позиции не са подлагани на критика или редакция в психоанализата, макар че отдавна е известно: с психоаналитични методи е невъзможно да се „излекува“ зависимостта към вещества. Може да се предположи, че психоаналитичния подход се оказва неефективен в лечението на зависимости, тъй като наркоманията не е пряк резултат от взаимоотношенията детеродител и травмите в детството (Klein, 1972, по Леш и др., 2011:24).

Наркоманията се развива в юношеска възраст на основата на актуалното общуване дете-възрстен и/или в юношеска среда на психическо напрежение. Предполага се, че първично, именно в сферата на междуличностните взаимоотношения,

възникват предпоставки за развитие на зависимото поведение. Реалният опит в работата със зависими лица опровергава психоаналитичните амбиции и изисква разработването на специфични методи, приложими в психотерапията на зависимости (Дьони и Сенон, 2003:95).

4) Транзакционен анализ

В теорията на Ерик Бърн не можем да открием ясно определение и разбиране за същността на наркоманията. В съответствие с неговата теория личностното развитие протича нормално, когато най-важните аспекти в него: Родител, Възрастен и Дете са в хармония помежду си (Бърн, 1992:72). Дори когато имат сериозно вътрешни конфликти, тези хора, които са с добри Аз граници, са способни да балансират Родителя, Възрастния и Детето така, че да „позволят“ на всеки от тях да изпълнява своите функции. Във връзка с това схващане, Гулдинг (Goulding, 1979) изказва предположение, че при зависимия доминира едно негово състояние – това на Детето или едно от неговите състояния е „поражено“ от друго.

Наркоманията, също така, може да бъде разглеждана като игра, в която всеки участник (членове на семейството, близко обкръжение, „спасители“, организации) заемат определена позиция. Играта, по своята същност е изкуственост в поведението, невъзможност да се постигне спонтанност (Дьони и Сенон, 2003:156). Когато отсъства искреността – тече проиграване на създадени привични ситуации. В играта всеки от участниците, като да получава определена изгода, но няма възможност да разрешава дадения проблем и да прави това, което би довело до излизане от него. Такива взаимоотношения фиксират психическата зависимост от наркотици. Игрите, могат да бъдат разглеждани и като част от по-широки и сложни транзакционни ансамбли, наричани сценарии (Берн, 1992:75). Сценариите се отнасят към феномените на психологическия пренос, явяват се производни или по-точно адаптация на инфантилни реакции и опити. Това сложно транзакционно съчетание е циклично.

Психологическият анализ на сценариите, подпомага вникването в същността на такова сложно явление като съзависимостта в семейството на зависимия. Независимо, че в транзакционния анализ липсва разработена концепция на

зависимостта и зависимото поведение, теорията на Ерик Бърн и конкретно концепцията за егосъстоянието има голям теоретичен и практически потенциал за проучване на психологическите феномени на зависимостта и съзависимост.

5) Системен подход

От позициите на системния подход, наркоманията се определя като системен комплекс, който включва елементи, различни по своята природа, ниво и динамика. Според Бранко Гачич, ако разглеждаме зависимостта от гледна точка на системната фамилна терапия, то тя е семейно заболяване, „семеен проблем“. Зависимият „въвлича“ в болестта си всички около себе си, те формират съзависимост. Съзависимостта пречатва адекватното възприемане на действителността, изкривява вътрешносемейните взаимодействия и по този начин фиксира психическата зависимост. Ако в семейството има възрастен (баща или майка), зависими от психоактивни вещества, то това оказва пагубно влияние върху детето, още преди непосредствената употреба на вещества от него самия. Децата, израстващи в такива семейства са част от една дисфункционална система и са под въздействието на комплекс от фактори, водещи към развитието на зависимост. Израствайки, тези деца, пренасят този опит в живота си на възрастни и са по-уязвими – да бъдат зависими от вещества или да съжителстват с човек, зависим от вещества (Gacic, 2002-2004, Major approaches to family therapy. - Normality, dysfunction and therapeutic goals. Course of therapy with typical alcoholic family. Key points Learning course in National Centre for Addiction, Sofia).

Очевидно, системният подход има своето място в анализа на наркоманията като сложно явление. Също така е важно да отбележим, че системният анализ на зависимото поведение води до заключението, че факторите на формиране и фиксация на зависимостта от вещества са различни, както по произхода си, така и по своята структурна сложност и насоченост. Според Вацлавик, Бивин и Джаксън, в случаите на зависимост се сблъскваме с такъв вид системи, чиито специфични особености не са намерили отражение в изследванията по системна проблематика (Вацлавик, Бивин и Джаксон, 2000:158).

Като цяло, липсват сериозни системни изследвания в областта на младежката наркомания. От своя страна, църквата, обезпокоено от размерите и ръста на проблема, също се намеси като насочи вниманието към духовните предпоставки за това негативно явление. В Русия, Йеромонах Анатолий (Берестов) заяви необходимостта зависимите младежи да бъдат обгрижвани чрез духовно приобщаване към вярата и религиозните норми на живот.

С неговата активна подкрепа са обучени православни психолози и психотерапевти и в Москва от 1999г. функционира Православен център за духовно обгрижване и рехабилитация „Св. Йоан Крондщатски“ (Йеромонах Анатолий (Берестов), 2003:69-70).

В рамките на съществуващите днес направления в психологията не бихме могли да открием нито една теория или концепция, която би могла изцяло да обясни феномените, свързани с употребата на наркотици, без да прибегва към заимствания от други теории, игнорирайки това, което не може да обясни или използвайки като изходни положения понятия, които нямат логическа или теоретическа обосновка.

1.3. Понятието съзависимост в съвременната теория за наркоманиите

Понятието „съзависимост“ се появява на психотерапевтичната сцена в края на седемдесетте години на XX век (Naaken, 1995:397). Няколко американски психолози биха могли да претендират за първенство при формулировката на термина. Сред тях са водещи фигури в областта на съзависимостта като Сондра Смоли (1972), Робърт Брадшоу (1973), Робърт Съби и Джон Фрийл (1984) (по Бийти, 2004:72).

Безспорно е обаче, че терминът се използва едновременно в няколко възстановителни центрове в Минесота в Америка – средище на борбата със зависимостите и се свързва с програмите за лечение на разстройства вследствие употребата на наркотици (Wells et al., 1999:64). Той служи за описание на хора, чийто живот е силно повлиян от

взаимоотношенията им с човек, зависим към психоактивни субстанции. Съзависимият брачен партньор, дете или родител на наркомана или алкохолика, развива нездравословен модел на справяне с живота в резултат на съжителството със зависимия (Friel, 1985:21; Subby, 1987:119; Whitefield, 1989:28).

Специалистите наблюдават процес, при който хората, които поддържат близки взаимоотношения със страдащ от зависимост към психоактивни вещества, развиват физическо, психическо и емоционално състояние, подобно на зависимостта. За да обозначат това състояние, първоначално използват различни думи, най-вече от професионалния жаргон, превърнали се по-късно в синоними на понятието съзависимост – съзависим, съалкохолик, неалкохолик, паразависим. Според Дъглас и Минтън, основната идея в случая е, че съзависимите са хора, чийто живот е станал неуправляем в резултат на обвързване със зависим (Duglas& Minton, 1993).

На I^{-та} Конференция по съзависимости в САЩ (Аризона, 1989) се дава определение, според което съзависимостта е устойчиво състояние на болезнена зависимост от импулсивни (т.е., ставащи неуправляеми) форми на поведение и от мнението на други хора, формиращи се при опита на човека да придобие увереност в себе си, да осъзнае собствената си значимост, да определи себе си като личност (има се предвид, че тези опити се реализират по неверен път (по Бийти, 1997:67)).

От тогава, началото на 70^{-те} години на XX век до сега, определението на понятието съзависимост се е разширило. Специалистите започват да разбират по-добре влиянието, което зависимият към психоактивни вещества оказва върху семейството, както и влиянието, което семейството оказва върху него (Fuller&Warner, 2000; Batagliia, 2009). Те забелязват също така, че повечето близки хора на проблемния в семейството развиват модели на реагиране и справяне, които много си приличат. Част от работещите в тази област смятат съзависимостта за болест, при това хронична и прогресираща (Harkness et al., 2001).

Други специалисти са на мнение, че това е нормална реакция спрямо абнормна личност (Gemin, 1997:251; Dear, 1997). Често се твърди, че съзависим е онзи, който е позволил да

бъде повлиян от поведението на друг човек и е обсебен от идеята да контролира поведението на този човек.

Считаме за целесъобразно да представим някои определения, дадени от консултанти в областта на съзависимостта, представители на различни школи в психологията, които улавят същността на проблема и чиито позиции ние убедително приемаме.

Робърт Съби, формулира съзависимостта като състояние на емоциите, психиката и поведението, което се развива в резултат на продължително прилагане на набор от рестриктивни норми и правила. Това са такива правила и норми, които не позволяват открито изразяване на чувства и директно обсъждане на лични и междуличностни проблеми (Subby, 1984:109).

Ърни Ларсън, специалист по проблемите на съзависимостта я определя като онези себенавреждащи, заучени поведенчески модели или недостатъци на характера, които водят до намалена способност за създаване и участие в любящи, интимни взаимоотношения (Larsen, 1989, по Бийти, 2004:79).

Мелъди Бийти, сама преминала през центрове за лечение на съзависими, преодоляла проблема и специализирала за работа с жени във възстановителни програми нарича съзависим онзи, който до такава степен е позволил да бъде повлиян от поведението на друг човек, че да бъде обсебен от идеята да контролира поведението на този човек (Бийти, 1997:66).

Съзависимостта е начин за задоволяване на потребностите, чрез който потребностите не могат да бъдат задоволени. Този феномен се наблюдава много често при жените на алкохолиците, които попадат в капана на съзависимостта, според тях, водени от „правилни” подбуди (Asher, 2004:25).

В книгата си „Съзависимост: Танцът на наранената душа”, Джон Брадшоу дава следната впечатляваща формулировка на съзависимостта: *„Изключително тежка форма на стресово разстройство. Да си съзависим това означава да бъдеш във война със себе си – това прави невъзможно себеуважението и самосъхранението”* (Bradshaw, 1988 по Бийти, 2004:73).

Друго представляващо интерес определение на съзависимостта дават в книгата си „Как да спасим децата си от наркотиците“, руските нарколози А. Данилина и И. Данилин, според които състоянието може да бъде описано като онези *психологически особености* на взаимоотношенията между зависимия и единия (*най-често майката*) или и двамата родители, които предизвикват резки, травмиращи изменения в психологическото състояние на последните, променят структурата на личността им и препятстват не само ефективното разрешаване на конфликтната ситуация в семейството, но и самия процес на лечение (Данилин и Данилина, 2001:24).

Кое определение на съзависимостта е най-правилно? Едва ли бихме могли да посочим само едно. Някои формулировки описват причините, други резултатите, някои обхващат цялостното състояние, други – само симптомите, някои обсъждат моделите на поведение, други акцентират върху болката.

Очевидно е, че съзависимостта не може да бъде дефинирана с няколко изречения. *Сърцевината на определението*, според нас, трябва да се търси в начина, по който съзависимите са позволили поведението на зависимия към вещества да им влияе и в начина, по който се опитват да оказват влияние върху него – в онова обсебване, контролиране, ниско самочувствие, натрапливо помагане и „грижовност“, постоянен гняв и вина, проблеми в общуването и главоломно сиване на собствената идентичност.

Следователно, възстановителният процес трябва да бъде насочен към обучение в компетентности за справяне със съзависимостта чрез прилагане на по-ефективни копинг стратегии (модели). Работата за постигане на тази цел, трябва да бъде базирана на подходящи психотерапевтични модалности, които от една страна, да подготвят съзависимите за промяна, а от друга, да формират у тях увереност, че са способни да я осъществят.

1.4. Семейният модел и механизмите на неговото функциониране

Според Виттакер, като всички терапевти, семейните терапевти понякога се занимават със странни и озадачаващи случаи, но по-голяма част от работата им е с човешки съдби, сблъскали се с болезнените уроци на живота (Виттакер, 1997:52). Всяко семейство по собствен начин се препъва в едни и същи предизвикателства на семейния живот.

Част от тези предизвикателства са: да се научат да живеят заедно, да се справят с трудните роднини, да овладеят проблемите на юношеството и така нататък (Эйдемиллер, 1996:40).

Основната предпоставка на семейната терапия е, че хората са продукт на своя **контекст**. Тъй като малко хора са ни по-близки от родителите, съпрузите и децата, то поведението на индивида е силно повлияно от взаимодействията с другите членове от семейството. Эйдемиллер, счита, че е неправилно значението на контекста да се свежда до значението на семейството. Въпреки, че е истина, че непосредствената среда често е най-показателният контекст за разбиране на семейството, това не винаги е така. Поведенческият контекст и междуличностната среда включват също и познавателни измерения, такива като очаквания и предпоставки, както и влиянията извън семейството – в училище, на работното място, с приятели и от културалната среда (Эйдемиллер, 2003:108).

Често най-ефикасният начин да помогнем на хората да решат проблемите си е да се срещнем с тях и с важните **други** в техния живот, за да им помогнем да реорганизируют отношенията си.

При всяко взаимоотношение поведението на единия човек е обвързано с поведението на другия. **Допълването** се отнася до реципрочните взаимодействия, които са определяща характеристика във всяка връзка. Ако единият човек се промени, променя се и взаимоотношението – другият от семейната система е автоматично повлиян.

Според Алексиев идеята за **семеината хомеостаза** предполага наличието на известни приспособителни механизми. Когато адаптационните възможности рухнат, може да се появи психопатологична симптоматика най-малко в един от неговите членове (Практическа психотерапия, под ред. на проф.Хр.Христозов, 1988:145).

Семейните терапевти могат да помогнат на членовете от семейството да преодолеят взаимните обвинения, чувството на безпомощност, което ги съпровожда, гневът, отричането, болката – като им посочат взаимодопълването в техните действия (Сысенко, 1989:49).

Идеята за **взаимната кръгова причинност**, въведена от Бейтсън (1979), е изключително ценна за терапевтите, тъй като много семейства идват на терапия, за да открият “причината” за своите проблеми и да определят кой е отговорен. Вместо да се присъединят към тях в безрезултатно търсене на това кой какво е започнал, семейните терапевти се насочват към разрешаване на проблемите, които се поддържат от последователни, продължителни процеси на действия и реакции (Системна семейна психотерапия, 2002:86).

Стереотипите на семейните взаимоотношения лежат на мощни, но невидими структури. Поначало взаимодействията оформят структурата, но веднъж установена структурата оформя взаимодействията.

Според теоретиките на системната фамилна терапия Минучин и Никълс, **семействата са структурирани в подсистеми** – определени от поколенията, пола, общите интереси и функции – които са маркирани от междуличностни граници, невидими бариери, които регулират броя на контактите с останалите граници, запазват отдалечеността и автономността на семейството и неговите подсистеми.

Например правилото, забраняващо телефонните разговори по време на вечеря, установява граница, която предпазва семейството от натрапници. Подсистеми, които не са защитени по подходящ начин от граници, ограничават развитието на уменията за взаимоотношения. Ако на децата е позволено да прекъсват разговорите на родителите си свободно, границата, разделяща поколенията и взаимоотношенията на двойката са подкопани от родителстването.

Ако родителите често се намесват, за да разрешат споровете между децата, то децата няма да се научат да водят собствените си битки (Minuchin, Nicols, 1984; по Gacic, 2002-2004, Major approaches to family therapy. - Normality, dysfunction and therapeutic goals. Course of therapy with typical alcoholic family. Key points Learning course in National Centre for Addiction, Sofia).

Строгите граници са твърде ограничителни и позволяват само определени контакти, което води до необвързаност. Необвързаните системи са независими, но изолирани. Положителното е, че така се подхранва самостоятелността. Отрицателното е че, необвързаността ограничава топлината и привързаността. Обвързаните подсистеми осигуряват високо чувство за подкрепа, но за сметка на независимостта и компетентността. Обвързаните родители осигуряват на децата си близост, но твърде голямата близост вреди на инициативността (Системна семейна психотерапия, 2002:89).

Може да се каже, че най-продуктивната концептуална промяна, която един семеен терапевт може да направи е да се фокусира върху **процеса на общуване** или върху това **как** говорят хората, вместо върху **съдържанието**, или за какво говорят. Семействата, които търсят помощ, са фокусирани върху проблемите на съдържанието(дете, което не иска да ходи на училище, съпруг, който е безотговорен, злоупотребяващ с наркотици, алкохолик в семейството и т.н.). Съдържанието, разбира се е важно, но ако се фокусира върху съдържанието, а не върху процеса, терапевтът едва ли ще помогне на семействата да станат по-добре функциониращи системи (Вацлавик, Бивин и Джаксон, 2000:92).

За да работи със семействата, терапевтът трябва много добре да познава **семеен жизнен цикъл**. Когато говорим за жизнения цикъл, ние сме склонни да мислим за индивиди, които се движат във времето, справяйки се с предизвикателствата на дадена възраст и придвижвайки се след това към следващата. Цикълът на човешкия живот може да е последователен, но не е стабилен, непрекъснат процес. Ние напредваме на етапи, със застои или препятствия в развитието, които изискват промяна.

Периодите на ръст и промяна са последвани от периоди на относителна стабилност, през които промените се затвърждават (Эйдемиллер, 2003:90).

Идеята за **семеен жизнен цикъл** дава две неща към разбирането ни за индивидуалното развитие: когато синът или дъщерята тръгнат на детска градина или навлязат в пубертета, не само те трябва да се научат да се справят с ред нови обстоятелства, а цялото семейство трябва да се “пренастрои”. Напрежението във взаимоотношенията на едно четиринадесет годишно момче с родителите му може да се дължи на кризата

на средната възраст на баща му или на безпокойството на майката, свързано с болест на другото дете в семейството, както и на пубертета, през което самото момче минава.

Една основна характеристика, която семействата споделят с други комплексните системи е, че **те не се променят в плавни, постепенни еволюционни процеси, а с непоследователни скокове**. Важно е да се отбележи, че няма нито една точно определена и стандартна версия на семейния жизнен цикъл. Не само семействата се явяват в разнообразни форми – семейства с един родител, семейство с втори родител, семейства в съвместно съжителство с баби, дядовци и т.н., но и с различни културални, етнически и др. норми за отделните стадии.

Истинската клинична стойност на **концепцията за жизнения цикъл** не е толкова да научи какво е нормално и очаквано на даден стадий, колкото да се признае, че семействата развиват проблеми при преходите в жизнения цикъл, поради неспособност или страх да се осъществи прехода.

Всеки път, когато някой или някои от членовете на семейството развият патологични симптоми (зависимост, съзависимо поведение), концепцията за семейния жизнен цикъл ни учи, че трябва да обмислим възможността семейството да е заседнало, спънато в прехода (Ейдемиллер, 1996:39-40).

1.4.1. Сравнение на функционална и дисфункционална семейна система

Поради трудоемкостта на проучването на качествените показатели, изследванията на семейната структура са сравнително малобройни.

Сред тях бихме открили това на Джей Хейли (Haley, 1964; по Gacic, 2002-2004, Major approaches to family therapy. - Normality, dysfunction and therapeutic goals. Course of therapy with typical alcoholic family. Key points Learning course in National Centre for Addiction, Sofia). Хейли проучва задълбочено **семейната система**, като обособява следните признаци, определящи я като функционална или дисфункционална:

Таблица№1. Признаци на функционална и дисфункционална семейна система по Хейли

Функционално семейство	Дисфункционално семейство
Проблемите се признават и се търси тяхното решение	Отрицание на проблемите и поддържане на илюзиите
Поощрява се свободата (свободата на възприятията, мислите, съжденията, свободата да имаш свои чувства, желания, свобода в творчеството)	Вакуум в интимността
Всеки член на семейството има своя уникална стойност, различията между членовете на семейството се оценяват високо	«Замръзнали» правила и роли
Членовете на семейството знаят как да удовлетворят своите потребности	Личностовите граници или са или прекалено смесени или са разделени от невидима стена
Грешките се прощават и служат в процеса на учене	Всички крият грешките (те са семейна тайна) и поддържат фасада на псевдоблагополучие)
Семейните правила и нормите подлежат на промяна, има възможност те да бъдат обсъждани.	Абсолютизиране на волята и контрола. Правилата и нормите не се обсъждат.

От своя страна, руските психолози Смирнов, Добряков и Юстицкис (Системна семейна психотерапия, 2002:86), изучаващи също в продължение на години характеристиките на семейната система, обособяват следните признаци (таблица№2), които я определят като функционална или дисфункционална:

Таблица №2. Признаци на функционална и дисфункционална семейна система по Смирнов, Добряков и Юстицкис.

Функционално семейство	Дисфункционално семейство
Пластичност на ролите, взаимозаменяемост на функциите	Ригидност на ролите и функциите
Хуманни правила, способстващи хармоничните взаимоотношения и честността	Нехуманни правила, невъзможно е да бъдат спазвани
Личните граници се признават и уважават	Границите или отсъстват или са ригидни
Комуникациите са преки, чувствата са открито изразявани, можеш свободно да изразиш мнението си	Комуникациите са непряки и скрити; чувствата не са ценност
Поощрява се личностовото израстване и независимостта; способността да се обсъдят възникналите конфликти	Поощрява се или бунтарството или зависимостта и покорството; липсват умения за разрешаване на конфликтите
Изход: приемлив и конструктивен	Изход: неприемлив и деструктивен

Проучената литература, относно въпросите на функционалните и дисфункционалните модели на семейно функциониране, ни позволява да причислим съзависимостта към признаците, които характеризират една семейна система като дисфункционална.

Съзависимите се стремят да контролират зависимия, дори в неконтролируеми ситуации, често отричат или омаловажават проблема в семейството, опитват се пред околните да подържат фасада на семейно благополучие, границите при тях или отсъстват, или са прекалено ригидни.

Ето защо считаме, че обучението в компетентности чрез формиране на по-ефективни копинг стратегии за справяне (на майките на зависими лица) ще бъде фактор, който ще подобри функционирането на семейната система в посока – повече близост и споделяне на проблемите с цел предприемане на конкретни стъпки за тяхното разрешаване.

1.4.2. Динамика на семейните взаимоотношения при наличие на зависимост

Зависимостта на член от семейството към определено психоактивно вещество или клас от психоактивни вещества неизбежно нарушава взаимоотношенията вътре в семейната система (Мазурова, 2009). В част от случаите на пристрастяването на подрастващия е своеобразен катализатор на много негативни процеси, протичащи от определен период от време в семейната система. Често в работата със семейства с този проблем, психологът се сблъсква с отхвърлящи или заместващи взаимоотношения, съпругески конфликти, невротични разстройства, последствия от сексуално или физическо насилие (Yeoring, 2001). Съгласни сме също така, че от една страна, зависимостта обостря много от негативните процеси в семейството, а, от друга страна ги маскира, изтласква ги в периферията на съзнанието на неговите членове. Този феномен в съчетание с високото ниво на тревожност в семейната система, съществено понижава възможностите на психолога за работа със семейството (Москаленко, 2004: 45-46).

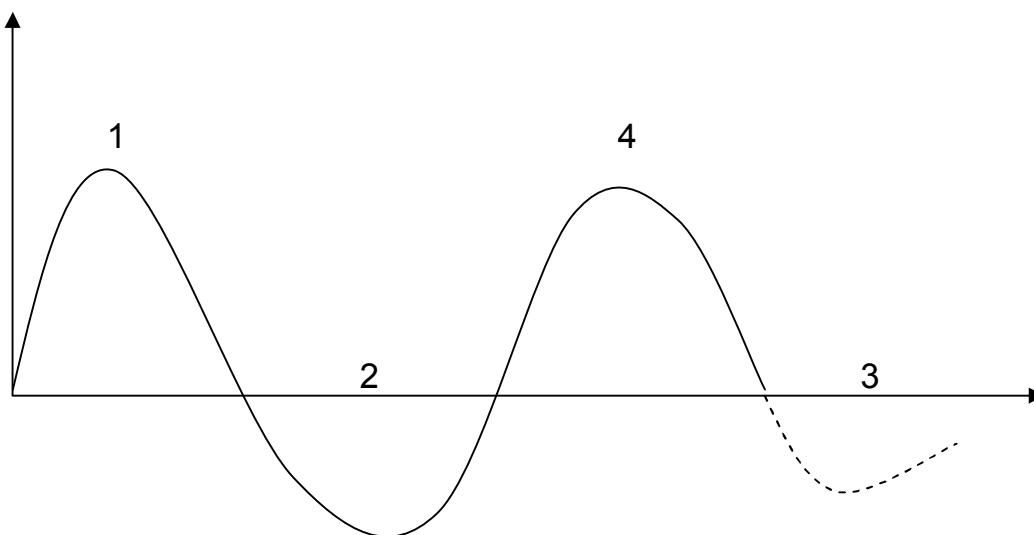
Докато зависимият е подчинен на веществото и периодично се бори със собствените си чувства на безпомощност и неуправляемост, родителите и семейството са изправени пред сложен емоционален конфликт. Безсилието, което изпитват, е свързано с факта, че не могат да предотвратят зависимостта, нито пък са в състояние да контролират поведението на детето си, докато то е забъркано с наркотиците (Москаленко, 2004: 45-46).

Стампър, която разработва и прилага програми за работа с юноши, зависими към наркотици, установява, че много от семействата „губят“ контакт с детето си, доста преди да започне да използва наркотици (Стампър, 1999: 111).

Повечето от написаното за консултиране на съзависимите членове в семействата е насочено към взаимоотношенията между възрастните. За съжаление, истината е, че макар и да не могат да контролират поведението на зависимия, родителите са и отговорни и потърпевши от онова, което той върши. Ева Войдило, специалист в лечението на зависимости, психотерапевт, установява, че неуправляемостта нерядко идва под формата на всякакви крайности, които родителите са готови да приемат, и действително го правят, за да контролират поведението на детето (Войдило, 2008:29).

Целият живот на семейството се върти около цикъла на прием на веществото¹ от зависимия. Семейният модел на съзависимост много точно е описан от руските психолози Александър Данилин и Ирина Данилина (Данилин и Данилина, 2001:30-31). Този модел най-ясно може да бъде представен графично чрез бална система с помощта на синусоидата, изобразена на графика №1.

Графика №1. Семейен модел на съзависимост по Данилин и Данилина.



¹в описаният модел на съзависимост се имат предвид семейства, в които има случай на зависимост към опиати, по-точно към хероин, но този теоретичен модел може да бъде използван при анализа на зависимост от други психоактивни вещества.

Стадий 0 – 1 – това е отрязъкът от време, от момента, в който зависимият започва да изпитва нужда и да търси начини да си набави веществото (процес на пристрастяване), до момента – точка 1, в който той употребява веществото и получава съответстващото задоволяване на нуждата си (интоксикация).

Стадий 1 – 2 – обхваща периода на развитие на абстинентна симптоматика у зависимия и е крайно болезнен, както за употребяващия, така и за всички около него.

Колкото по-често зависимият употребява наркотици, толкова по-често родителите наблюдават тази последователност. От една страна, те осъзнават, че не могат да попречат на детето си (на момента, веднага), да взима наркотици, а, от друга, че е абсолютно безполезно да разговарят с него, когато е взело наркотика. Все по-често близките на зависимия чувстват, че нямат достатъчно емоционални сили, за да реагират на периодично повтарящата се ситуация (за 20^{-ти}, 50^{-ти}... n -ти път), така бурно, както при първия път.

В зависимост от индивидуално психологическите характеристики на съответните родители на определен момент (между 20^{-ти} и n -ти път), се включват механизмите на психологическа защита. Близките на зависимия осъзнават, че не са в състояние да издържат на напора от разкъсващи ги емоции при тази неконтролируема лудост (**стадий 1 – 2**).

В **точка 2**, когато наркотикът вече е взет (тоест, нуждата е задоволена), а зависимият е в състояние да изслушва, родителите най-често започват да излагат пред детето си всички възможни доводи, заплахи, молби, с които да го откажат от употреба. Обикновено зависимият се съгласява с всичко, което чува. Той или тя, като че набират своето количество “положителни оценки”, за да компенсира собствения си срив и да загладят последствията от него.

Родителите също са удовлетворени от този **стадий (2 – 3)**. Дълбоко в себе си те осъзнават, че се лъжат, но в този момент им се иска да повярват, че най-страшното е отминало. Стампър, нарича този феномен „*семејство зад тухлена стена*” (Стампър, 1999:99). Много малко са родителите, които успяват след 25^{-ти} път да излъжат себе си. Колкото повече продължава употребата на веществото, толкова по-тревожни стават всички в семејството.

В **точка 3** ситуацията е същата както в **точка 0**. Всичко започва отново. Вече няма място за самозалъгване и родителите осъзнават, че ще последва **точка 4**, която е идентична с **точка 1**. Следват поредният цикъл и той се повтаря отново и отново.

Времето, през което съзависимият или съзависимите в семејството се опитват да бъдат спасители (и/или

преследвачи на жертвата -зависимия), може да продължи от няколко месеца до години - пет, десет или завинаги (Цыганков, 2009). *Според спецификата на конкретния случай, когато не са предприети стъпки за лечение или няма възможност за такова, съзависимостта може да доведе до редица тежки психосоматични заболявания със смъртен изход* (Whitefield,1989:33).

Изложените проблеми диктуват необходимостта от терапия. Войдило счита, че ако успеем да решим тези проблеми, преодоляването на съзависимостта се превръща във вълнуващ процес, а оздравяването в удоволствие (Войдило, 2002:8). Целта на терапията в тези случаи е да научим съзависимите да разпознават и съзнателно да се откажат от дисфункционалните ролеви модели (неефективни копинг стратегии), които са развили в резултат на съжителството си със зависимия. Оздравителният терапевтичен процес е насочен към научаване на нови форми на поведение (ефективни копинг отговори), които да им помогнат да преодолеят непоносимата болка, с която са живели дълго и да възстановят уменията сами да се грижат за себе си (Zahra&Shatar, 2011).

1.5. Същност и характеристики на съзависимостта

Нормално е да бъдем повлияни и да реагираме по някакъв начин на проблемите на околните. Нормално е също така, да се опитваме да предпазим и да помогнем на хората, които обичаме. *Разликата между съзависимостта и грижовното внимание е въпрос на степен (Махмахън,2003:146)*. Колкото по-сериозен е проблемът и колкото по-дълго остава нерешен, толкова по-голямо влияние ни оказва и по-бурно реагираме. Особено важна тук е думата **реагирам**.

Приемаме позициите на специалистите в областта на съзависимото поведение, според които независимо как подхождаме към съзависимостта и от какви методологически позиции сме я дефинирали, тя си остава *предимно реактивен процес*

(Harkness, Gretchen&Cotrell, 1997:478; Weed, 2001).

Съзависимите най-вече реагират. В повечето случаи реакцията е неадекватна – по-остра или по-слаба от необходимото. Те обаче рядко действат. Реагират на

проблемите, болките, поведението и живота на другите. Реагират на собствените си проблеми, болки и поведение.

Реакциите им са предизвикани от стреса и несигурността от съжителството със зависим и породените от това проблеми. Нормално е човек да реагира на стреса. Според специалистите, изследващи съзависимото поведение, е необходимо и важно за оцеляването на съзависимия не само да реагира, а да действа чрез по-здравословен начин. За тази цел, съзависимите се нуждаят от помощ (Wells, Glickauf-Hughes & Jones, 1999:27).

Една от причините част от изследователите да причисляват съзависимостта към болестните състояния е фактът, че повечето съзависими реагират на някакво заболяване – най-често случай на злоупотреба с психоактивни вещества или алкохол в семейството (Asher, 2004:22).

Друга причина съзависимостта да бъде смятана за болест е нейният прогресиращ ход. Колкото повече се влошава състоянието на зависимия, толкова по-енергично реагират съзависимите членове от семейството. Това, което в началото е било леко безпокойство, може да доведе до изолация, депресия, емоционално или соматично разстройство и дори до мисли за самоубийство. Отключва се верижна реакция и симптомите бързо се влошават (Frank & Golden, 1992:5-6).

Не всички изследователи на съзависимостта твърдят, че тя е болест, но тя е в състояние да разболее, както и да попречи на зависимия в семейството да се възстанови (Ошатински, 2003:97).

В процеса на развитие на съзависимостта се оформя и характерния модел на поведение – като повечето себеразрушителни схеми на действие, този модел се превръща в навик. Съзависимите повтарят обичайните действия, без да се замислят. По този начин навиците заживяват свой собствен живот. Каквито и проблеми да има зависимият, съзависимостта отключва стереотипна система от мисли, чувства и начини на действие спрямо себе си и околните, които причиняват болка. Съзависимото поведение и навици са себеразрушителни. Бийти, обръща внимание на копингите на съзависимите, които реагират дезадаптивно, спрямо човека в семейството, който съсипва живота си, като по този начин, съсипват самите себе си. Заучените схеми

(неефективни копинг модели) са насочени към опитите за контрол върху нечие поведение на зависимост (Бийти, 2004:61).

Редица автори (Friel, 1985; Harkness,& Cotrell, 1997; Whitefield,1989; Fischer&Crawford, 1992; Wells,Garrett et al.,1998; Weed, 2001), дефинират следните основни характеристики на съзависимостта, които определят всички (или поне по-голяма част) от психологическите последиствия, възникнали в резултат на съжителството със зависим:

Свърхзагриженост

Съзависимите в повечето случаи:

1. Смятат и чувстват, че са отговорни за зависимия – за неговите емоции, мисли, действия, избори, желання, нужди и като цяло за съдбата му;
2. Тревожат се, изпитват съжаление и вина при всеки възникнал проблем;
3. Чувстват се длъжни – едва ли не принудени да реагират веднага при всяка постъпка на зависимия;
4. Ядосват се, когато помощта им се окаже неефективна или безполезна;
5. Опитват се да угодят на зависимия за сметка на самите себе си;
6. Изпитват постоянно напрежение и се чувстват уморени;
7. Товарят се с прекалено много задължения;
8. Чувстват се ядосани, нервни, неоценени и използвани.

Самоподценяване

Съзависимите най-често:

1. Постоянно се самообвиняват;
2. Укоряват се за всичко, което се сетят, включително и за начина, по който мислят, чувстват, изглеждат, действат и държат;
3. Смятат, че не са достатъчно добри;
4. Чувстват се по-различни от останалите;
5. Страхуват се от отхвърляне;
6. Страхуват се, че могат да сгрешат;
7. Трудно вземат решения;
8. Срамуват се от себе си;

9. Срамуват се от проблема в семейството.

Ниска самооценка

1. Основна характеристика, която повлиява взаимоотношенията им с другите;
2. Не умеят да приемат похвали и комплименти, като в значителна част от случаите това усилва чувството им за вина
3. могат да критикуват себе си постоянно, но не понасят критика от другите;
4. В съзнанието им доминират многочислени автокоманди като: “длъжен съм”, “ти си длъжен” “трябва да се държа по този начин”;
5. Чувстват се объркани, неудачници и т.н, – в отговор на проблемите и провалите на зависимия в семейството;
6. Убедени са, че не заслужават да бъдат щастливи или да им се случи нещо хубаво;
7. Не вярват, че могат да обичат и да бъдат обичани.

Потискане

Повечето съзависими:

1. Рядко проявяват гъвкавост и обикновено се оставят да бъдат контролирани;
2. Изтласкват мислите и чувствата от съзнанието си тъй като се страхуват от тях и изпитват чувство за вина;
3. Страхуват се да бъдат самите себе си.

Обсебващи мисли

Съзависимите са склонни да:

1. Да бъдат ужасно притеснени заради проблем или човек;
2. Да се тревожат за дреболии;
3. Постоянно да мислят и говорят за проблемите си;
4. Да се тревожат;
5. Да недоумяват защо не са в състояние да довършат започнатото до край;

6. Да изоставят задълженията си тъй като постоянно са разстроени от проблемите си;
7. Да съсредоточават цялата си енергия само върху проблема или
8. човека;
9. Непрекъснато да търсят и да не откриват причините за състоянието си.

Контролиране

Повечето съзависими:

1. Живеят в неконтролируема обстановка и с неконтролируеми хора, което им причинява ежедневно болка и разочарования;
2. Колкото по-хаотична е ситуацията в къщи толкова поточно се опитват да я контролират;
3. Не забелязват или не се опитват да забележат страха си от загубата на контрол;
4. Смятат, че те знаят най-добре как да поправят нещата и как да контролират проблемите;
5. Опитват се да контролират всичко и всички около себе си чрез безпомощност, чувство за вина, насилие, заплахи, съвети, манипулиране или господство;
6. В крайна сметка се провалят в тези свои опити или предизвикват гнева на околните;
7. Изпитват недоволство и гняв;
8. Чувстват се контролирани от обстановката и хората около себе си.

Отричане

Съзависимите най-често:

1. Отричат дълго преди да признаят проблемите си
2. Омаловажават проблемите си;
3. Търсят причините извън себе си;
4. Понякога постоянно се занимават с нещо за да не мислят за

- проблемите си;
5. Вярват на лъжи;
 6. Самозалъгват се;
 7. Държат се така, сякаш всичко това не се е случило;
 8. Недоумяват защо се чувстват така, сякаш започват да полудяват.

Зависимост

Повечето съзависими:

1. Се “закачат” са всеки човек и всяко нещо, което смятат, че може да им помогне да решат проблемите си;
2. Не правят разлика между реалните и желаните възможности за помощ от околните;
3. По-скоро се нуждаят от околните отколкото желаят да бъдат с тях
4. Непрекъснато се опитват да им докажат, че заслужават уважението им;
5. Позволяват другите да злоупотребяват с тях, за да не ги загубят;
6. Чувстват се като в капан, поддържайки определени взаимоотношения;
7. Убедени са, че не ги разбират и не биха могли да ги обичат;
8. Отчаяно се нуждаят от любов и одобрение;
9. Тревожат се, че околните ще ги изоставят.

Трудности в общуването

Съзависимите често:

1. Обвиняват;
2. Заплашват;
3. Упражняват насилие;
4. Умоляват;
5. Подкупват;
6. Съветват;
7. Не казват това, което мислят;

8. Не мислят това, което казват;
9. Не знаят какво всъщност мислят;
10. Изпитват трудности да поставят проблема директно;
11. Не са сигурни дали ги разбират;
12. Говорят неща, които според тях ще се харесат на другите,
13. Говорят неща, които според тях ще предизвикат най-много
14. съчувствие у околните;
15. Говорят прекалено много;
16. Говорят за другите;
17. Оправдават се;
18. Самообвиняват се;
19. Лъжат за да защитят себе си;
20. Лъжат за да защитят и прикрият хората, които обичат;
21. Изпитват затруднения да изразят откровено, открито и по-подходящ начин чувствата си.

Неустойчиви граници

Съзависимите често:

1. Заявяват, че няма да позволят на околните да се държат по определен начин;
2. Постепенно разширяват границите си на търпимост, докато в крайна сметка не започнат да вършат и не позволят на околните да вършат неща, за които са казвали, че никога няма да допуснат;
3. Позволяват на другите да ги нараняват;
4. Не доумяват защо се чувстват толкова наранени;
5. Престават да търпят каквото и да било.

Липса на доверие:

Съзависимите:

1. Не вярват в себе си;
2. Не вярват в чувствата си;
3. Не вярват в решенията си;

4. Не вярват в другите;
5. Чувстват се изоставени и предадени.

Гняв:

Повечето съзависими:

1. Се чувстват много изплашени, наранени и ядосани;
2. Съжителстват с хора, които са много изплашени, наранени и ядосани;
3. Страхуват се от гнева си;
4. Страхуват се от гнева на околните;
5. Смятат, че другите ще ги напуснат, ако във взаимоотношенията им се появи гняв;
6. Убедени са, че другите ги карат да се ядосват;
7. Страхуват се да предизвикат гнева на околните;
8. Чувстват се контролирани от гнева на околните;
9. Потискат собствения си гняв;
10. Често плачат, изпадат в депресия, разболяват се, държат се прекалено враждебно или свръх отстъпчиво;
11. Самообвиняват се и се срамуват заради гнева си;
12. Изпитват все по-силен гняв, негодувание или горчивина;
13. Питат се дали някога ще успеят да се освободят от гнева си.

Прогресиращ ход:

В късните стадии на съзависимостта хората понякога:

1. Са обзети от летаргия;
2. Чувстват се депресирани;
3. Чувстват се отчуждени и изолирани от света;
4. Усещат, че всекидневието им напълно е изгубило своя обичаен ход и подреденост;
5. Занемаряват децата си и останалите си задължения;
6. Изпитват чувството за безнадеждност;
7. Мислят за самоубийство;
8. Изпадат в ярост;
9. Разболяват се от някакво тежки емоционално, психическо или телесно разстройство;

10. Пристрастяват се към алкохол, медикаменти или наркотици.

Други характеристики

Съзависимите най-често:

1. Са изключително отговорни или изключително безотговорни личности;
2. Превръщат се в мъченици, жертвайки своето щастие и щастието на всички около себе си;
3. Реагират агресивно на проблемите, които им създава зависимостта – с насилие, гняв, и желание за доминиране;
4. Колебливи са в решенията и емоциите си;
5. Не желаят да изоставят поведението и хората, към които изпитват непреодолимо влечение, дори когато им причиняват непреодолима болка;
6. Срамуват се от семейните, личните и междуличностните си проблеми;
7. Не са наясно относно същността на проблема;
8. Лъжат, прикриват или омаловажават проблема;
9. Не търсят помощ като се самоубеждават, че проблемът не е чак толкова страшен или че те самите не заслужават внимание.

Този списък, макар и обхвaten не обхваща всички възможни характеристики. Всеки съзависим *има свой собствен набор от реакции, чувства и мисли*. Всеки човек е различен и по свой специфичен начин “оформя” своя поведенчески модел на съзависимост. В нашата работа, ние се опираме на резултатите от изследванията, според които повечето симптоми, механизми за справяне или реакции, обаче се припокриват и именно това определя сходната картина при развитието на съзависимостта (Harkness et al., 1997).

Необходимо е да отбележим, също така, че съзависимостта не само се явява мъчително състояние за страдащия от нея (често дори по-мъчително от зависимостта),

но и за другите членове, приемащи такива правила и форми на взаимоотношения, които подържат дисфункционалното състояние в семейната система.

1.5.1. Паралелизъм в проявите на зависимостта и съзависимостта

Настоящия дисертационен труд, се придържа към схващането на повечето изследователи на съзависимото поведение, че съзависимостта може да бъде по-дълбоко изучена и анализирана като се опираме на психологията, а не на терминологията, обозначаваща психични нарушения(Friel,1985;Gemin,1997;Krestan&Bepko,1990;Yearing,2001;Zahra&Shatar, 2011, etc.).

Разбирането на личността в цялостното и проявление, е особено необходимо тогава, когато се стремим да окажем психологическа, а не медикаментозна помощ. Според Мазурова (2009), съзависимостта е реакция на продължителен стрес и концентрираност на проблемите на зависимия до степен на пълно отричане на собствените нужди и игнориране на нуждите на другите членове от семейството. Независимо от това, сравнението на това състояние със състоянието на зависимост би ни помогнало по-задълбочено да разберем, изучаваното от нас явление.

В много отношения съзависимостта се явява огледално отражение на зависимостта (Москаленко, 2000:21).Основните психологически признаци на всяка зависимост могат да бъдат представени чрез триадата:

- обесивно-компулсивно мислене, що се касае до необходимостта от психоактивното вещество;
- отрицание като форма на психологическа защита;
- загуба на контрол.

Зависимостта поражда както индивида, така и цялото семейство:

- физически;
- психологически;
- социално (McLellan et al.,1985).

Тези признаци са съотносими и към съзависимостта. Сходството между зависимостта и съзависимостта откриваме и в това, че и двете състояния:

- представляват в същността си първични нарушения, а не са симптом на друго заболяване;
- водят постепенно до физическа, психическа, емоционална и духовна деградация;
- при ненамеса могат да доведат до сериозни здравословни проблеми, дори до фатален изход;
- в процеса на преодоляване изискват системни промени, както във физически, така и в психологически аспект (Fischer&Crawford, 1992:361).

Пристрастеността към вещества, както и съзависимостта, в еднаква степен отнемат от поражения и всички около него, енергията, здравето, подчиняват техните мисли и емоции. Докато зависимият мисли за поредната доза от веществото, мислите на съзависимите (майки, съпруги), са насочени също така натрапливо към възможните способности за контрол върху поведението на прирастенения.

Ето как, нагледно може да бъде представен паралелизма между двете състояния (по Москаленко, 2009:56):

*Таблица №3А. „Паралелизъм в проявите на зависимостта и
съзависимостта
по Валентина Москаленко*

Признак	Зависимост	Съзависимост
Обсебване на съзнанието от обекта на пристрастеност	Мисълта за веществото доминира в съзнанието	Мисълта за зависимия от веществото, доминира в съзнанието
Загуба на контрол	Над количеството от веществото, над ситуацията, над собствения живот	Над поведението на зависимия, над собствените чувства, над собствения живот
Отрицание, минимизация, проекция	„Аз не съм наркоман”, „Не взимам много”	„Аз нямам проблем”, проблема е негов (на приемащия веществото)
Агресия	Вербална, физическа	Вербална, физическа
Преобладаващи чувства	Душевна болка, вина, срам	Душевна болка, вина, срам, негодувание, ненавист
Повишаване на толерантността	Увеличава се поносимостта към приема все по-големи дози вещества (алкохол, наркотици)	Търпи се все по-голяма емоционална болка
Абстинентен синдром	За облекчаване на абстиненцията е необходима нова доза от веществата, към които е зависимостта	Отношенията със зависимия са все по-деструктивни, но се поддържат
Опиянение	Често повтарящо се състояние в резултат от употребата на вещества	Невъзможност да се мисли спокойно, обмислено, адекватно

*Таблица.№3 Б. „Паралелизъм в проявите на зависимостта и
съзависимостта
по Валентина Москаленко*

Самооценка	Ниска, допускаща саморазрушаващо поведение	Ниска, допускаща саморазрушаващо поведение
Физическо здраве	Заболявания на черния дроб, сърцето, стомаха	Хипотония, хипертония, главоболие, безсъние, отпадналост
Съпътстващи психични нарушения	Депресия	Депресия
Паралелна зависимост към други вещества	Зависимост от алкохол, наркотици, транквилизатори	Едновременно със зависимостта от живота на пристрастения към вещества е възможно развитие на зависимост към транквилизатори, алкохол и др.
Отношение към лечението	Отказ от помощ	Отказ от помощ
Условия, необходими за оздравяване	Въздържане от употреба на веществото Осведоменост за характера на заболяването, Дългосрочна рехабилитация	Дистанциране от проблемите на зависимия Осведоменост за причините и хода на съзависимостта Дългосрочна рехабилитация
Ефективни програми за оздравяване	Програмата на 12-те стъпки, психотерапия, групи за самопомощ от типа АА, АН (анонимни алкохолици, анонимни наркомани)	Програмата на 12-те стъпки, психотерапия, групи за самопомощ от типа Ал-Анон (анонимни близки на наркомани и алкохолици)
Протичане	Рецидивиращо	Рецидивиращо

Изброените в таблицата сходни признаци не са изчерпателни. Както зависимостта, така и съзависимостта са продължителни, хронични състояния, водещи към болезнени изживявания и деформация в духовната сфера.

При съзависимите, тази деформация се изразява в това, че вместо любов, изпитват ненавист към близките си, губят вяра във всички, освен в себе си, макар че не се доверяват на здравите си импулси.

Изпитват разкъсващи чувства на гняв, безсилие и безнадеждност. Живота на зависимите и техните съзависими близки, протича в условията на социална изолация. Срамът и страхът от това, какво ще си помислят другите, води най-често до отдръпване от предишната социална среда и контакти (Стампър, 1999:67).

Махмахън подчертава, че се изискват много усилия и работа със съзависимите, за да се измести фокусът при тях, върху техните собствени страдания, тъй като цялата им енергия е съсредоточена върху потребностите на зависимия. В това отношение съзависимите само външно правят впечатление на свръхотговорни хора, те всъщност са също толкова безотговорни към своето състояние, потребности и здраве, колкото и зависимите (Махмахън, 1999:145).

1.5.2. Психологически особености на дисфункциите в поведенческия модел на съзависимите

Според някои изследователите на съзависимостта основната психологическа особеност на съзависимите, на която се базират всички останали, е ниската самооценка (Wells et al., 1999; Asher, 2004; Брыжахина, 2010). Оттук произтича и друга дисфункция в техния поведенчески модел – насочеността навън.

Съзависимите изцяло зависят от външни оценки, от взаимоотношенията си с другите, макар че нямат точна представа как другите би трябвало да се отнасят към тях. Заради ниската си самооценка, съзависимите могат да критикуват себе си постоянно, но не понасят, когато ги критикуват други хора. В тези случаи те демонстрират самоувереност, гняв, негодувание (Herold, Bekham & Mckenry, 1991:181).

Съзависимите не умеят да приемат похвали и комплименти, те биха могли дори да усилят чувството им за вина. В същото време, могат да загубят настроение ако не са им е засвидетелствана похвала, „словесно поглаждане” по Ерик Бърн (Бърн,1992:58).

Дълбоко в себе си, съзависимите не вярват, че са достатъчно добри хора, те изпитват чувство на вина, когато харчат пари за себе си или си позволяват развлечения. Те си казват, че не биха могли да направят каквото и да било от страх да не допуснат грешка. В съзнанието и речника им, доминират многочислени: „аз трябва”, „ти си длъжен”, „как трябва да се държа с него (зависимия)?”.

Съзависимите се срамуват, както от зависимия близък , така и от самите себе си. Ниската самооценка движи и стремежа им да помогнат на другите. Не вярват, че биха могли да са любими и нужни и се опитват да „заработят” вниманието и любовта на другите като станат незаменими (Войдило, 2002:37).

Съзависимите майки, сестри, жени на болните от зависимост - са контролиращи близки (Krestan&Вepko,1990:221). Те вярват, че са в състояние да контролират всичко. Колкото по-хаотична е семейната ситуация, толкова повече усилия полагат за да я контролират. Мислят, че могат да удържат зависимостта на болния, както и да контролират възприятията на обкръжаващите, така че да виждат семейството такова, каквото те им го представят. Съзависимите са убедени, че именно те, най-добре от всички други знаят, как трябва да се развиват събитията и как трябва да се държат другите членове от семейството.

За да контролират другите, съзависимите използват различно средства – заплахи, уговаряния, принуждения, съвети, подчертавайки безпомощността на другите (той ще пропадне без мен) (Цыганков,2009).

Опитите да бъдат контролирани, практически неконтролируеми събития, често водят до депресивни състояния. Невъзможността да постигнат целите си по въпроса за контрола върху зависимия, съзависимите възприемат като лично поражение и загуба на смисъл в живота. Повтарящите се поражения задълбочават депресията (Subby,1987:111).

Друг неблагоприятен изход от загубата на контрол върху събитията са фрустрацията и гнева. Боейки се да загубят контрол над ситуацията, съзависимите често попадат под контрола на събитията или на своите близки, зависими от вещества. Например, жена на алкохолнозависим напуска работа, за да контролира поведението на съпруга си. Алкохолният проблем на мъжа и се задълбочава в резултат на което, именно алкохолизма контролира нейния живот, разпорежда се с времето и самочувствието и (Тотева, 1984:44). Тук е уместно да цитираме и Леш, според който зависимите жени са изоставяни от съпрузите си, докато зависимите мъже биват обгрижвани от съпругите си (съзависими), въпреки че се отнасят с тях много агресивно, както вербално, така и физически (Леш и др., 2011:39).

Тези, които работят със зависими, често чуват от близките им: „Искам да го спася“. Съзависимите обичат да се грижат за другите, нерядко, именно поради тази причина, те избират професии като лекар, медицинска сестра, възпитател, социален работник, учител.

В преобладаваща част от случаите съзависимите са жени, майки или съпруги на зависим от вещества или алкохолик. Крестън и Бепко доказват, че грижата им за другите прекрива рамките на нормалното и разумното (Krestan&Bepko,1990:230).

Съответстващото поведение, произтича от убедеността, че *именно те* са отговорни за чувствата, мислите, действията на другите, за техния избор, желания и нужди, за тяхното благополучие или липса на такова, даже за съдбата им. Съзависимите поемат отговорност за живота на зависимите, като при това проявяват крайна безотговорност към самите тях като системно занемаряват собствените си потребности.

„Спасявайки“ зависимия, съзависимите всъщност често способстват за продължаващата употреба на вещества. И тогава те се гневят на зависимия. Опитите да го спасят са неуспешни. Това е всъщност деструктивна форма на поведение, както за зависимия, така и за съзависимия (Wells et al.,1999:70).

Тяхното желание да спасят болния, е толкова голямо, че те правят и това, което не желаят. Съзависимите казват „да“, когато им се иска да кажат „не“, правят за близките си това, което биха могли да направят за себе си. Удовлетворяват

нуждите им дори когато те не искат това от тях и дори не са съгласни. Съзависимите много повече дават, отколкото получават, в ситуациите, свързани със зависимостта на близките им. Те говорят и мислят, вместо зависимия.

Вярват, че могат да управляват неговите чувства и не питат за неговите желания. Такава „грижа“ за болния, предполага неговата некомпетентност, безпомощност и неспособност да се грижи сам за себе си, но по този начин съзависимият се чувства постоянно нужен и незаменим (Мазурова, 2009).

Много от действията на съзависимите са мотивирани от страх, които се явяват основа на развитието на всяка зависимост. Страх от сблъсък с реалността, страх да бъдеш изоставен, страх, че ще се случи най-лошото, страх от загубата на контрол върху живота и т.н. Когато хората са в състояние на постоянен страх, при тях се наблюдава прогресираща тенденция към ригидност: телесна, духовна и психическа. Страхът скована свободата на избора. Ето защо, *светът, в който живеят съзависимите е потискащ, неясен, изпълнен с тревожни предчувствия, очакване на неприятности. При тези обстоятелства, съзависимите стават все по ригидни и усилят контрола* (Haaken, 1995:400).

Според Мейер и Шмелт (Meyer&Schmalt, 1978), *предполаганото обяснение за склонността на хората да се чувстват отговорни за събитията е в приемането на базисната потребност от контрол върху случващото се. Затова и преживяваната вина е по-силна при събития с тежки последици. Мисълта, че нямаме контрол върху подобни събития е стресираща* (по Дилова, 2008:11). Това обяснява усилията на съзависимите да съхранят илюзорно построения от тях свят. Ето защо, освен страха, в емоционалната им сфера преобладават чувства като: тревога, срам, вина, отчаяние, негодувание и дори ярост.

В зависимост от продължителността на стресовата ситуация в семейството, расте и прага на поносимост на съзависимия към емоционална болка и толерантността към негативни емоции. Ръстът на толерантност, както и отказът да чувстваш, са специфични механизми на

емоционална обезболяване при съзависимите, тъй като да чувстват, би било прекалено болезнено (Войдило, 2008:54).

Животът на съзависимите протича така, сякаш те не възприемат собствените си чувства. Навиците да разпознават и разбират чувствата си, като да са изгубени при тях. Те са обсебени от мисълта как да удовлетворят желанията на другите. Съзависимите са убедени, че нямат право на собствени чувства, готови са да се отрекат от своя собствен чувствен опит. Освен, че са изгубили чувствения си опит, те са привикнали да изопачават чувствата си. Усвоили са, че могат да изпитват само приемливи чувства. Така например, съзависимата жена на алкохолика, би искала да се възприема като добра и обичаща съпруга, но всъщност изпитва чувство на негодувание и ненавист към алкохолизирания съпруг. Като резултат – нейният гняв се трансформира в самоувереност. Трансформацията на чувствата протича подсъзнателно (Yearing, 2001).

Бийти, нарича гневът – постоянен спътник в живота на съзависимите. Те се чувстват уязвени, обидени, сърдити и в много от случаите съжителстват с хора, които се чувстват по същия начин. Съзависимите се боят както от собствения си гняв, така и от гнева на другите. Проявите на гняв често биват използвани за да държат на разстояние тези, с които трудно поддържат взаимоотношения – „Ако се сърдя, той ще си тръгне”. Съзависимите се стремят да скрият гнева си, но това не ги облекчава, само утежнява състоянието им. Във връзка с това, съзависимите могат да плачат често, продължително да боледуват, да проявяват враждебност и насилие. Те считат, че ги „подмамват”, принуждават ги да са зли и да наказват обкръжаващите (Бийти, 2004:80).

Вината и срамът съпътстват ежедневието. Те се срамуват, както от собственото си поведение, така и от поведението на своите близки, зависими към вещества. Срамът често води до социална изолация. За да скрият „позорът в семейството”, те престават да ходят на гости или да канят гости (Стампър, 1999:114).

Според Фишер и Крауфорд, поради своя интензитет, негативните чувства на съзависимите могат да се генерализират и проектират и върху други хора, в това число и върху психотерапевта, който посещават (Fishe&

Krawford,1992:359). Често възниква ненавист към самите тях. Прикритият срам, ненавистта към себе си , могат да се демонстрират като надменност и превъзходство (още една трансформация на чувствата).

Според Жемин, в поведението си съзависимите използват всички форми на психологическа защита:*рационализация, минимизация, изтласкване, но преди всичко отрицание* (Gemin,1997:256). Те са склонни да игнорират проблемите или да се държат сякаш нищо сериозно не се е случило („просто вчера той пак дойде надрусан”). Те като че ли се опитват да убедят сами себе си, че утре ще бъде по-добре. Често съзависимите постоянно си търсят някакво занимание, за да не мислят за проблема си. Лесно лъжат сами себе си, вярват лесно в лъжи, във всичко, което им казват, стига казаното да съвпада с техните желания.

Ошатински сочи като класически пример на лековерие, в основата на който лежи отрицанието на проблема, ситуацията, когато жената на алкохолика продължава с години да вярва, че той ще престане да пие и животът им ще се промени от само себе си (Ошатински, 2003:101).

Войдило, която изучава спецификите на съзависмото поведение, смята, че *отрицанието* помага на съзависимите да живеят в илюзорен свят, тъй като истината е дотолкова болезнена, че те не биха могли да я понесат. Отрицанието – това е механизмът , който им дава възможност да се самозалъгват. Да лъжеш себе си – е деструктивен процес, както за самата личност, така и за обкръжаващите. Самозалъгването е форма на духовна деградация (Войдило, 2002:5).

Съзависимите отричат наличието на признаци на съзависимост в тяхното поведение. *Именно отрицанието*, възпрепятства мотивирането да преодолеят проблемите, да потърсят помощ, задълбочава зависимостта у пристрастения към вещества, позволява на съзависимостта да прогресира и държи цялото семейство в дисфункционално състояние (Брыжахина, 2010).

Москаленко (Москаленко, 2009) извежда динамиката в семейната система в резултат на зависимостта на член от семейството, директно от работата си със съзависими. След като се установи, че в семейството има лице, което приема

наркотици, нивото на тревожността в семейната система се повишава. Тревожността е предизвикана от поредица от причини:

На първо място, голямата неопределеност по отношение на бъдещето на зависимия и цялото семейство. Знаейки за негативните последствия от зависимостта, опасността от смъртен изход и за битуващото мнение, че наркоманията е нелечимо заболяване, близките на зависимия са фрустрирани, като нивото на фрустрация е толкова по-високо, колкото по-ниско е нивото на тяхната първична осведоменост;

На второ място, те изпитват чувство на безпомощност пред зависимостта. Целият арсенал от междуличностни отношения, който се е формирал в продължение на години в семейната система, сега вече е неефективен и безполезен при опитите да се справят с проблема;

На трето място, драстичните изменения в психологическия профил на зависимия, неговото поведение, социално обкръжение, физически облик, всекидневно убеждават семейството, че зависимия като да е обречен, а всички усилия, които те хвърлят са безнадеждни (Москаленко, 2009:27).

На практика всички членове на семейството са принудени да променят своя начин на живот. Семейството преминава в режим на „аварийно“ функциониране. По този начин част от дейностите, които са извършвани преди, се оказват безполезни, което още повече повишава нивото на тревожността и напрежението. Цялото съзнание на близките се центрира изключително и само на факта на пристрастяване на зависимия. Ако използваме терминологията на гешалтпсихолозите, протича „фиксация на фигурата“, нарушават се способностите да се възприема ситуацията и да се действа „тук и сега“ (Березин, Лисецкий и Назаров, 2002:56).

Като цяло в обобщение, можем да твърдим, че поведенческите прояви на съзависимостта, водят до психическа, емоционална и духовна деградация. Оставени без терапия и компетентната намеса от специалист, биха могли да причинят тежки психосоматични заболявания с фатален изход (Subby, 1987:120).

1.5.3. Модели в терапията на съзависимостта

Колкото и да се отличават помежду си, съзависимите са обединени от една обща черта – те мислят и разсъждават на едно ниво, а действат, чувстват и преживяват на друго ниво (Fischer&Crawford,1992:354). Поведението на съзависимите, които търсят специализирана помощ от психолог, се характеризира с високо ниво на тревожност в съчетание с висока емоционална лабилност. Терапията изисква съблюдаване на много гъвкав баланс между разкриване неефективността на прилаганите копинг стратегии и създаване на подкрепа за формиране на по-ефективни модели за справяне. В това отношение комуникативната компетентност на терапевта се явява много важен компонент в неговата работа със съзависимите (Таланов и Малкина – Пых, 2002:85).

Според Цыганков (2009) отношението към зависимия в семейството определя взаимоотношенията между останалите членове в семейната система. Правила като „не говори“, „не се доверявай“, дори когато не се назовават открито, могат да се прилагат към другите деца в семейството. В следствие тези деца изпитват трудности да изразяват своите чувства, да обсъждат проблемите си с другите, да се доверяват. Много често в своя живот като възрастни те повтарят тези модели на поведение, които са усвоили като деца. Това е още една сериозна причина да бъде оказана помощ на съзависимите в преодоляване на формираните от тях неефективните копинг модели, с оглед профилактика на възможни психологически проблеми при другите деца в семейството (Цыганков, 2009).

Задача-минимум на психолога в процеса на терапията на съзависимите е да измени семейната ситуация така, че да прекъсне връщането към системата на съзависимост във взаимоотношенията. Задача-максимум е да нормализира и реконструира взаимоотношенията на съзависимите с останалите членове на семейната система, да активизира техния личностов потенциал с цел преодоляване на поведенческия модел на съзависимост (Москаленко,2000:19).

Ние сме убедени, че при избора на *модел на групова работа* е необходимо да се вземе предвид следната специфика на поведение, диагностицирана от Москаленко (2009) в процеса на работата със съзависими:

- Полярността в съжденията (следователно и в съзнанието) за възможните форми на поведение. Например: „Всичко изпробвах: молих се, бих, ругах... вече не искам и да го доближавам ... ако иска да умира, все ми е едно;
- Ориентираността към конкретни съвети и препоръки от водещия групата (Ако иска пари, да давам ли?... Ами ако вземе от съседите?... Какво да му кажа като дойде надрусан?);
- Крайната фиксираност върху себе си и семейната ситуация (често това довежда до неспособност да се изслушват помежду си);
- Неразбиране на ролята и значението на собствените усилия за промяна на собственото поведение („А аз какво мога да направя?”, „ Не става въпрос за мен...”);
- Фиксацията на проблема на зависимия, което снижава (понякога прави невъзможно), разбирането на по-широкия кръг от семейни проблеми;
- Емоционално напрежение и склонност към афект;
- Обвиняващи реакции по отношение на водещия групата в случаи на отказ от негова страна да дава конкретни съвети („Ние сме тука да ни помогнете... Трябва да ни кажете какво да правим, а Вие съвсем други въпроси ни поставяте...”);
- Отказ от обсъждане на реалните проблеми и отношения с помощта на насочване към търсене на причини и виновник („Не знам... Какво сме пропуснали?... Баща му трябваше повече да се занимава с него”);
- Делегираща позиция („Може ли да го изпратим някъде в комуна?”);
- Високо ниво на тревожност, което се проявява в търсенето на поддръжка и покровителство („Помогнете ни, вече сме изтощени”);
- Склонност към дълги монолози с безконечно изреждане на подробностите от дадено събитие;
- Критичност по отношение на другите членове на групата и на водещия. Подозрителност и прикритост, независимо от външната демонстрация на лоялност („Струва ми се, че Вие не ни разбирате... всъщност Вие нямате такъв проблем в семейството”);

- Избягване на личностната и семейна тематика и стремеж да се обсъжда проблема за зависимост „въобще“ („Кажете ни, има ли някъде на друго място в света, ситуацията да е така тежка като при нас“) (Москаленко, 2009: 22-23; Москаленко, 2000).

Съществуват различни по своята научна обоснованост и практическа ефективност модели за структуриране на терапия на съзависимостта. Най-известен и разпространен е този на Нар-анон (анонимни родственици на наркомани). Движението Нар-анон развива своята дейност въз основа на идеологията и методологията на програмата на „12 –те стъпки“ и е изцяло независимо от държавни или обществени структури (Добринов, 2007: 19).

Целесъобразно е да уточним, че програмата на „12-те стъпки“ възниква и започва да се развива в Съединените американски щати през 1935 г., в контекста на движението „Анонимни алкохолици“ (АА) като опит за практическа реализация на идеите на „терапевтичната общност“ „терапевтичното съобщество“. От началото на 40-те години на XX век, движението на „Анонимните алкохолици“ се разпространява по целия свят. На настоящия етап съществуват повече от 100 000 групи в над 200 страни (Войдило, 2002:38). Програмата на „12-те стъпки“ определя посоката и етапите на процеса на лична промяна. Протичането на този процес се доближава до динамиката на процеса на психотерапия и подобно на нея, прави възможно премахването на симптомите на болестта като чрез психологични техники постига позитивни промени в здравословното състояние и поведението.

Програмата на „12-те стъпки“ е привлекателна заради това, че в нея успешно са съчетани няколко на пръв поглед противоположни елемента:

- демократичен организационен модел с ритуално спазване на програмата;
- приемане на безсилието със силно изискване за активна отговорност и ангажираност в процеса на промяна;
- наблягане върху духовността с отхвърляне на религиозния догматизъм;
- подчертаване на значението на исконните ценности (грижа за другите, общност, даване), отвореност и приемане;

- модел на болестта, който изключва излекуване, но същевременно предоставя възможност за овладяване на болестта.

Основен принцип на „Анонимните алкохолици“ е анонимността (Добринов, 2007:17). Тя предотвратява естествения стремеж на някои членове да изпъкнат сред приятелите си или пред обществеността. Смирението, изразено чрез анонимността е най-добрата защита на движението „Анонимни алкохолици“. Така се отстоява правилото да се поставят принципите пред личните амбиции и интереси. Популяризирането на дейността става, като стриктно се спазват определени ограничения. Най-ефективни са откритите сбирки, на които могат да присъстват всички желаещи. Важно обстоятелство, съществено повишаващо ефективността на програмата на „12-те стъпки“, нейния авторитет и популярност, е включването на различни психологически концепции, а също така възникването на движението „Възрастни деца на алкохолици“, обединяващо хора, израснали в семейства на алкохолици или в други дисфункционални семейства.

Наблюдението и обобщението на опита на тези групи дава основание Джонсон (1993) да стигне до извода, че за всички тези хора са характерни общи личностови проблеми, които често водят до формирането впоследствие на един или друг вид зависимост (Johnson, 1993: 24).

Анализът на резултатите от дейността на различни групи за самопомощ, основани на идеологията на „12-те стъпки“, дава възможност да се обединят духовните принципи в работата на групите „Анонимни алкохолици“ и други от типа АА, с някои психологични, психиатрични, социологични и антропологични концепции (Добринов, 2007:20).

Така, през 40-те години на XX в. се структурира Минесотският модел на лечение, в основата на който са залегнали следните положения:

- Зависимостта (алкохолизъм, наркомания) е хронично заболяване, възникващо на психична основа. Зависимият не носи вина за заболяването си;
- Възможна е проявата на сериозни психологически дисфункции в семейната система (*впоследствие те са*

наречени съзависимост), които имат сходна природа с другите видове зависимости;

- Не е възможно да се излекуваш от зависимостта, но е възможен обрат от развитието на болестта към оздравяването, при готовност от страна на заболялия за такъв обрат и желание заради това да се откаже от своеволния прием на вещества;
- Хората, страдащи от алкохолизъм или наркомания, лесно формират зависимост от други вещества, променящи съзнанието, волевата, емоционалната или интелектуалната сфера. Ето защо, лечението по модела „Минесота” е изцяло немедикаментозно;
- Лечебният център трябва да представлява сам по-себе си терапевтично съобщество, което не се противопоставя на пациентите, а сътрудничи с тях. Поощрява се и се стимулира максимална откритост в общуването, при строго съблюдаване правилата на анонимност и конфиденциалност;
- Отговорността за оздравяването носи самият пациент;
- Сътрудниците в лечебната програма трябва да са пример за подражание, взаимоотношенията между сътрудниците – пример за пациента за построение на взаимоотношенията между него и другите хора;
- Особено ценно е привличането в лечебния процес на цялото семейство на пациента, при възможност – на неговите приятели и други значими близки;
- Цялата терапевтична система би трябвало да обхваща широк комплекс от услуги, включващи профилактика, мрежа от контактни центрове (служби за психологическо консултиране, амбулатории), лечебни програми, социална помощ (Войдило, 2008: 29).

Постепенно моделът „Минесота” достига такова ниво на разпространение, както и програмата на „12-те стъпки” (Ошатински, 2003: 99). На основата на Минесотския модел са създадени няколко програми, които работят с различни форми на зависимости. Независимо от разпространението на модела, изследванията за неговата ефективност според Кук (1986), както и според Хейдън (1991), са противоречиви (по Кралев, 2008: 112).

Освен това в своята същност моделът „Минесота” представлява модел на лечение, т.е. модел на подход към терапията на зависимостите и съзависимостите. Това заключение се отнася и към дейността на групите Нар-анон. Психологическата представа за съзависимостта в тези групи се подменя с констатацията, че съществуват отношения на съзависимост и признание за безсилието на личността да се справи с тях (Добринов, 2007: 20).

Трябва да се отбележи, че моделът „Минесота” е структуриран като форма на стационарно лечение. Паралелно с него или много скоро след създаването му се развиват и други форми: програми от типа терапевтична общност, лечебно-адаптационни клиники, дневни стационари, амбулаторни програми. Високата вариативност на този модел може да бъде обяснена с две обстоятелства, оценката на които е диаметрално противоположна.

От една страна, можем да говорим за пластичност и наличен потенциал за развитие. *От друга страна обаче, бихме могли да предположим, че различните модификации на модела, всъщност компенсират неадекватността на неговите изходни положения (Jonson, 1993:24).*

В това отношение, интересен е опитът на Тримпи (1986), който създава в САЩ групите за рационално възстановяване (Rational Recovery, RP). Основа за работата в групите в началото става рационално-емотивната терапия на Елис, а впоследствие те имат когнитивно-бихевиористична насоченост. Интересно е, че Тримпи препоръчва на членовете на семействата на зависими да не се обвързват с движение от типа АА. Според него, опитът основан на обратни връзки с хиляди семейства, свидетелства, че Ал-Анон е антисемейно направление и стремежът му е да замени семейните връзки с привързаността към групата. Освен това, той твърди, че никой от семейството не е длъжен да понася цялата тежест на промените (вследствие от зависимостта) и да се превръща в съзависим (по Кралев, 2008:134).

Анализът на системата за обгрижване на зависими лица в България показва, че у нас *съществуват незначителна част от формите за работа със зависимости и липсват форми за работа със съзависимите* (Швед, 2001: 38). Не са изградени

достъпни терапевтични общности (посочваме терапевтична общност „Феникс” и рехабилитационен център „Ново начало”, тъй като само тези две, покриват стандартите за добра практика и са официално признати от Националния център по наркомании), групи за самопомощ от типа АА функционират само в няколко града – София, Варна, Бургас, Стара Загора, група АА «12-те стъпки» само в ДПБ «Д-р Г.

Кисъв – гр. Раднево», шесто мъжко отделение под супервизията на д-р Иван Добринов (Добринов, 2007: 19).

От проучената литература относно формите на работа със съзависими и анализа на трудностите, произтичащи от спецификите на неефективните копинг модели на поведение на съзависимите, е очевидно, че е невъзможно да ограничим терапията на съзависимостта в рамките на един модел или терапевтичен подход (Бийти, 2004: 79). Очевидно е също така, че в структурата на комплексно терапевтично въздействие, ключова роля имат груповите форми на работа със съзависимите, *тъй като в групата човек може да се обучава на нови умения, да експериментира нови модели на поведение* (Брыжахина, 2010; Карагяурова, 2010:77).

Груповата терапия на съзависимите може да протича, както паралелно с лечението и рехабилитацията на зависимия, така и независимо от тях (Войдило, 2008: 59).

Анализът на литература, разглеждаща груповите форми на терапия, показва възможността да бъдат прилагани различни модели на терапевтично въздействие:

- Психодинамично ориентирани групи въз основа на изследванията на Стръп и Байндър (1984) (по Милър и Ролник, 2010: 62);
- Дискусионни групи по модела на Драйкурс (1984) (по Милър и Ролник, 2010: 62);
- Групи, основани на идеите на хуманистичната психология на Олпорт и Маслоу (1964), Роджърс (1972) (по Милър и Ролник, 2010: 62);
- Бихевиорално ориентиране групи по модела на Бандура (1953) и Дж. Ротър (1966) (по Милър и Ролник, 2010: 62);
- Групи, основани на идеите и принципите на транзакционния анализ на Бърн (1964) (по Милър и Ролник, 2010: 62);

- Групи, чиято работа е свързана с религиозните възгледи за възпитанието на децата и възрастните според Кембъл (1965) (по Милър и Ролник, 2010: 62), както и групи, които прилагат психологически интервенции като обясняват наркоманията от позициите на православното християнското (Йеромонах Анатолий (Берестов), 2003: 70);
- Групи, в които се прилагат принципите на мотивационното интервюиране – Прохазка и ДиКлементе (1984), Ролник и Милър (2002) като се акцентира върху нивото на развитие на индивидуалните копинг ресурси за ефективност с фокус върху вътрешната мотивация за промяна чрез релевантност с личните интереси и ценности на човека (по Милър и Ролник, 2010: 62).

В нашето изследване, ние сме насочени към избор на такава терапевтична модалност, която да подпомогне съзависимите (майки на зависими лица) в процеса на обучение в компетентности за справяне, като засили вътрешната им мотивация за промяна. Според нас, това е възможно, ако терапевтът, който работи със съзависимите разбира чувствата и гледната точка на съзависимите, без да ги, критикува или обвинява. Тоест, промяната е възможна само, ако от самото начало и през целия процес, съзависимите усещат приемане и разбиране.

От обзора и анализа на проучената литература установихме, че в последните години поредица от изследвания на Нунан и Мойърс (1997), на Дън, Де Роо и Ривара (2001) подкрепят ефикасността на една сравнително нова терапия в областта на зависимите поведения – мотивационното интервюиране (по Милър и Ролник, 2010: 62).

Предвид паралелизмът в проявите на зависимостта и съзависимостта, както и предвид установените специфики на съзависимото поведение, считаме, че този терапевтичен метод съответства в най- голяма степен на целта, които си поставяме – да обучим съзависимите майки в по-ефективни копинг стратегии за справяне с проблема. Ето защо ще представим същността на мотивационното интервюиране, съотнесена към целта на нашата групова работа със съзависимите.

Създатели на мотивационното интервюиране са Уилям Р. Милър и Стивън Ролник (1983). Според тях, точно както е

възможно да се консултира по начин, който събужда съпротива или говорене срещу промяната, може да се общува и така, че да се говори за промяната, да бъдат подтикнати хората да я осъществят (Miller & Rollnick, 2009: 528).

В този смисъл мотивационното интервюиране е *метод на общуване, а не набор техники*. Докато традиционните модели на терапевтично въздействие акцентират върху принудата, убеждението, конфронтацията и използването на външни обстоятелства, то при мотивационното интервюиране, терапевтът помага в изследване и разрешаване на противоречията (Милър и Ролник, 2010: 60-61).

По агресивните стратегии при други модели на групова работа (дискусионни групи, бихевиорално ориентирани групи), когато терапевтът е движен от желанието да противостои на групата или да дава съвети, много често водят до промени, за които групата още не е готова. Това активизира груповите съпротиви, води до отрицание на проблемите, открити спорове за предполагаемите промени, агресивно поведение по отношение на другите участници в групата и водещия (Miller et al., 1995: 58).

В процеса на мотивационното интервюиране, водещият групата се стреми да изясни и разреши противоречията в обстановка на уважително консултиране (Милър и Ролник, 2010: 60-61). Ето защо ние сме убедени, че специфичните техники при тази терапия биха спомогнали да се проявят и мобилизират вътрешните ценности и цели на съзависимите за стимулиране на промени в поведението и формиране на по-адекватни на ситуацията копинг стратегии. *Според нас, в процеса на груповата терапия водещият не трябва да забравя, че съзависимите са дошли за помощ. При установяването на терапевтичен контакт е необходимо да се приеме техният модел на поведение и да се създадат условия той да се прояви.*

Проявите на съпротива, от тяхна страна не могат да бъдат анализирани като добри или лоши (Miller et al., 1995: 57). Те просто съществуват и изискват уважение, тъй като се *явяват многогодишен опит за приспособяване, с който съзависимите са били принудени да живеят и от който сега трябва да се откажат*. Съзависимите имат право да се съпротивляват и да не се съпротивляват, да сътрудничат и да

не сътрудничат. Според Милър и Ролник хората не бива да бъдат осъждани или отхвърляни заради техните съпротиви и водещият групата трябва да приеме факта, че съпротивите на този етап са необходимост (Miller & Rollnick, 2009: 531). Терапевтът трябва да уважава съпротивите на членовете на групата и да е убеден, че техните прояви подсказват едно – той се движи прекалено бързо и очаква бързи промени. Всъщност проявата на съпротивите символизира началото на промените. *Работната хипотеза при този вид терапия се състои в това, че основната преграда, която трябва да се преодолее, за да се предизвика промяна, са противоречията или недостатъчната решимост* (Милър и Ролник, 2010: 63).

Основни принципи в процеса на груповата работа при мотивационното интервюиране са:

1. Емпатия;
2. Развитие на противоречията;
3. Избягване на конфронтациите;
4. Работа със съпротивите;
5. Поддържане на самоефективността.

Нека се спрем на всеки един от тях като съотнесем тези принципи към спецификата на работата със съзависими:

1. Емпатия

Терапевтът или консултант, водещ мотивационното интервюиране, трябва да има високо ниво на терапевтична емпатия, както я определя К. Роджерс (по Клаус, 1989; Речник по психология, 1989: 306).) *Съчувствие към емоционалното състояние на съзависимите, разбиране на причините, които са го предизвикали, при пълното осъзнаване на разликата в собствения опит и личното си Аз от опита на съзависимите.* Емпатията като чувство на съпричастност към сходния опит е недостатъчна характеристика и в голяма степен не е подходяща. Освен емпатията трябва да има налице и високо ниво на интерперсонална чувствителност и конгруентност (Miller et al., 1995: 56).

Според Прохазка и Диклементе (1998) уважението и разбирането са базисни умения за терапевта в процеса на мотивационното интервюиране (Милър и Ролник, 2010: 289).

Той е преди всичко помагач и разбиращ консултант. В груповия процес той трябва да бъде максимално резистентен и минимално директивен и конфронтационен. Ето защо, ние сме убедени, че емпатията в процеса на работа в групата би могла да се съчетава с поддържане на самоефективността на съзависимите, за да могат те да възприемат промените като възможни, а самите себе си - способни за тези промени. Ако се придържаме към емпатичния подход, членовете на групата ще чувстват, че са приети, съпротивите им ще намаляват и самоефективността им ще нараства (Miller & Rollnick, 2009: 532). Съгласни сме също така, че би трябвало да се избягват даваните наготово съвети и оценки. Рефлексивното слушане е необходимото ключово умение в процеса на подкрепата за промяна в поведението на членовете на групата.

2. Развитие на противоречията

Мотивацията за промяна е възможна, само когато членовете на групата възприемат противоречията между това, което те са и това, което биха искали да бъдат (Miller et al., 1995: 57). Съзависимите много болезнено приемат всяка неприятна информация за своето поведение (Милър и Ролник 2010: 66). Ако терапевтът обаче се придържа към емпатичния подход, членовете на групата с по-голяма вероятност ще споделят информация, която биха премълчали от срам или вина. От голямо значение е да се поддържа обратна връзка, но тя трябва да е добре обмислена (Цыганков, 2009). Според Уолтърс, Огъл и Мартин (2000) , *ако постоянно се повтаря казаното от участниците и водещият групата пита дали правилно е разбрал информацията, то тогава те биха желали да чуят нещо повече за своето поведение, отношение и проблеми. Така според нас, в процеса на груповата работа ще бъдат актуализирани скритите очаквания на съзависимите.* Освен това, ще бъде генериран значителен обем материал за работа, от който могат да извлекат полза както водещият, така и участниците в групата (по Милър и Ролник, 2010: 550).

3. Избягване на конфронтациите

Най-важно е да се избягват конфронтации, *в които водещият групата се заема да защитава своето мнение по повод проблемите, в нашия случай на съзависимите и*

настоява за необходимостта от промени в поведението и мислите им, а те доказват, че нямат проблем и нямат нужда да се променят (Miller et al., 1995: 58). Непроодуктивна е и позицията на „експерт“, който провежда експертизи и оценява позициите и решенията на съзависимите. Терапевтът не би трябвало да задава „закрити“ въпроси (т.е., такива, които водят до кратки отговори като: „да“, „не“) и особено да избягва задаването на няколко въпроса едновременно (Miller & Rollnick, 2009: 531). Очевидно е, че в нашата работа диагностичните „етикети“, характеризиращи проблемите на съзависимостта, са абсолютно неуместни.

4. Работа със съпротивите

Водещият групата систематично използва стратегията на „внимателен“ натиск. Но срещите са успешни само тогава, когато натискът е толкова внимателен, че групата не го усеща и възприема информацията на терапевта като мнение, в краен случай като съвет (Милър и Ролник, 2010: 63). Директивността обикновено съпровожда процеса на задаване на „открити въпроси“ и обсъждане на отговорите в съчетание със селективна рефлексия. *Проявата на съпротиви от членовете на групата подсказва на терапевта, че все още съзависимите не са готови за промяна и той вероятно е избързал като е пропуснал важни стъпки в груповия процес.*

Трябва да се има предвид, че прекалената директивност води до съпротива. Недостатъчната директивност, от своя страна, може да създаде у членовете на групата усещането, че терапевтът има недостатъчно опит и знания. По този начин, постоянната преценка на темповете на работа, степента на директивност и оценка на прогреса са определящи за успеха на терапията (Miller & Rollnick, 2009: 536).

5. Поддържане на самоефективността

Според Цвебен и Зукоф (1999) главната роля на терапевта е да изяснява и усилва вътрешната, присъща на хората, мотивация за промяна (по Милър и Ролник, 2010: 429). Съотнесено към нашата работа със съзависими, тази подпомагаща роля може да включва точно вградени *елементи на обучение* на базата на сътрудничество. По този начин

водещият групата се явява фасилитатор (засилващ обучението), учител и сътрудник.

Ролята на експерта или съветника става неприемлива (Miller et al., 1995: 56). Сроковете и продължителността на терапията, повишаваща мотивацията по Милър и Ролник (2009), са ориентирани към групата и могат да бъдат различни. В традиционния вариант се провеждат от две до четири срещи (Miller & Rollnick, 2009: 533).

Предвид усилията ни да променим продължително прилаганите неефективни копинг стратегии (модел) при съзависимите и да подпомогнем апробирането на нови по-ефективни за справяне, ние планираме да заложим пет групови срещи във втората (обучителна) част от нашата програма.

Мотивационната терапия включва в себе си структурирана оценка на информацията (Miller et al., 1995:55). Ето защо в процеса на нашата груповата работа, ние ще да проучим историята на развитие и формиране на съзависимостта (темпо, влияещи фактори), както и влиянието на съзависимото поведение върху здравето, социалния статус и качеството на живот на участниците в групите.

За тази цел в общуването със е удачно да използваме отворени въпроси и рефлексивно слушане (Милър и Ролник, 2010: 541). Те са определящи и за установяването на работен съюз с цел успешно провеждане на обучението на съзависимите майки в компетентности за справяне със съзависимостта.

По този начин на базата от проведената структурирана оценка на историята и последиците от съзависимото поведение, ще планираме поддържащи и развиващи стратегии, които понижават съпротивите на съзависимите и ги подготвят за промени. Тук е удачно да споменем, че в същността си мотивационното интервюиране е краткосрочна терапия за решаване на проблеми като в това отношение тя се опира и на когнитивно поведенчески интервенции. По-конкретно, в нашия тренинг ние ще работим с дефицитите в решаването на проблеми(неефективни копинг стратегии) при съзависимите в посока – обучаване в нови умения(по-ефективни копинг стратегии).По същество, това е когнитивно поведенческа

интервенция (D’Zurilla, 1986, 1988; Nezu et al., 1989; Robin, 1981), интегрирана в мотивационното интервюиране (Пълен наръчник по психотерапия, 2002:250).

Темите на всяка сесия, ще планираме предварително, но специфичният контекст ще се създава в процеса на груповата работа. Примерите могат да бъдат следните:

- Типичният ден в съжителство със зависим към вещества;
- Как да разпознаем и отреагираме на чувствата си;
- Причините за това да променя или да не променям поведението си;
- Приятни и неприятни страни от промените в моето поведение;
- Как да се избавя от позицията на жертва и да се откажа от нея;
- Как да се променя и как да променя живота си (Москаленко, 2009: 46).

Важно е да не се променя позицията и да се съхрани центрираността към проблемите на групата (Пълен наръчник по психотерапия, 2002:672). В нашата работа, ключови стратегии в това отношение са:

- Развитието на противоречието между мотивационните позиции на съзависимите чрез изясняване на вербална, мимическа и поведенческа изразност в процеса на обсъждане на проблемите;
- Участие в проблемите на групата;
- Емпатия;
- Поддържащо поведение;
- Умение да се намерят причини за промяна на поведението в изразяването на съзависимите, тоест причините за промяна не са налагат отвън, а идват от самите тях;
- Оптимизъм по отношение на промените;
- Умение навреме да се внуши увереност във възможността за промени (Miller et al., 1995: 55).

Методите за работа по мотивацията на съзависимите започват своето развитие в последните двадесет години на XX-ти век, когато става ясно, че тези хора имат право на помощ в процеса на формиране на мотивационна готовност за промяна на поведението и начина на живот (Бийти, 2004: 74).

Преодоляването на съзависимостта е процес който се състои от няколко специфични стадии. Според Ролник, Мейсън и Бътлър (2002), за да настъпи промяна, на всеки стадий трябва да бъдат разрешени *определени задачи* и да бъдат постигнати *определени резултати* в работата по мотивацията за промени (по Милър и Ролник, 2010:550). Във връзка с това е очевидна необходимост, *да се работи по мотивацията на всички етапи и стадии от терапевтичния процес.*

Считаме, че съотнесено към нашата групова работа – преминаването към по-ефективни копинг стратегии и преодоляването на неефективните копинг модели на съзависимо поведение може да бъде осъществено в случаите, когато съзависимите осъзнаят необходимостта от промяна на своя начин на мислене и стил на живот.

1.6. Психични състояния на личността

Спираме се на условията за възникването и последиците от определени психични състояния (стрес, тревожност, депресия), тъй като интересът на нашето изследване е насочен към установяване на взаимовръзката между нивата на тези състояния и предпочитаните от съзависимите (майки на зависими лица) копинг стратегии. На база установените взаимовръзки, ние ще предложим обучителни модули за справяне със съзависимостта.

Психичните състояния на личността са едновременно форма на интеграция на текущи изменения на организма и динамика на психичните процеси. Те представляват актуална особеност, както на отделите личностни сфери така и форма на организация на личността като цяло (Куликов, 2000:12). За всяко психично състояние са характерни различни функции. Като най-важна се посочва регулативната функция на адаптация на организма към обкръжаващата ситуация и към средата. Наред с регулативната функция, важна функция е интегративната, която се проявява в обединяването на отделните психични състояния и формиране на функционални единици (процес-състояние-свойства), състоящи се от йерархически организирани в цялостна съвкупност от психични процеси и психологични свойства. Концептът включва понятия с

различно ниво на обобщеност и обхват съобразно многообразието на психична активност.

Психичните състояния могат да бъдат разглеждани на ниво психика и на ниво отделни сфери на психиката. Под това понятие може да се разбира цялостното психична характеристика на дадена личност в определен момент или през по-продължителен период от време (Речник по психология, 1989:421).

Състоянието, както и всяко психично явление е променливо. Според Рубинщтейн (1989) основният способ на съществуване на психичното е съществуването чрез непрекъснат, формиращ процес (по Куликов, 2000:13). Непрекъснатостта на психичните състояния е свързана с тяхната интензивност и устойчивост. Психичната преработка на актуалните въздействия от средата се извършва винаги в зависимост от наличните вече у субекта и актуализирани при конкретните условия на дейността, резултати от по-раншно отражение. Тъй като в хода на дейността, процесите, състоянията и психичното съдържание винаги се явяват сложно свързани помежду си, то и техните хабитуални съответствия, психичните свойства, винаги са комплексно споени една с друга единици (Речник по психология, 1989:419).

Трябва да подчертаем, че напрежението е свойствено за човека при различни психични състояния, които обичайно не се възприемат като състояния на напрежение, тъй като в тях доминират други характеристики. Определена степен на напрежение много често се явява като фон на други психични състояния на личността. Това дава основание да се посочи напрежението като базисна характеристика на всяко състояние (Куликов, 2000:62).

Според Дюкер (Duker, 1963), ако в процеса на дейността настъпи затруднение на нейното изпълнение, например вследствие на психично обременяване, то при достатъчна мотивация може да бъде наблюдавано компенсиращо или реактивно повишаване на напрежението. *Това може да доведе до краткотрайно подобряване на постижението, но в хода на дейността води до все по-силно спадане на ефективността поради повишения разход на сили* (Речник по психология, 1989:307).

Психичните състояния могат да бъдат несъзнавани или осъзнати. Често едно първоначално несъзнавано състояние се променя при осъзнаването. Хората могат и преднамерено да прикриват своите състояния. Затова диагностицирането на състоянието се извършва чрез анализ, както на изражението и словесния отчет, така и на поведението. В много случаи многократния анализ на състоянието е единственият път към диагностицирането на психичните свойства (Речник по психология, 1989:421). Конкретно, по отношение на нашата работа със съзависимите е необходимо, много внимателно да се следят техните емоционални реакции и поведенчески модели, с които те се защитават и много често маскират гняв, болка, страх, безсилие.

1.6.1. Тревожност

С това понятие са обединени състояния, които неизбежно се съпровождат с емоцията, обозначаваща като тревога или страх. Тревожността се свързва с дезорганизирано мислене, нежелани емоции и опасения (Ууд и Толи, 2010:132).

Терминът получава широко разпространение в психологичната и психиатричната литература през 30-те години на XX-ти век. Още Карл Густав Юнг (Jung, 1921) отбелязва, че без никакво съмнение, причините за тревожността по своя произход са психологически (Юнг, 1991:136). Тревожността се проявява в склонността на индивида към чести и интензивни изживявания на състояния на тревога, а също и в ниския праг на проявите. Определя се като състояние на емоционален дискомфорт, свързано с предчувствие за грозяща или приемане на такава опасност (Батаршев, 2008:105).

В Десетата ревизия на международната класификация на болестите, тревожните разстройства са включени с Код: F40-3 (МКБ-10, 1992).

В съответствие с Диагностичния и статистически наръчник на психичните болести, четвърто ревизирано издание, в тревожните разстройства са обединени емоционални състояния с различна степен на интензивност – като се започне от дребното опасение и безпокойство, премине се през забележимото треперене и силно вълнение, за да се стигне до

разгърнатата пълна паника – крайна форма на тревожност (DSM-IV- TR, 2000,300.0).

Същевременно български автори коментират Карен Хорни (Horney,1945), която описва тревожността като чувство на безпомощност, захвърленост, като обръщат внимание на *дефицита на значимост и страхът, че не могат да променят нищо в живота си при хората, с интензивни тревожни изживявания (по Николова, 2006:115).*

Според теоретичните виждания на Спилбъргър (1966), Горсуч и Люшене (1970), може да бъде направена аналогия между тревожността като психично състояние и като личностова черта и тя е точно такава, каквато е аналогията между кинетичната и потенциалната енергия във физиката. Състоянието на тревожност, както кинетичната енергия, представлява един емпиричен процес или реакция , разгръщащ се в определен отрязък от време и с определено ниво на интензивност. Приема се, че личностовата тревожност, както потенциалната енергия, показва различия в силата на латентното предразположение за разгръщане на определен тип реакция (по Попов,1994:37) .

Шишков и Витанова се придържат към тези позиции като подчертават, че интензивността на тревогата в по-голяма степен отразява индивидуалните особености на личността, отколкото реалната значимост на заплахата. Значението на личностните фактори определя направление в изследването на тревожността, разделящо тревогата на личностова черта, обуславяща готовност към тревожни реакции и актуална тревога, като част от структурата на дадено психично състояние в конкретен момент (Шишков и Витанова, 2004:196).

Кембъл счита, че като психологическо понятие, тревожността има характеристиките на „категория от конструкции“, които нарича „придобити поведенчески предразположения“. Тези предположения включват „останки“ от минали преживявания, които всъщност предразполагат индивида както да гледа на света по различен начин, така и да демонстрира в реакциите си „съответственост на обекта“ (по Попов, 1994:22). Субективно значими преживявания от социалноличностен план често могат да предизвикат обостряне на симптоматиката (Яцков, 2004:69) Николкова (2002) от своя страна, обобщава, че при различните

нозологични единици се срещат различни характеристики и нюанси на тревожността като интензивност, продължителност, свързаност с конкретни ситуации, степен, в която е представена телесната съставка на емоцията във вид на вегетативни симптоми.

Различават се и етиопатогенетични механизми на възникване, развитие и поддържане на болестната симптоматика, като психологичната част от патогенетичната верига е по-разнообразна, нюансирана и индивидуално специфична (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:204).

Голям брой автори са склонни да разглеждат тревожността изключително като показател за неспособността на човека към средата. Не по-малко са тези автори, които считат тревожността за своеобразен стимулатор, възбуждащ, организиращ и направляващ човешката активност. Арнолд и Гайсън (1954) обръщат внимание на ролята на тревожността като специфичен регулатор на личностовата насоченост, благодарение на което тя води до двигателен акт и до овладяването или избягването на даден обект, явяващ се в качеството си на цел. Според Костело и Хамилтън (1969) връзката между тревожността и съответния „отговор“ не е „линейна“ – до определена степен тя засилва вниманието и оптимизира ефикасността на изпълнението. Едва при повишаване на интензитета ѝ над установената граница, тревожността може да доведе до влошаване на адекватното реагиране (по Попов, 1994:17-19). Тревожността се описва от хората с думите „страх“, „напрежение“, „безпокойство“, „притеснение“ и др. Възможно е състоянието да бъде описано единствено чрез соматичните съставки на афект: сърцебиене, задух, изтръпване и т.н. (Смит и Елиът, 2011:112).

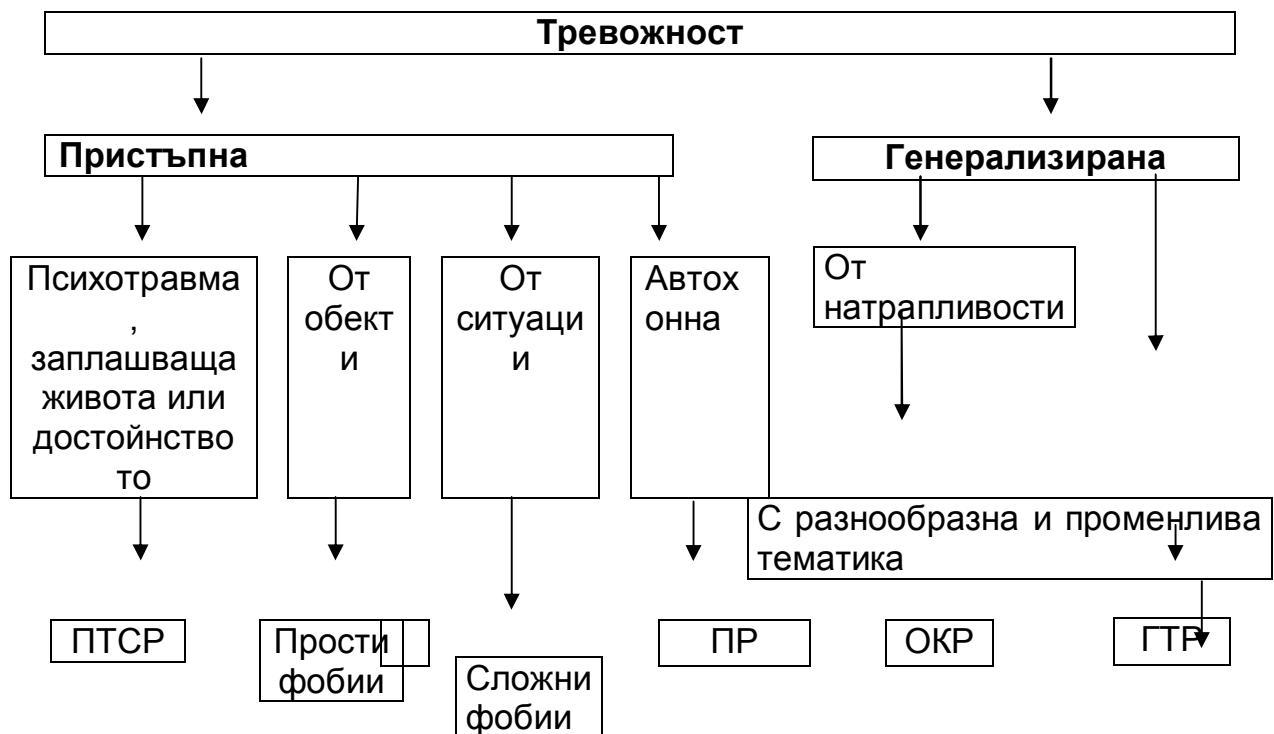
Тъй като в нашата работа разглеждаме тревожността като един от факторите във взаимовръзка с формирането на неефективни копинги за справяне, за нас е важен изводът, че тревожността е с „обратен знак“ именно в тези случаи, когато тя е неадекватна на обектите и ситуациите, когато е под такива форми, които свидетелстват за загуба на самоконтрол, за преживяване на силни вълнения, за напрегнато очакване (Попов, 1994:32-33).

Макар и условно, тревожността може да се раздели на отделни подвидове. Според Николкова, симптомите на отделните видове тревожност могат да бъдат представени не само по тяхната клинична проява (Фигура №2) , но и като определена индивидуална обогрeност – Таблица №4 (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:205).

Таблица № 4. Соматична и психична тревожност.

Соматична тревожност - симптоми	Психична тревожност - симптоми
Тремор, усещане за треперене и нестабилност Болки в гърба, главоболие Мускулно напрежение Хипервентилация (недостиг на въздух) Астения (уморяемост) Вегетативна хиперактивност (бледост или зачервяване на кожата, тахикардия или палпитации, изпотяване, „студени ръце“, диария, сухота в устата, често уриниране) Дисфагии (затруднено гълтане) „Буца“ в гърлото Дискомфорт в стомаха	Чувство на уплаха Затруднена концентрация Свръхбодност Инсомния Понижено либидо Вътрешна напрегнатост, припряност Несдържаност, избухливост Рефлекс на стряскане

Фигура №2. Тревожността в клиничната картина на тревожните разстройства



Състоянието на тревожност има многопланов характер. Вниманието се насочва към това, че не всички хора изпитват тревожността по един и същ начин: в неговата реализация участват различни страни на психиката. Така наред с емоционалните и мотивационните процеси голяма роля би трябвало да се отрежда и на перцептивните, интелектуалните, мнемичните и двигателните процеси (Николкова, 2002:206; Смит и Елиът, 2011:126).

Предвид спецификата на тревожността при съзависимите майки (вследствие зависимостта на детето им) ние считаме, че при тях, нейното абнормно завишаване е обвързано с преживяването на неодобрение в междуличностните отношения в нашия случай, на взаимоотношенията със зависимия към вещества (често и с другите членове на семейната система). Тъй като развитието на зависимост, заплашва ценностите, към които са се придържали и които са били определящи за тях като личности, преди семейната система да бъде подчинена на цикъла на прием на веществото от детето им (Съливан, 1945; Мей, 1950, по Крейхед и Немероф в Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:181).

В състояние на тревожност страдат преди всичко сложните форми на целенасочена дейност, нейното планиране и оценка (Христозов, 1994; Николкова, 2002). Може да се предположи, че при съзависимите тези нарушения се проявяват чрез формиране на неефективни копинг стратегии (модел) за справяне с проблема. Тъй като сред многобройните фактори, обуславящи различната устойчивост при отделни индивиди в състояние на тревожност, съществено място се отнежда на адекватността на личностовата самооценка с оглед взаимодействието ѝ с разнообразието от жизнени събития, приемаме че ниската самооценка при съзависимите, също е е обвързана с прилагането на неефективни копинг стратегии за справяне .

1.6.2. Депресия

Депресията е състояние на увредено функциониране с потиснато настроение, промени в съня и апетита, психомоторна забавеност, увредена концентрация, анхедония, умора, чувство за безнадежност, разстройство на съня, в някои случаи и мисли за самоубийство (Каплан и Седок, 2003:149). Депресивните разстройства водят до изразено влошаване на социалното функциониране и понижаване качеството на живот и понякога представляват риск за живота на човека (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:321). Депресивният синдром се среща при различни състояния и болести. Макар, че депресията традиционно се разглежда като медицинско заболяване, съвременните изследвания показват, че генитичните фактори обясняват само около 16% от депресивните разстройства. За много хора житейските събития са най-важните причини (Бърнс, 2010:16)

В нашата работа, ние се позоваваме на изследванията на Килхолц (1972), който въвежда понятието *депресия от изчерпване*. С този термин обозначава прости депресивни развития, причинени от продължаващи с години и дори десетилетия сблъсъци с осъзнавани хронични или хронично повтарящи се емоционално обременяващи дразнители, които до момента на отключване на състоянието, са били овладяни (по Попов, 2003:97). Тези констатации са в подкрепа на идеята, че неконтролируемите неприятни събития могат да създадат

очакването, че човек не може да контролира стресорите, което да доведе до отдръпване и безнадежност (Енциклопедия по психология, 2008:215)

Считаме, че в процеса на формиране на съзависимост и съзависимо поведение се сблъскваме точно с този феномен, при който невъзможността за овладяване на емоционално обременяващи хронични дразнители (съжителството със зависимия), води от една страна до депресивност, а от друга – до прилагане на неефективни копинг модели за справяне с проблематиката. В този случай развитието на депресия от изчерпване е разбираемо с оглед на причините, които са я предизвикали. Съгласни сме, че депресивната картина много често би могла да се предхожда от дългогодишни продромални фази – най-напред раздразнителност и бърза уморяемост, след това психосоматична фаза с разнообразни вегетативни и функционални органични разстройства при съзависимите лица.

Важни за задълбоченото анализиране на състоянието са следните фактори:

1. Епидемиология: Приема се, че от 6 до 15% от населението удовлетворяват критериите за депресивен епизод през даден период от жизнения цикъл. Установява се честа коморбидност с други разстройства – алкохолна болест, тревожни разстройства, диабет, артериална хипертония, коронарно-съдова и мозъчна болест;
2. Пол: Жените страдат два пъти по-често от депресивни разстройства. По-високата честота се обяснява с хормонални и конституционални особености, които формират предиспозиция към афективни разстройства. Рискът от осъществяване на самоубийство е три пъти по-висок при мъже, въпреки че честотата на опитите за самоубийство е двукратно по-малка спрямо тази при жени. Приема се, че при жените честотата на депресивните разстройства е между 12 и 25% от общата популация, докато при мъже този процент е между 6 и 13% (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:321);
3. Възраст: Обикновено началото е в млада и средна възраст, но с

на възрастта процентът на депресивните разстройства нараства и опитите за самоубийство зачестяват;

4. Етиопатологични механизми: Етиологичните причини са многофакторни. Установява се генетична предразположеност, личностови фактори, механизми, свързани със стреса и други средови въздействия.

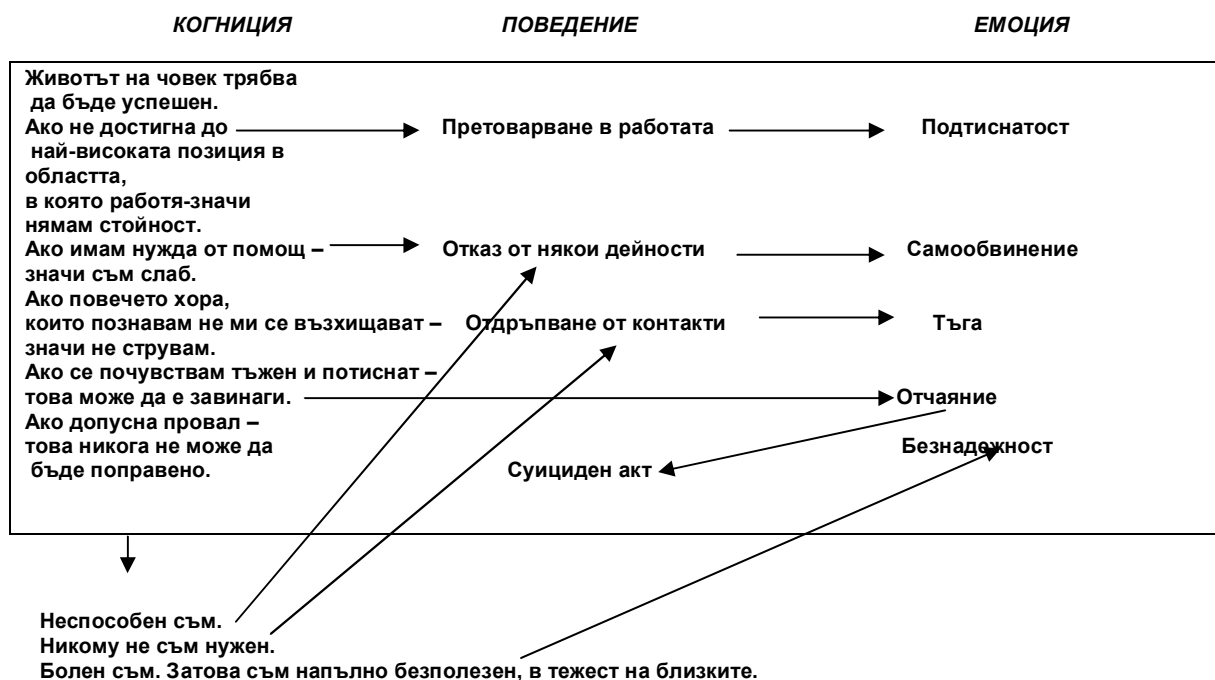
Базисните нагласи на склонния към депресивни реакции индивид са свързани с представата му, че животът на един достоен човек трябва да бъде успешен. Тази успешност се оценява в зависимост от ценностната система: хедонистично настроеният индивид смята, че съществуването му трябва да бъде изпълнено с приятни изживявания и приема неизбежните периоди на душевен дискомфорт за фатални; амбициозният човек е насочен към постиженията (материални или професионални) и възприема всяка крачка назад като катастрофа; ориентираният към близост и приятелство са чувствителни към негативните оценки, отхвърлянето, раздялата, смъртта на близки хора. Общото за всички склонни към депресии хора са някои особености на приемането на негативните страни в живота:

- 1) Неудачите се приемат като личен провал, резултат на собствената непълноценност;
- 2) Лошите периоди или неуспехите се приемат за непоправими и трайни.

При депресията е налице обратно забавен, насочен навътре, към себе си мисловен поток, към своите емоционални и волеви процеси, обогрени с тъга, мъка, виновност (Узунов, 2010:289-290). Семейните отношения имат двустранен ефект: могат да ни предпазят, ако са здравословни, но могат и да задълбочат страданието, ако са дисфункционални и нашата потребност от близост остане неудовлетворена (Голман, 2010:260).

Според Николкова и Маринов (2002), взаимовръзките между когниция, поведение и емоция, които довеждат до неадаптивни поведенчески реакции и стратегии (неефективен копинг модели) при депресия, закономерно предизвикващи ограничаване на сферите на активност и контакти и понижаване на самооценката, може да бъде представен по начина, указан в фигура №3 (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:323).

Фигура №3. Взаимовръзки между когниция, поведение и емоция.



5. Протичане: Депресивното разстройство може да протича по различни модели. Най-често ремисиите са чисти, а епизодите се проявяват през пролетните и есенните месеци, но понякога се установява така наречената двойна депресия, при която е налице подлежащо дистимно настроение, оставащо след отзвучаване на депресивния епизод. Обикновено тенденцията е към зачестяване, но в някои случаи след отзвучаване на епизода заболяването се прекратява (Каплан и Седок, 2003:150).

Не са редки случаите, при които честите епизоди водят до трайни промени в личността с изграждане на такива характеристики като себенеувереност, песимистични възгледи, загуба на чувство за хумор, ригидност на поведението и др.

За да може да се постави диагноза депресивно разстройство (МКБ-10,1992) следва да са налице за период от поне две седмици определени симптоми:

- безрадостност и загуба на интереси, неспособност да се изпитва удоволствие (анхедония);
- повишена уморяемост (астения).

Към тях могат да се включат и следните факултативни симптоми:

- двигателна потиснатост (психомоторна ретардация), депресивен ступор (пълно отсъствие на двигателна активност), забавено мислене, тиха и забавена реч;
- влошена концентрация на вниманието (хипопросексия);
- мисли за вина, мисли за безперспективност, песимистични нагласи;
- мисли или действия за себеувреждане или самоубийство (самоубийствено поведение);
- разстройства на съня (инсомния по-рядко хиперсомния), на-чести са трудното заспиване и ранното събуждане;
- разстройство на апетита (понижение, по-рядко повишение), загуба на тегло повече от 5% ;
- разстройства на сексуалното влечение (понижено либидо, но понякога е повишено);
- „безпричинни“ болки в различни части на тялото (гръден кош, корем, стави, глава и др.) (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:324).

При депресивното разстройство се различават три типа депресивни епизода. В Диагностичния и статистически наръчник на психичните болести, четвърто ревизирано издание са описани обстойно диагностичните критерии при трите типа депресивни епизоди (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000: 381).

Лек депресивен епизод: Установяват се поне два от основните симптома и поне два от факултативните симптоми. Те се проявили в лека степен и се установяват за период от повече от две седмици. Отбелязва се лека, но преодолима социална дисфункция.

Депресивен епизод с умерена тежест: Поне два от основните и поне три от факултативните симптоми са налице за поне две седмици. Има забележима симптоматика. Маркира се трудност в преодоляването на социалната дисфункция (значителни затруднения при изпълнение на професионалните и домашните задължения).

Тежък депресивен епизод: И трите основни симптома се наблюдават в тежка степен. Поне три от факултативните се установяват също в тежка степен. При бързо развитие (тежка психомоторна ретардация до ступор, изразени суицидни тенденции, мисли за вина, рязко отслабване на телло и мъчителна инсомния) може да се постави диагноза без да се изчакват две седмици от началото на епизода (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:325).

Съществуват редица затруднения при общуването, които се различават в зависимост от тежестта на депресията. При леко депресивно разстройство пациентът трудно ще сподели симптомите на депресията. Тези симптоми наподобяват нормални, но осъдителни начини на поведение и качества като например мързел, мудност, по-трудно съобразяване. Депресивният човек се чувства отговорен за тези състояния. Затова той може да постави на преден план симптомите на телесен дискомфорт. Във връзка с това е полезно да се провери как е реагирал той при сходни обстоятелства в други периоди от живота си (Макензи, 2007:54).

При по-тежки форми на депресия затрудненията в контакта са от друго естество – депресивният често пъти е пасивен, т.е. нуждае се да бъде окуражаван и подтикван да сподели преживяванията си. Подтикващите към разговор реплики не бива да са много чести и настойчиви, както и да нямат сугестиращ характер, тъй като пациентът бързо минава в позиция на формално подчинение и затвореност. Най-голямо изпитание за терапевта са споделените суицидни мисли и намерения. Необходимо е спокойно отношение към чутото, топлота и разбиране с цел изследване на подлежащите преживявания за да не се създаде у страдащия чувството на неразбиране и самотност (Каплан и Седок, 2003:153).

При депресивния индивид най-много страда самооценката и точно тя е най-важно да бъде повлияна. Удачно е пациентът да бъде информиран както за честотата на депресията като заболяване, така и за честотата на депресията като начин на реагиране. Ако той има реални житейски основания да бъде потиснат, настроението му следва да бъде оценено като нормално при дадени обстоятелства (Каплан и Седок, 2003:150; Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:328-329).

Тъй като предполагаме абнормно завишени нива на депресия при съзависимите лица, считаме, че за да се постигне максимално добра терапевтична съгласуваност, конкретно в нашата работа и да се проведе оптимална терапия, следва да се обясни естеството на депресивността като се подчертае, че не става въпрос за „мързел“ или „глезотия“, а се изисква специализирана помощ и подкрепа за да бъде преодоляна.

В това отношение ние се опираме на резултатите от изследване на Бек и Браф (1999), което сочи, че по време на периоди на депресия се губи част от способността за ясно мислене. Отрицателните събития придобиват все по-голяма значимост, колкото по-депресирани и нещастни се чувстваме, толкова по-изкривено става мисленето ни (по Бърнс, 2010:75). Феномени, които според нас, ще се наблюдават в прилаганите от съзависимите неефективните копинг стратегии (модел) за справяне с проблема.

1.6.3. Болка

Създаването на патологичен модел на реакция за преживяната болка има важна причинно-следствена връзка с повторяеми продължително време събития, предизвикващи страх, тревожност, и депресия (Mogil&Folkman,1984). Опирайки се на установеното в поредица от дълги изследвания от Крейг (1994),че стресовите усещания са резултат от болка, предполагаме, че при съзависимите се създава затворен кръг, при който колкото стресът е по-голям, толкова по-голямо е усещането за болка, колкото нивото на болката е по-високо, толкова се увеличава нивото на стреса (Mogil&Folkman,1984,по Башари,2003:23; Craig,1994:262).

Болката е сложно и многостранно психично състояние, представляващо група от критични, субективни и непреодолими усещания. Това е понятие, което е трудно за описание, за количествено и качествено определяне въз основа на обективни критерии (Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:111; Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:302).

Сложността на болката се определя от участието и в динамичната система на генетичните, биохимични, физиологични и други фактори при произвеждането и предаването на нервната информация към мозъчните структури. Към това се добавя и комбинацията между емоционални и когнитивни фактори, които участват при възприемането и предаването на информацията към по-сложни болкови усещания и връщането им обратно (Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:111).

Опитите да се даде определение на болката първоначално се свеждат до общи формулировки като неприятно усещане с физически или психически произход, което предизвиква реакция на организма, обикновено с поведение на избягване (Каплан и Седок, 2008:106).

Според *Мелзак и Катц*, усещането за болка зависи от психологическите и социални условия (Melzak&Katz, 1994:338). Акцентира се върху сложността на субективното изживяване при това психично състояние. Индивида е единственият източник за отчитане на съществуването и определяне на спецификата и. Уейсенберг (Weinsenberg, 1994) представя серия от изследвания, които доказват, че когнитивните процеси или убеждения влияят върху възприемането на болката и справянето с нея (по Башари, 2003:22).

Когнитивният подход разглежда пътя, по който индивидът усеща, обяснява и се отнася към болката си. *Фолкман* (Folkman, 1986) определя съпротивата на болка като когнитивни и съпротивителни усилия на личността да намали, овладее или да потисне тези външни и вътрешни дразнители, които предизвикват усещането.

Теорията на портала (*Gate Theory*) на Мелзак и Уол (Melzack&Wall, 1965), която в основата си е невропсихологичен конструкт, включващ централна и периферна нервна система, се опитва да обясни преживяването на болката с когнитивни и афективни компоненти. Въз основа на това, създателите на тази теория изказват предположение, че задействането на нервните клетки е повлияно от други клетки в гръбначния стълб, които действат като портали като възпират или облекчават преминаването на постъпващата информация. С други думи мозъкът не възприема пасивно информацията за болка, а влияе върху възприемането на тази информация,

решава дали тя е достатъчно важна за да я възприеме или отхвърли. От тук и името на тази теория – теория на портала, която е обхватна и релевантна относно разбирането на когнитивните аспекти на болката (Башари, 2003:22). Повече от всяка друга теория се обръща внимание на разбирането и изучаването на когнитивните аспекти на болка. Подчертава се, че в успешното преодоляване са намесени когнитивно-мотивационни елементи като сензорния елемент остава непроменен (Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:111).

Бихевиористичният подход установява болка посредством съществуване на поведение при болка, а не посредством доклад на пациента за усещанията му. Тази рефлексорна реакция може да се развие в операционална реакция, т.е. в хронична болка (всекидневно възникваща болка в продължение на 6 или повече месеца). Ако средата предлага фактори, свързани с противопоставяне на болката, като подкрепа и социална емпатия, то би било възможно да се изработи стратегия за справяне с проблемната ситуация (Башари, 2003:23).

Важно е да се подчертае, че емоционалната реакция на болката е различна при различни индивиди и в голяма степен определена от техния минал опит. *Значима особеност в тези случаи е, че след изчерпване на защитната емоционална реакция може да последва потиснатост, тъга и депресия, които често се комбинират с безсилие, умора и апатия.* Специално място имат негативните Аз-концепции, при които индивидът вярва, че е жертва на зла съдба и нищо не може да се направи. Чувства се безпомощен и обречен (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:303).

Болката при съзависимите (майки на зависими лица) е свързана с ежедневно повтарящите се събития, предизвикващи страх, тревожност, и депресия. Считаме, че в преодоляването на болката при тях, ключовите терапевтични стратегии в процеса на групова работа, трябва да бъдат насочени към преформулирането на техните негативни вярвания („нищо не може да се направи“; „обречени сме“) и болезнени емоционални преживявания („не мога да спра да мисля за това какво щеше да стане, ако бях

закъсняла... когато го намерих - дишането му беше спряло”; „само ужаси са ми в главата” „изхабена съм...не мога повече...”, „приятелят му си отиде...той е следващия”). Ето защо в този случай, според нас са подходящи терапевтични програми, които съдържат емоционално-отреагиращи и мотивационни техники в съчетание с подкрепящ и насърчаващ терапевт с висок професионален капацитет.

1.6.4. Адаптация, стрес и стресова симптоматика

Адаптацията е процес на приспособяване на организма и личността към изменящите се условия на средата и в по-висша степен приспособяване на средата към изискванията на индивида. Връзките между средата, стреса и емоциите, от една страна, и адаптацията от друга, са естествени и не се поставят под съмнение. За това допринася и общият анатомо-физиологичен субстрат – корово-подкорови образувания и вегетативна нервна система, най-често свързани с кръга на Рарез (лимбични структури), който е ангажиран както по време на стреса, така и по време на адаптацията (Силами,1996:8; Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:254).

Психичната адаптация зависи не само от стресора, но и от неговата продължителност и интензивност. Карастоянов и Русинова-Христова, проследяват развитието на теорията за общия адаптационен синдром. Те конкретизират, че формулирането на тази теория от Ханс Селие (Hans Selye,1950) е следствие на продължителни теоретични и емпирични изследвания на няколко поколения учени, сред които френския физиолог Кристиан (Клод) Бернар и Уолтър Канон (Bernar&Canon,1929). Бернар развива идеята, че постоянството на вътрешната среда на организма е основно условие за неговото съществуване и независимост от външни обстоятелства. Уолтър Кенън, продължава тази идея като създава теорията за хомеостаза. Той посочва, че когато организма е изложен на стрес (при въздействие на външна сила или някакъв друг стимул, който нарушава равновесието им) се развива хомеостатична тенденция за възстановяване на първоначалното състояние (Карастоянов и Русинова-Христова,2000:12). Впоследствие Селие изяснява психофизиологичните стадии, през които тялото преминава при продължителен стрес (*общ адаптационен синдром*), както и

лимита на ресурси и енергия, ако стресът продължи твърде дълго (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:257). Прекомерният стрес (дистрес) предизвиква дезорганизация в поведението и повишава активността на вегетативната нервна система в нейния симпатиков дял. Това осигурява възможност за преодоляване на състоянието. Поведенческите реакции на стрес са преди всичко индивидуално-психологически феномен (Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:33).

Според Мавродиев, хроничното преживяване на ситуации, съпроводени с продължителен стрес и повишена уязвимост на индивида е съпроводено с чувство за несигурност, с болка, с тревожност. Налице е хаотичност, няма контрол над мисли, емоции и поведение. Напрежението е с висок интензитет – може да е съпроводено с агресия, или с потиснатост, депресивитет (ступор).

Когато личността не може да се справи със събитието с ресурсите от знания, умения, подходи, с които разполага, а травмата надхвърля възможностите на индивида за справяне, т.е. стресорите се оценяват като непоносими – всяко подобно състояние е критично за личността.

Изходите от това усещане за два: а) личността ще го преживее и преодолее; б) да не може да се справи и да изпадне в състояние на трайна дезадаптация, може да се стигне до смърт – физическа и/или психическа (вегетиране) (Мавродиев, 2004:70-71; Попов, 2003:119).

Преживяването на взаимоотношенията стрес-адаптация са двупосочни. Организмът със своите адаптивни системи се стреми да намали стресовото въздействие, като запази телесния и психичен интегритет на индивида. Адаптацията е свързана със следните нива:

- Социално-психологично (промяна в стереотипите);
- Психологично (промяна в актуалното психично състояние);
- Биологично (промяна във вегетативно-хормоналната система) (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:255).

В съвременното разбиране на феномена адаптация, базирано на разработките на Джон Мейсън, Ричард Лазарус и Сюзън Фолкман (Mason, 1975, Lazarus & Folkman, 1984), социолозите, медиците, социалните работници, в частност психолозите, полагат два основни компонента на взаимодействие:

- 1) индивидът и рисковите фактори;
- 2) взаимодействие със социален стрес (Петкова и Николкова, 2002 в Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:255).

Тъй като нашите усилия са насочени към създаване и апробиране на програма (тренинг), който да окаже положително влияние върху съзависмите (майки на зависими лица) в посока – понижаване на тревожността, депресията и стреса и в избор на по-ефективни копинг стратегии за справяне, необходимо е да проучим внимателно тези два фактора и разбирането за адаптацията в психо-социалното функциониране на индивида.

Най-важните страни на тези два компонента, определящи адаптацията на индивида според Петкова и Николкова, са систематизирани в таблица №5 (Петкова и Николкова, 2002 в Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:256).

Таблица №5.А. Рискови фактори за социално адаптация на индивида – Стрес; Потенциал за справяне; Уязвимост на индивида към стрес.

Първо: Рискови фактори за социално адаптация на индивида - Стрес		
Остър стрес Причинен от внезапно събитие, катастрофа, провал, загуба, които са значимо негативни за индивида	Всекидневен стрес Свързан с всекидневни негативни затруднения от разнороден характер като конфликти, <u>значителни промени в здравето или поведението на член от семейството</u> , липса на пари, несигурност в основни и елементарни неща от бита;	Професионален стрес Определя се от качествено различния стил на управление, придобития професионален опит, свободата във вземане на професионални решения и в личната инициатива на индивида; Усвояването на познания

Таблица №5.Б. Рискови фактори за социално адаптация на индивида – Стрес; Потенциал за справяне; Уязвимост на индивида към стрес.

Второ: А. Потенциал за справяне Б. Уязвимост на индивида към стрес			
А. Потенциал на индивида за справяне със стрес	Личностова зрялост, включваща добри комуникативни умения с емоционално диференцирани, устойчиви преживявания, с добър самоконтрол над тях.	Добри стратегии и успешен личен опит на справяне с проблемни жизнени ситуации.	Добра психосоматична конституция и липса на хронични заболявания.
Б. Уязвимост на индивида за справяне със стрес	Разстройства на когнитивни и емоционални психични процеси. Снизен фрустрационен толеранс, загуба на работоспособност, съпътствана с продължителна умора, загуба на наслада и удовлетворение при извършване на дейности, значими за индивида и при общуване.	Невротични симптоми, повишена тревожност, безпокойство, раздразнителност. Разстроен сън, затруднено възстановяване след обичайния интервал от почивка; намален апетит; колебания в телото; прибягване до медикаменти (успокоителни, транквилизатори, сънотворни, болкоуспокояващи) или алкохол и наркотици	Повишена заболяемост към простудни, грипни, вирусни заболявания; Рецидиви на минали заболявания; обостряне и хронифициране на заболявания, които преди това се били в ремисия; нови болестни разстройства.

Когато човек преживява стрес, той влияе на неговото тяло, на чувствата му и понякога на здравето или взаимоотношенията му с другите. Стресорите (събитията, които хората възприемат като стрес), зависят от това как индивидът

интерпретира събитията. Разбира се, някои събития като смърт, загуба на близък или хронично заболяване се идентифицират като стресови (Попов, 2003:124). Картината на нарушена адаптация при стрес обикновено включва депресивно настроение, тревожност, безпокойство (или смесицата от тях), като продължителност под 6 месеца определя разстройството като остро, а над 6 месеца се приема за хронично (МКБ-10, 1992: F43.2).

Според Каплан и Седок (1996) могат да бъдат диференцирани следните разновидности на разстройство на адаптацията:

- а) с депресивно настроение;
- б) с тревожност;
- в) тревожно-депресивно състояние;
- г) с разстройство в поведението;
- д) със смесени нарушения в поведението и емоциите (Каплан и Седок, 2003:353).

Изследванията в последните години непрекъснато показват *наличието на взаимоотношение между стресиращите житейски събития и разстройствата в поведенческите модели на личността* (Бърнс, 2010:232; Голман, 2010:303). Билинг и Мус, Тойтс (Billing& Moos, 1981, Thoits,1983) разглеждат наличието на променливи, които действат като опосредстващи звена в този процес, включват личните оценки на индивида, личностните му характеристики, социалната подкрепа и методите за справяне (Пълен наръчник по психотерапия, 2002:560-561).

Данните от тези изследвания са особено ценни за нас, тъй като ни насочват към избора на подходяща терапия(в процеса на обучението в компетентности за справяне), както и към по-точно прогнозиране на конкретните начини, по които съзависимите биха могли да променят реакциите си на тези събития. Тъй като социалната подкрепа се получава от обкръжението, където терапевтът е значима и авторитетна фигура (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:266; Пълен наръчник по психотерапия психотерапия,2002:682), би могло да се приеме, че тази подкрепа, може да бъде буфер между човека и стресорите и конкретно при съзависимите, да съдейства за формиране на по-ефективни копинг стратегии за справяне.

Възможностите на индивида за психологична защита, формираните стратегии за справяне със стресови ситуации и потенциалът за възстановяване са факторите, които предопределят отговора към стресови събития с висока степен на уязвимост за личността. Стресовата симптоматика обхваща емоционални и поведенчески симптоми като отговор на стресогенното въздействие (Уилкинсън, 2007:101; Бърнс, 2010: 233).

Обхватът на психологичните реакции, преживявани от хората в резултат на повторяеми стресови събития е доста широк и според клиничния опит, включва не само необходимите за диагнозата симптоми, но също и тези на депресия, тревожност, както и проблеми в когнитивното и социалното функциониране (Пълен наръчник по психотерапия, 2002:560). Първоначална причина за разстройството е стресът, но успоредно с това се отключва картина на сериозни нарушения в нормалните психологични процеси (Уилкинсън, 2007:103).

На тази основа съвсем приемливо би било, нашето внимание да бъде насочено към възможностите за социална подкрепа и научаването на по-адаптивни социални поведения (по-ефективни копинг стратегии и модели за справяне), които груповите терапии предлагат (Енциклопедия по психология и поведенческа наука, 2008:181; Пълен наръчник по психотерапия, 2002:276;).

Също така, в нашата работа за нас е важно да определим тези събития, които съзависимите преживяват и които с голяма вероятност предполагат развитието на стресова симптоматика. Конкретизирането на тези изживявания, съпътстващи живота на близките на зависими лица, според нас ще допринесат за по-задълбоченото изследване природата на неефективните копинг стратегии (модели) за справяне с проблема, които съзависимите формират. По този начин ние ще можем да обмислим внимателно и да приложим при провеждането на планирания от нас формиращ експеримент, така подбрани формиращи методи, които да имат положително влияние в посока – понижаване на тревожността, депресията и стреса и в избор на по-зрели копинг – стратегии и модели на поведение от съзависимите лица.

За да подпомогнем процеса на преживяване на стресовата симптоматика, е необходимо да следим внимателно динамиката на промяната в съзависимите. Ако ограничим изказа на емоционалната болка и понесените загуби, това е неблагоприятно и не помага за успешно справяне. Необходимо е да „отворим пространство“ за отреагиране и преформулиране на преживените стресори. Да позитивираме постигнатата промяна и да окуражаваме само реалистични измерения. Важно е също така, когато съзависимите споделят своите негативни преживявания и емоции да проявим емпатия, спокойствие и сдържаност, с оглед запазване на терапевтичния баланс и увереност в разбирането на споделените проблеми.

1.6.5. Копинг стратегии за справяне със стреса

Ричард Лазарус, формулира понятието «копинг» за първи път в доклада „Теория за стреса и психофизиологически изследвания, изнесен на междуфакултетния симпозиум в Стокхолм, Каролински институт през 1965г. В цялостен вид неговата теория за стреса и процесът на справяне (coping process) е изложена през 1966г. в книгата му „Психологическият стрес и процеса на справяне“ (www.isp-bg.com). Според него, смесването на физиологическите и психологическите нива води до погрешно разбиране на стреса, тъй като една и съща физиологична реакция може да възникне, както във връзка с физическо въздействие върху организма, така и като резултат на психологически фактори. Лазарус разглежда стресовата реакция единствено и само в контекста на структурата на личността, която взаимодейства с външните ситуации посредством когнитивни процеси. Докато физиологичният подход на Селие (1950) допуска, че въпреки различията и специфичните детайли, съществува обща адаптационна реакция, независима от специфичното природо на стимула, то психологичната позиция подчертава специфичността на адаптационната реакция, в зависимост от характера на стимула и индивидуалните особености на организма (Fumi,& Naughton,1997). В рамките на когнитивния модел за разбиране психологическите механизми на стреса, Лазарус разглежда стреса на три нива: първичната оценка, свързана с процеса на

възприемане и оценяване на заплахата за индивида, вторичната оценка - процеса на търсене на потенциален отговор на заплахата и справяне със стреса (копинг) – в процес на изпълнение на този отговор. Съвременното разбиране на стреса, определя взаимоотношение между личността и средата, в което средата е оценена от личността като поставяща я на изпитание или надхвърляща ресурсите и за справяне и застрашаваща психичното и благополучие (Lazarus & Folkman, 1984).

В този смисъл, чрез изследването, представено в настоящия труд, копинг стратегиите, които съзависимите прилагат в отговор на стреса от съжителството със зависимия, могат да бъдат дефинирани като медиатори в процеса на поддържане на психическото и физическото им здраве.

Карвър, Шейер и Уейнтрауб отбелязват засиления изследователски интерес към копинг стратегиите, с които хората отговарят на стреса като уточняват, че повечето подходи при изследването на копинга се позовават на Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1984) като акцентират върху различни аспекти на копинг отговорите (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Крон (Krohne, 2002) проследява развитието на теорията на Лазарус и се спира на последната и ревизия (Lazarus, 1991). Тук копингът се разглежда като съвкупност от процеси, същността на които се състои в усилията на индивида да се адаптира към стреса, да контролира ситуацията и да съхрани дейността си на фона на стреса. От тук произтичат и насочването към избор на копинг стратегии, основани на ресурсите на личността и средата. Има три основни копинг стила, които хората използват, когато се опитват да се справят или да премахнат даден стресор: проблемно-фокусиран копинг стил, емоционално-фокусиран копинг стил и избягващ копинг стил (Krohne, 2002). От своя страна Лазарус развива и обогатява своята теория за стреса като създава теория за емоциите. В публикацията „Psychological stress and emotions”, той изказва предположение, че емоциите, които хората изпитват при избора на един или друг копинг се нуждае от по-задълбочено изучаване. Според Лазарус копингът „оформя” емоциите, а по-задълбоченото изследване на емоциите, които хората изпитват при прилагане

на дадена копинг стратегия ще позволи по-точно да се оцени влиянието на междуличностните взаимоотношения при избора на стратегии за справяне със стреса (Lazarus, 1993). Фуми и Наутън правят преглед на теоретичните позиции в разглеждането на копинга, като подчертават, че природата на отговорите към стресови събития в човешкия живот се разглежда през тридименсионалната призма на биопсихосоциалният подход. *Тъй като не сме запознати с поведенчески акт или заболяване, които да не показват биопсихосоциални фактори в своето развитие, за нашите изследователски цели е значимо важно установеното при изследване на копинг отговорите към стресови събития. Според тях трябва да се имат предвид следните компоненти: а) въпреки усилието от страна на индивида, копингът може да не бъде ефективен; б) усилието може да бъде проявено в конкретен поведенчески акт, но може да бъде и познавателен акт; в) когнитивната оценка на индивида за сложността на ситуацията е необходимо условие за предприемане на копинг стратегия (Fumi&Naughton,1997) .*

Като ефективни се определят тези копинг стратегии, при които човек има преживяването за контрол над ситуацията и може да организира и ръководи преодоляването на стреса. Тази оценка е важна, защото когато събитието се изживява извън контрола на индивида, стресът е по-изразен. Неефективни копинг стратегии са тези, при които се губи чувството за контрол над ситуацията и индивидът е убеден, че не може да се справи със стресорите (Психиатрия, психология и психотерапия, 2002:260). *Възможно е абнормно засилване на контрола, което ние наблюдаваме при съзависимите, именно поради усещането за безпомощност и безперспективност, независимо от предприеманите действия за овладяване на събитията, вследствие от злоупотребата с вещества на детето им. Когато ситуацията хронифицира (поредица от житейски неуспехи), се стабилизират ирационалните убеждения и често оценките са: не мога да променя нещата; всичко е провал; аз съм неудачник.*

От направения обзор на литературата относно схващанията за копинг ресурсите - копинг стратегиите - копинг отговорите и предвид целите на нашето изследване, можем да направим заключение, че сложността на проблема за изработването на успешни модели (копинги) за справяне със стреса се дефинира от степента, до която представянето на неефективните копинг модели е специфично за някаква ситуация или събитие. В нашия случай ситуацията на съзависимост към проблемите на зависимия. Ето защо нашите усилия при провеждането на формиращ експеримент ще се насочат към апробиране на по-ефективни копинг стратегии за справяне с проблемите на съзависимото поведение, породени от съжителството със зависим. Ние се позоваваме на Бютлър и Кларкин, Бютлър и Консоли (Beutler&Klarkin,1990; Beutler&Consoli,1992) като допускаме, че прогностичната ефективност на терапията при съзависимите в най-голяма степен ще повлияят следните променливи: сложност на проблема, мотивационен дистрес(тежест на проблема), потенциал за формиране на по-ефективни копинг стратегии за справяне, подходяща терапевтична модалност (Пълен наръчник по психотерапия, 2002:403). Проблемите на съзависимото поведение, към които сме насочили нашия изследователски интерес, са в отговор на проблема „зависимост”, който разстройва функционирането на семейната система. Въпросите на функционалните и дисфункционалните модели на семейно функциониране, които подробно разгледахме, позволиха да диференцираме по-нататък в нашата работа съзависимите отношения като неефективни копинг стратегии за справяне в рамките на дисфункционална семейна система. Много често неефективните копинг стратегии (модели) за справяне са именно тези крайности, които съзависимите приемат (или предприемат) в опитите да контролират поведението на зависимия. Съзависимото поведение, произтича от увереността, че именно родителят (в преобладаващата част от случаите - майката) е отговорен за чувствата, мислите, действията на зависимия, за неговия избор, желания и нужди, за неговото благополучие или липса на такова, даже за неговата съдба. В опитите си да поемат отговорност за живота на зависимия, съзависимите формират

неефективни копинги за справяне, част от които се характеризират с проявяване на крайна безотговорност към тяхното собствено благополучие. Ето защо те често страдат от хронични нарушения в храненето и съня, не се консултират с лекар, загърбват собствените си потребности. Много често „спасявайки“ зависимия, съзависимите способстват продължаващата употреба на вещества. И тогава те се гневят на зависимия. Опитите да го спасят са неуспешни. Това е всъщност е неефективен копинг (модел) на поведение, прилаган от съзависимите, които обостря проблематиката на съзависимото и зависимото поведение. Този сложен процес на повлияване между съзависимото и зависимото поведение се проявява в паралелизма на техните прояви. Като зависимостта, така и съзависимостта са продължителни, хронични състояния, водещи към болезнени изживявания и в значителна част от случаите към живот в социална изолация. При съзависимите, тази деформация се изразява в това, че вместо любов, изпитват ненавист към близките си, разкъсващо чувство на ревност, завист и безнадеждност, губят вяра във всички, често и в себе си и не се доверяват на здравите си импулси.

Предвид сложността и спецификата на съзависимостта, хронично повтарящите се силно негативно обогрени изживявания, работата по преодоляване на съзависимото поведение налага формиране на мотивационна готовност за промяна в поведението и в начина на живот.

Тъй като в нашето изследване ние сме насочени към това да подпомогнем съзависимите в избора на по-ефективни копинг стратегии (модели) за справяне (Динев,1993:41), считаме, че в преодоляването на болката от техния опит в съжителството със зависим, ключовите терапевтични стратегии в процеса на групова работа трябва да бъдат насочени към преформулирането на техните негативни вярвания и болезнени емоционални преживявания. Ето защо в този случай, според нас, са подходящи терапевтични програми, които съдържат емоционално-отреагиращи и мотивационни техники в съчетание с подкрепящ и насърчаващ терапевт с висок професионален капацитет.

Не всяка терапевтична модалност е подходящ при съзависимите. Традиционните модели на терапевтично въздействие акцентират върху принудата, убеждението, конфронтацията и използването на външни обстоятелства. Ето защо ние се насочваме към мотивационното интервюиране, чиито техники са насочени към изследване и разрешаване на противоречията, включително и на такива, които са формирани в продължение на години, както в случаите на съзависимо поведение. При установяването на терапевтичен контакт трябва да се приеме техният модел на поведение и да се създадат условия той да се прояви. Тъй като съзависимостта се явява поведенчески модел, който съзависимите са развили в опитите да се справят в тежка жизнена ситуация (зависимостта на детето им), осъждането, етикирането и даването на експертни оценки са недопустими.

Терапевтът трябва да уважава съпротивите на съзависимите и да е убеден, че техните прояви подсказват едно – той се движи прекалено бързо и очаква бързи промени. Да прояви емпатията в процеса на работа, която би могла да се съчетава с поддържане на самоефективността на съзависимите, за да могат те да възприемат промените като възможни, а самите себе си – способни за тези промени. Емпатичният подход, позволява на членовете на групата да чувстват, че са приети – в този случай съпротивите им намаляват, а самоефективността нараства.

Съгласни сме също така, че би трябвало да се избягват даването на готово съвети и оценки. Допускаме, че при много от тях за първи път би се разкрила възможност да изразят сложните, противоречиви и много лични страни на съзависимото поведение. Задачата на терапевта е да подпомогне този процес на проявяването на всички аспекти от вътрешния конфликт и да насочва към приемливо решение, което ще стане опора на промяната. Важно е да се отбележи, че в духа на мотивационното интервюиране, мотивацията за промяна би трябвало да излиза от самите съзависими, а не им се натрапва от страни.

Според нас, преминаването към по-ефективни копинг стратегии и преодоляване на неефективните копинг модели на съзависимото поведение, могат да бъдат осъществени в случаите, когато съзависимите осъзнаят

необходимостта от промяна на своя начин на мислене и стил на живот.

Втора глава

ДИЗАЙН НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1.Цел:

Реферираните научни изследвания, доказват, че в съответствие с ръста на зависими лица, расте и броят на съзависимите от тяхното близко социално обкръжение.

Изследванията в областта на формирането на компетентности за справяне с проблема съзависимост, на този етап обаче, са все още в начален стадий. В съответствие с това, целта, която си поставяме е: изследване и установяване на видовете връзки между предпочитаните копинг стратегии за справяне и нивата на психичните състояния – тревожност, депресия, стресова симптоматика при съзависимите (майки на зависими лица), а на база установените взаимовръзки от изследваните психични конструкти, предлагаме обучителни модули за съзависимите (майки на зависими лица) – за по-ефективно справяне със съзависимостта.

2.2.Задачи:

Организационно-научни задачи:

1. Преглед на съществуващите теоретични постановки относно същността на конструкта съзависимост. Проучване и систематизиране на наличните изследвания за етиологията на съзависимостта и съзависимото поведение.
2. Формулиране на хипотези, допускащи взаимовръзката между предпочитаните копинг стратегии (модели) за справяне и нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика при съзависимите (майки на зависими лица) и предполагащи възможността, те да бъдат обучени в компетентности за справяне с

проблема съзависимост чрез прилагане на по-ефективни копинг стратегии .

3. Подбор на контингента на изследването от майки на зависими лица, чрез теста за установяване на съзависимост, с цел диференциране на съзависимите от тях с висока степен на съзависимост, от не съзависимите. Обособяване на контролна и експериментална група от съзависимите майки с висока степен на съзависимост, на случаен принцип, при информирано съгласие и съблюдаване принципите за доброволност на участието и конфиденциалност по отношение на предоставената от тях информация.
4. Избор и подготовка на подходящ методически инструментариум, включващ методики за изследване на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, както и на предпочитаните копинг стратегии (модел) за справяне. Апробиране и модифициране на програма, състояща се от две части: образователна част – изложение на концепцията за зависимостта и съзависимостта и за основните признаци на съзависимото поведение и формите, в които се проявява (два модула в една сесия); групов психотерапевтичен тренинг, базиран на принципите на мотивационното интервюиране и на системата за преодоляване на съзависимостта, разработена от руската нарколожка Валентина Москаленко, включващ пет предварително подбрани теми (сесии) с цел преодоляване на съзависимостта – втора част.
5. Провеждане на психологическо изследване с двете групи (контролна и експериментална) – за установяване на нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, както и на предпочитаните от съзависимите майки, копинг стратегии – модели за справяне с проблема(констатиращ етап на експеримента).
6. Осъществяване на формиращ етап на експеримента с експерименталната група чрез прилагане на програма, състояща се от две части – образователна в два модула и психотерапевтична – работа в пет сесии по предварително подбрани теми, с цел обучение в компетентности за справяне със съзависимостта.

7. Повторно психологическо изследване (след проведения формиращ етап на експеримента) за установяване на нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, както и – предпочитаните от съзависимите майки от извадката, копинг стратегии (модели) за справяне с проблема.
8. Сравнение на получените резултати от използваните методики, при първоначалното и повторното психологическо изследване, чрез използване на статистически методи и интерпретация на получената информация (контролен етап на експеримента).
9. Обсъждане и изводи от получените резултати.

Научно-изследователски задачи:

1. Да се изследват нивата на психичните състояния – тревожността, депресията и стресовата симптоматика, както и предпочитаните копинг стратегии (модели), при съзависимите майки от извадката, преди и след обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост, осъществено с експерименталната група (контролен етап на експеримента).
2. Да се проучи взаимовръзката между предпочитаните от съзависимите (майки на зависими лица), копинг стратегии – модели за справяне – и нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика.
3. Да се изследва процеса на обучение, на съзависимите майки от експерименталната група, в компетентности за справяне с проблема съзависимост, посредством използване на по-ефективни копинг стратегии (модели), осъществен чрез програма, състояща се от две части: образователна в два модула; психотерапевтична в пет сесии (формиращ етап на експеримента).
4. Да се интерпретират и обобщят резултатите от формиращия етап на експеримента и да се формулират изводи за обогатяване на психологичната теория и практика относно работата със съзависими лица.

2.3.Хипотези

Основна хипотеза: Допускаме, че съзависимите майки ще имат завишени стойности по изследваните психични състояния (тревожност, депресия, стресова симптоматика) и съзависимостта, а също така ще преобладават неефективните копинг стратегии (модели) за справяне с проблема, но след провеждане на формирация етап на експеримента, при изследваните майки от експерименталната група, ще се наблюдават занижения по изследваните психични състояния и съзависимостта, както и промяна в избора на копинг стратегии с по-ефективни, за справяне със съзависимостта.

Работна хипотеза №1: Допускаме, че след провеждането на формирация етап на експеримента ще се наблюдават значими различия между резултатите от първото и второто изследване у експерименталната група, както по отношение на изследваните психични състояния и съзависимостта, така и по отношение на предпочитаните копинг стратегии.

Работна хипотеза №2: Предполагаме че, резултатите при контролната група, по отношение на изследваните психични състояния, съзависимостта и предпочитаните копинг стратегии, ще се запазят относително еднакви при първото и второто изследване.

Работна хипотеза №3: Допускаме ме, че съществува взаимовръзка между тревожността, стресовата симптоматика, съзависимостта и копинг стратегиите. Като при експерименталната група, понижаването на тревожността, депресията, стресовата симптоматика, са свързани с избора на по-ефективни копинг стратегии и занижаване на съзависимостта, а при контролната група, запазването на нивата на тревожност, депресия, стресова симптоматика е свързано с поддържането на неефективни копинг стратегии и запазване на съзависимостта.

2.4.Предмет на изследването – е взаимовръзката между избора на копинг стратегии и нивата на изследваните психични състояния – тревожност, депресия, стресова симптоматика. Въздействието на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта (формиращ етап на експеримента) върху избора на копинг стратегии при съзависимите майки от експерименталната група.

2.5. Процедура на провеждане на експерименталното изследване

2.5.1. Констатиращ етап на експеримента

В периода *октомври – ноември 2011г.* е осъществен подбор на изследвани лица като е формирана *извадка от майки на зависими лица.*

На първия етап чрез Теста за установяване на съзависимост, е диференцирано нивото на съзависимост при всяка от тях.

На всички майки, обхванати в извадката, е дадено разяснение за нуждата от участие (*доброволно*) и е отправена молба за съдействие - за точно, пълно и искрено попълване на „Тест за установяване на съзависимост“. Изследвани са 275 майки на зависими лица от – гр.Благоевград (112 бр.И.Л.); гр. София (90 бр.И.Л.); гр. Стара Загора (45 бр.И.Л.); и гр. Пловдив (28 бр.И.Л.). При всички изследвани, случаят на злоупотреба с вещества от тяхното дете е с продължителност не по-малка от две години. При 229 от изследваните майки (107 от гр.Благоевград; 71 от гр. София; 24 от гр.Стара Загора; 27 от гр.Пловдив) – е установена *много висока степен на съзависимост*. При 31 – *висока степен на съзависимост* (19 майки от гр.Ст. Загора; 5 майки от гр. Благоевград; 7 майки от гр. София), а при 15 – *средна степен на съзависимост* (2 майки от гр.Ст. Загора, 1 майка от гр.Пловдив, 12 майки от гр. София). Не е установена ниска степен на съзависимост при нито една от изследваните майки.

На втория етап е предложено на майките, с *много висока степен на съзависимост* (229 бр. И.Л.), да се включат в изследването. По този начин е *минимизирана вероятността*

от системни различия поради различия в нивата на съзависимост между групите участници в експеримента (Кентауиц, Родигър III и Елмс, 2011:391). 11 майки (5 от гр.Благоевград, 2 от гр.Пловдив, 4 от гр.София) са отказали да участват – като причина са посочили липса на време или влошено здравословно състояние. 7 майки (2 от гр.Благоевград и 5 от гр.Пловдив) са отговорили уклончиво на поканата като са декларирали, че се нуждаят от няколко дни, за да обмислят отговора, но не сме успели да установим контакт повече с тях. 2 от майките от гр.Стара Загора, пожелали да се включат, са заминали, за да лекуват децата си в терапевтични общности извън страната, поради което не са обхванати в изследването.

На третия етап – 200 от майките, декларирали, че желаят да се участват в изследването, са разделени на случаен принцип, по равен брой лица в две групи – 100 майки с много висока степен на съзависимост в контролната група; 100 майки с много висока степен на съзависимост в експерименталната група. В контролната група – 50 майки от гр. Благоевград, 20 майки от гр.Пловдив, 20 майки от гр.Стара Загора и 10 майки от гр.София (100бр. И.Л.). В експерименталната група – 50 майки от гр. Благоевград и 50 майки от гр.София (100бр. И.Л.). По този начин, лица със сходни характеристики са разпределени по равно между контролната и експерименталната група (Стоянова,Ст., 2011:78). Всички майки са включени доброволно, като са запознати ясно и точно с целите на изследването и гаранциите за конфиденциалност. Те са попълнили формуляр за информирано съгласие за участие в изследването.

В периода декември 2011 – януари 2012г, съзависимите майки от двете групи (контролна и експериментална) са попълнили избраните, съобразно представения изследователски дизайн, тестови методики за установяване нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, както и на предпочитаните от тях, копинг стратегии (модели) за справяне с проблема. Тестовите са давани в последователност, описана в параграф 2.9. (Методики на изследването). Преди попълването на всяка една от

методиките, към всички майки е отправена молба за точно, пълно и искрено попълване на въпросниците. Данните от тестовите методики са подложени на статистическа обработка като са установени завишени стойности по изследваните психични състояния (тревожност, депресия, стресова симптоматика) и преобладаване на неефективни копинг стратегии (модел) за справяне с проблема при майките от двете групи (контролна и експериментална).

2.5.2 Формиращ етап на експеримента

В периода *февруари – април 2012г.*, със съзависимите майки от експерименталната група е проведено обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост чрез програма, състояща се от две части – образователна в два модула (една сесия) и психотерапевтична – работа в пет сесии по предварително подбрани теми. За целта са сформирани 10 групи. Обученията са проведени в две населени места. В гр. Благоевград – в помещението на Православен център към Неврокопска света митрополия (5 групи, всяка от които с по 10 майки); и в гр. София – в помещението на Българската Асоциация за профилактика на наркоманиите (5 групи, всяка от които с по 10 майки). Часа и датата за провеждане на всяка от срещите в шест последователни седмици са фиксирани чрез групово договаряне, съобразно възможностите и предпочитанията на майките от всяка група. Проявявана е гъвкавост и разбиране при наложителна промяна в предварителните уговорки. *Водещ* на обучението в групите: Десислава Иванова, автор на дисертационното изследване.

2.5.3. Контролен етап на експеримента

Повторното психологическо изследване е проведено в периода *май- юни 2012г.*, един месец след приключването на формиращия етап от експеримента (обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, осъществено с експерименталната група). Към майките е отправена молба за коректно, искрено и цялостно попълване на методиките. В периода от *септември до декември 2012г.*, с цел сравнение на резултатите от входа и изхода на експеримента, получените данни са подложени на статистическа обработка. През *януари-март на 2013 г.*, всички получените резултати от

изследването са – описани, анализирани в сравнителен аспект, представени обстойно и добре онагледени чрез таблици и графики. Формулирани са обобщения и изводи и са посочени приносите от собствените научни резултати.

2.6. Методики на експерименталното изследване

2.6.1.Методики при провеждане на констатиращия и контролния етап на експеримента

1-ва Методика „Тест за установяване на съзависимост”. След задълбочено проучване на тестовете за оценка на съзависимостта се спряхме на „Тест за установяване на съзависимост”, създаден от американските психолози Бари Уейнхолд и Джаней Уейнхолд (Weinhold&Weinhold, 2000 по Швед, 2009). Методиката е адаптирана от Анна Швед, един от водещите специалисти в България в областта на зависимостите и зависимото поведение и публикувана в Арка - бюлетин на Комисията по въпросите на образованието в областта на зависимостите към фондация „Стефан Батори” (Арка, №10, 2009). Изборът на методиката, е мотивиран от това, че чрез нея можем да получим базисни данни за поведенческия модел на родителите в семействата на зависими лица, както и за емоциите, мислите и чувствата, които изпитват, в процеса на “решаване” проблемите на зависимия. Създателите на теста, Бари Уейнхолд и Джаней Уейнхолд, отнасят към основните симптоми на съзависимостта: усещане за зависимост от други хора, въвличане в унижителни ситуации, неспособност за промяна на деструктивните отношения, ниска самооценка, потребност от алкохол, фиксиране на работата или други външни стимулатори за отвлечане на вниманието от своите преживявания, липса на възможност за определяне на психологичните граници (вътрешни и външни), усещане за роля на мъченик, неспособност за изпитване на истинска близост и любов.

При първоначалното изследване се установи, че всички майки от нашата извадка са с много висока степен на съзависимост (60.0 – 80.0 т.). Или във формиращия и контролния етап на експеримента, участваха само майки с много висока степен на съзависимост, като по този начин е минимизирана вероятността от системни различия между майките, участници в изследването. Следователно при установяването на *статистически надеждно различие* в поведението (съзависимостта) между майките от двете групи в контролния етап на експеримента, то ще бъде свързано с *независимата променлива* (проведеното от нас обучение). Тоест, ние сме създали такива условия (вътрешна валидност), които да гарантират, че именно експерименталното въздействие е породило ефекта (Стойнова, Ст., 2010:79), върху измервана от нас *зависимата променлива* (съзависимостта).

2-ра Методика „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър”

Този тест (виж Приложение №3) е предназначен за изследване на ситуативната и личностова тревожност. Разработеният от проф. Чарлз Спилбъргър и сътрудници от Изследователския център по психология на общностите към Университета в Южна Калифорния – Тампа, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), намира широко приложение, както за изследователски цели, така и в клиничната практика (Spielberger, et al., 1970, 1983).

Това, което Спилбъргър въвежда при описанието на тревожността е преди всичко стремението за описването ѝ като *емоционален процес*, в който се прави опит да се отграничат три етапа, три компонента: „*стрес – възприемане на заплахата – състояние на тревожност*”. Възприемането и оценяването на заплахата от стреса, а така също и на преоценката на стресовите условия, активират от своя страна и съответните прикриващи личността механизми за минимизиране на възникващия дискомфорт и създаване на условия за преживяване на стреса. Ако не съществува възможност за избягване и преодоляване на стреса, то за редукция на тревожното състояние се очаква, че директно ще се включат механизмите на психичната защита като подтискане, изтласкване, проекция и други, чиято функция се изразява в изкривяване на възприятието на стресора.

Адаптацията и стандартизацията на „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър“ в български условия е извършена на основата на форма „Y“ от Иван Паспаланов и Димитър Щетински. Тестът е публикуван през 1989г. в „Методическо пособие за работа с българската форма на въпросника за оценка на тревожността на Ч.Спилбъргър (STAI - форма Y)“. За доказване на значими различия при разпределението по двете скали (скала „S“ – ситуативна тревожност; скала „T“ – личностова тревожност) от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър“ по периоди (първо изследване; второ изследване) е приложен Хи-квадрат тест (Chi-Square Tests) – емпиричната характеристика е представена като Коефициент на Chi-Square (χ^2), като за гранично равнище на статистическа значимост е прието $\text{Sig} \leq 0,05$. Резултатите от *Хи-квадрат тест*, представени в таблица №6, ни дават основание за търсене на значими различия между първото и второто изследване, както по скала „S“ – ситуативна тревожност ($\chi^2=43,505^a$; $\text{Sig.} \leq 0,005$), така и по скала „T“ – личностова тревожност ($\chi^2=74,236^a$; $\text{Sig.} \leq 0,005$).

Табл.№6. Хи-квадрат тест за доказване на значими различия по периоди при разпределението по двете скали от Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър (скала „S“ – ситуативна тревожност; скала „T“ – личностова тревожност).

Скала „S“ – ситуативна тревожност	Chi-Square Tests			
		Стойност	Степени на свобода (df)	Значимост при голяма извадка (Asymp.Sig.)
	Хи-квадрат (χ^2)	43,505^a	4	,000
	Брой измервания (N)	400		
Скала „T“ – личностова тревожност	Хи-квадрат (χ^2)	74,236^a	4	
	Брой измервания (N)	400		,000

3-та Методика „Самооценъчна депресивна скала на У.Цунг (SDS)” - е създадена през 1965г. от Уилям Цунг (W.Zung, 1965).Скалата служи за откриване и количествена оценка на депресивни състояния, както и за динамично проследяване на промените им, настъпващи след прилагане на терапевтични интервенции. Ние използваме публикувания от Надежда Витанова и Атанас Шишков вариант на скалата на Цунг- *Zung Self-Rating depression Scale (SDS)* в „Психопатологични и психологични проблеми на абнормното поведение (Шишков и Витанова 2004:192).

За установяване на различията при разпределението на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” по периоди (първо изследване; второ изследване) сме приложен Хи-квадрат тест (Chi-Square Tests) – емпиричната характеристика е представена като Коефициент на Chi-Square. За гранично равнище на статистическа значимост е прието $\text{Sig} \leq 0,05$. От Коефициента на Chi-Square (χ^2) в таблица№7 е видно, че разпределението на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” по периоди е статистически значимо – (χ^2)=30,087; $\text{Sig.}=0,000$.

Табл.№7. Хи-квадрат тест за доказване на значими различия при разпределението от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” по периоди

Хи-квадрат тест			
	Стойност	Степени на свобода (df)	Значимост при голяма извадка (Asymp.Sig.)
Хи-квадрат (χ^2)	30,087^a	3	,000
Брой измервания (N)	400		

За установяване на значими различия в емпиричното разпределение на резултатите на – контролната и експерименталната група (при първото и повторното психологическо изследване); между второто изследване на контролната и на експерименталната група, след проведения формиращ експеримент, сме приложили мултифакторен дисперсионен анализ (Multivariate analysis of variance -

MANOVA). За гранично равнище на статистическа значимост е прието $\text{Sig} \leq 0,05$.

4-та Методика „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” е адаптиран от авторите Антоанета Русинова-Христова и Георги Карастоянов (2000). Въпросникът оценява различните начини, по които хората обикновено отговарят на стреса посредством изследване на специфичните стратегии, които използват, разграничени в 14 скали - *Активно справяне; Планиране; Потискане на конкуриращи се активности; Въздържане; Търсене на инструментална подкрепа; Търсене на емоционална подкрепа; Позитивно преосмисляне и развитие; Отричане или неприемане; Примиряване или приемане на станалото; Обръщане към религията; Фокусиране върху емоциите и изразяването им; Поведенческа дезангажираност; Психическа дезангажираност; Употреба на алкохол или наркотици.*

При обсъждането на резултатите от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса”, **в нашето изследване**, се придържаме към трифакторния анализ на методиката, представен от Наташа Вирмозелова (Вирмозелова, 2011: 59), който приемаме за по-адекватен в концептуално отношение от двуфакторния, създаден от Антоанета Русинова-Христова и Георги Карастоянов, при който четиринадесетте копинг стратегии са групирани по два фактора: проблемно –фокусиран и емоционално фокусиран.

Тоест, приемаме следното факторно разпределение на променливите по фактори - *Проблемно – фокусирани; Емоционално- фокусирани; Неефективни стратегии; Примиряване или приемане на станалото (самостоятелно обособен).*

За сравняване значимостта на различията по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса”, между двете експериментална манипулации (първо изследване; второ изследване) приложихме Т-тест (Independent Samples Test), при който тестът на Левайн (Levene's Test for Equality of Variances) показва ниво на статистическа значимост при отхвърляне на нулевата хипотеза $\text{Sig} \leq 0,005$.

В нашия случай сравняваната зависима величина са неефективните копинги, а независима променлива е проведеното обучение за справяне със съзависимостта. Статистическата процедура е коректна, тъй като сравняваните лица в двете извадки (майките при първото и при второто изследване), преди и след проведеното обучение, са едни и същи ($n=200$ – първо изследване; $n=200$ – второ изследване). Това, което ни дава основание да смятаме, че се наблюдава значимо различие в прилагането на неефективни стратегии между първото и второто изследване (таблица №8) е нивото на значимост (Sig.) от Т-тест за количествено изразими показатели с нормално разпределение (t-test for Equality of Means) – $t[398]=5,490$; Sig.=0,000.

Таблица №8. Т-тест за сравнение на две зависими извадки по периоди (първо изследване; второ изследване).

	Т-тест				
	Тест на Левайн (Levene's Test for Equality of Variances)		t-тест за количествено изразими показатели с нормално разпределение (t-test for Equality of Means)		
	F	Sig.	t	Степени на свобода (df)	Значимост (Sig. 2-tailed)
Equal variances assumed	50,07	,000	5,490	398	,000
Equal variances not assumed			5,490	366,787	,000

За установяване на различията в емпиричното разпределение на резултатите на контролната и експерименталната група (при първото и повторното психологическо изследване), както и между второто изследване на контролната и на експерименталната група – по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” – след проведеното във формиращия етап на експеримента обучение в компетентности за справяне със съзависимостта – е приложен мултифакторен дисперсионен анализ (Multivariate analysis of variance -

MANOVA). За гранично равнище на статистическа значимост е прието $\text{Sig} \leq 0,05$.

2.6.2. Постановка на формиращия етап на експеримента
(обучение в компетентности за справяне със съзависимостта с майките от експерименталната група)

При провеждането на формиращия етап на експерименталното изследване в контролната група, ние не манипулирахме независимата променлива (не упражнихме въздействие), а в експерименталната група („автоконтролна експериментална група” по Стоянова, С., 2011:78). упражнихме въздействие, т.е. въведохме независима променлива.

Във формиращия етап на експеримента, като независима променлива, въведохме обучение в компетентности за справяне със съзависимостта, което проведохме с майките от експерименталната група. Обучението се проведе в две части:

Образователна програма, включваща изложение на концепцията за зависимостта и съзависимостта, както и за основните признаци на съзависимото поведение и формите, в които се проявява (два теоретични модула по един час при първата групова среща);

Групов психотерапевтичен тренинг, базиран на принципите на мотивационното интервюиране, включващ пет предварително подбрани теми (сесии) с цел преодоляване на съзависимостта. Петте сесии са проведени в пет последователни седмици като всяка от сесиите е с продължителност два часа .

Ето защо, при анализа и обсъждането на резултатите, отнасяме установените различия в зависимите променливи (съзависимост, тревожност, депресия, копинг стратегии) между контролната и експерименталната група, към влиянието на независимата променлива – проведеното обучение в компетентности за справяне със съзависимостта с майките от експерименталната група.

2.7. Статистически процедури за обработка и представяне на данните

Данните от изследването са въведени и обработени с програмната система SPSS (Statistical Package for Social Sciences- v. 17.0). Съобразно целта и задачите на изследването, както и предвид обема и вида на данните са приложени следните статистически методи:

Мултифакторен дисперсионен анализ (MANOVA).

T-тест – е параметричен метод за определяне на разликата между две групи или между две експериментални манипулации (Кентауиц, Родигър III и Елмс, 2011:579). Като конкретно сме приложили:

T-тест за две зависими извадки с цел определяне на разликите между двете експериментални манипулации (първо изследване; второ изследване).

Хи-квадрат тест (χ^2) – е статистически тест за определяне значимостта на взаимоотношенията между променливите в изследвания на условни връзки. Позволява да се изясни отношението с нулевата хипотеза и да се приеме или отхвърли алтернативната при фиксирано ниво на значимост.

Дискриптивна статистика за изчисляване стойностите на средната аритметична величина по изследваните променливи.

Глава трета

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ЕКСПЕРИМЕНТАЛНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

3.1. Обсъждане на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, проведено с експерименталната група във формиращия етап на експеримента.

3.1.1. Обсъждане на първата част от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта

Първата част от обучението се проведе в една групова среща с продължителност два часа. Обучението се осъществи чрез образователна програма в два модула: признаци при формирането на зависимост; връзка между двете състояния – на зависимост и на съзависимост.

В първия модул във всяка от групите, се спряхме на основните признаци, които се наблюдават при формирането на

зависимост. Запознахме родителите, достъпно и на разбираем за тях език, с понятията абстиненция, толеранс, синдром на отнемане, злоупотреба и зависимост, както и с характерните поведенчески и личностови промени, които настъпват при зависимите лица. Също така, изяснихме същността на зависимостта като психично рецидивиращо (хронично) заболяване. Подчертахме, че зависимостите не са дефекти в характера или недостатъци на личността. Обърнахме внимание на новите изследвания, които доказват успеваемост при подходящо лечение на зависимостта и спазване на терапевтичния план, в същата степен, както при болните от диабет и хипертония, които съблюдават предписанията на лекаря (Куценок и Димитров, 2004:16). Отделихме внимание на един от най-често цитираните митове, с които се сблъскваме в работата си с родителите, за да опровергаем схващането, че промяна е възможна само ако се стимулира чувство на дискомфорт, ако накараме зависимия да се почувства достатъчно зле или да „стигне дъното“ (Виле, 1998:61).

По време на този модул ние установихме, че макар и въввлечени в проблема „зависимост“, родителите нямат познание за същността на зависимото поведение. По-скоро тяхната информация е от медиите, от други родители или е базирана на личните им емоции и преживявания в опитите им да овладееят зависимия. Ето защо, считаме че този модул с достъпна и релевантна теоретична информация, помогна на майките да видят зависимостта по нов начин – не само като лично страдание на детето им и на всяка една от тях, но и като болест, което изисква подходящо, навременно, в повечето случаи продължително, лечение.

Във втория модул ние се спряхме на връзката между двете състояния - на зависимост и на съзависимост (Макмахан, 2003:145-147). Подробно разгледахме типичните за зависимия модели на поведение – манипулиране, отричане, заплашване, обвиняване. Очертахме и най-често срещаните начини, по които се предполага, че майките реагират на поведението на зависимия – гняв, безпомощност, принуда, контрол. Подчертахме, че това не са „срамни“ или „лоши“ реакции, а са следствие от несигурността, страха, неудовлетвореността, които преживяват всеки ден. Изказахме увереност, че в процеса на груповата работа ще се фокусирахме върху

възможностите да формираме по-ефективни модели на справяне с проблемите, пред които майките са изправени всекидневно поради зависимостта на детето им.

Най – значимо, според нас, като резултат от тази въстъпителна част на обучението е не толкова „въоръжаването” със знания за спецификата на зависимостта и съзависимостта, колкото създаването на атмосфера на приемане и доверие, както между водещия и майките, така и между самите майки. Тъй като от работата с родители сме информирани, че нееднократно (дори от специалисти), те са упреквани и държани отговорни за ситуацията в семейството и съзнаваме, ранимостта и страхът от споделяне при по-голяма част от участниците, се постаряхме да покажем нашето приемане, неосъждане, доверие и разбиране. Още тук, при първата част от обучението се проявиха елементи на групова кохезия, което спомогна за адекватно преминаване към втората част – обучението в компетентности за справяне със съзависимостта чрез групов тренинг, базиран на принципите на мотивационното интервюиране. Освен това се убедихме, че заложеното време за групова работа при всяка среща не би трябвало да надвиша два часа продължителност, тъй като може да се окаже уморително и за участниците, и за водещия. Нашите усилия подпомогнаха преминаването към следващият етап от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, а именно занятията от груповия тренинг в пет последователни сесии.

3.1.2.Обсъждане на втората част от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта

Втората част от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта включваше пет предварително подбрани и адаптирани теми (сесии) , проведени в пет последователни групови срещи, всяка от груповите срещи с продължителност два часа.

За структурирането на петте теми (сесии) от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, ние използваме системата за преодоляване на съзависимостта чрез групов психотерапевтичен тренинг, разработена от руската нарколожка Валентина Москаленко (Москаленко,

2004:19-25), прилаган в работата и в Център за психологическа помощ на родители на зависими лица в гр.Москва.

Това, което ние въведохме при провеждането на петте групови срещи от тренинга по Москаленко е – спазване принципите на мотивационното интервюиране в груповата работа – водещия е преди всичко партньор и разбиращ слушател, не предоставя готови решения и не дава „експертни“ съвети, той не осъжда, а се опитва да подпомогне мотивацията за промяна в рамките на помагащите взаимоотношения на консултиране и обучение (Miller & Rollnick, 2009:528-529). Без осъзнаване на несъответствието в актуалното и желаното поведение, промяната не би била възможна. В този смисъл, както подчертават и създателите на мотивационното интервюиране, Уилям Милър и Стивън Ролник, мотивационното интервюиране прилича повече на танцуване – вместо да се борят един с друг, партньорите (водещият и групата) се движат в синхрон. Доброто водене е дискретно, ненатрапливо, откликващо и изпълнено с въображение (Милър и Ролник, 2010:57).

Тук е мястото, да споделим, че работата в групите бе професионално предизвикателство за водещия, тъй като макар и обучен и практикуващ мотивационно интервюиране в психосоциални интервенции при зависими лица*, за първи път, приложи техниките на мотивационното интервюиране в работата със съзависими родители.

Авторът на дисертационния труд е преминал успешно обучения в:

- 1. Мотивационно интервю при терапия на зависими пациенти – от теория към практика**”. Обучител д-р Игор Куценок, Калифорнийски Университет Сан Диего, Директор, Център по зависимости и зависими поведения. Документът е акредитиран от Академичния Сенат на Калифорнийски университет и NCCA (National Commission of Certifying Agencies, provider № 34120707-311C). Обучението е организирано със съдействието на Националния център по наркомании(НЦН)-София, (2009).

2. Психосоциални интервенции при зависими пациенти от позициите на мотивационното интервюиране.

Обучител: д-р Игор Куценок, Калифорнийски Университет Сан Диего, Директор, Център по зависимости и зависими поведения. Документът е одобрен и акредитиран от Академичния Сенат на Калифорнийски университет и NCCA (National Commission of Certifying Agencies, provider№ 34120707-311C). Обучението е организирано със съдействието на Българската асоциация за профилактика на наркоманиите, София (2011).

Груповият психотерапевтичен курс, включващ пет подбрани от нас теми за всяка от петте групови срещи с цел понижаване на тревожността, депресията и стреса и избор на по-ефективни копинг стратегии и модели на поведение при съзависимите лица, проведохме в пет последователни седмици в следната последователност:

Тема №1: „Разпознаване и отреагиране на чувствата”

Целта на нашата работа при първата ни групова среща бе да се създадат умения у всяка от майките в групите да идентифицира и изразява своите чувства. Да се акцентира върху сходното в преживяването на отрицателните емоции при всяка една от тях. Чрез пример с едно от изпитваните чувства (страх) да се покаже нов за тях, по-ефективен копинг за отреагиране и понижаване на тревожността.

Първоначално всеки един от участниците в групите споделяше своето емоционално състояние в резултат на съжителството със зависим. Най-често изпитваните емоции и чувства бяха страх, гняв, тъга, отчаяние, ярост. Динамиката на чувствата при тях, би могла да бъде характеризирана като многократно и интензивно преживяване на силно изразена тревожност, безнадеждност, ужас, предизвикан от очаквана опасност, болка и неувереност във възможността за промяна. Тъй като най-често споделяното чувство бе страх, решихме да предложим на съзависимите майки следното упражнение: в писмена форма да изброят няколко от страховете, които са изпитали в опитите си да овладеят ситуацията със зависимия.

След предоставеното време за работа (10 минути) изслушахме всяка една от тях.

Най-често споделяните страхове бяха: „Не мога да намеря правилния път да помогна“, „Ужасно беше първия път когато видях с очите си да взима, защото знаех последствията“, „Да не „повлече“ и другото дете“, „Да не изчезне пак и да живея в неизвестност- жив ли е или не...“, „Да не надживея детето си“, „Да не е болен от СПИН“.

След това насочихме вниманието на групите към обсъждане на възможности да преодолеят част от страховете, които изпитват и да опитат нови начини за справяне. Помолихме майките да предложат поне един модел на реагиране, различен от този, който са прилагали многократно. За част от тях беше трудно, но повечето майки успяха да формулират идеи за нов начин на действие, различен от заучения и възпроизвеждан, като проекция на страховете, които зависимостта носи за тях и детето им. Отговорите се групираха около следните предложения: „Може би е добре да спра да повтарям, че всичко е безполезно“, „Добре би било да престана да си казвам, че нищо не мога да направя“, „Ще ми се да мога да намеря нещо, което ме доставя поне малко удоволствие, както преди“, „Да се престраша и да споделя с близък какво ме измъчва“, „Вероятно ще ми е по-спокойно, ако обсъдя моите страхове с други като мен“, „Да потърся други програми, може би ще се съгласи да се лекува в тях“, „Да направим изследвания за да съм наясно дали не е инфектиран с ХИВ“

В края на груповите срещи помолихме всеки от участниците да сподели усещанията си и как се е повлиял, както от зададеното упражнение, така и от процеса на работата в група.

Преобладаващата част от майките, споделиха, че не могат да си спомнят кога за последно някой се е интересувал от това, те как се чувстват. Също така, установиха, че в процеса на груповата работа са успели да не бъдат изцяло обсебени от проблемите на зависимия и са се опитали да се съсредоточат върху своите чувства и изживявания. Част от съзависимите майки признаха, че все още се чувстват „замръзнали“ в своя страх, но са окуражени от опитите на другите и биха опитали да споделят своите изживявания в

следващи групови срещи. Изразена бе удовлетвореност от контакта с терапевта и с другите членове на групите.

Извод от работата в първата групова среща: Нашата работа се съсредоточи върху преодоляването на поведенческата дезангажираност като неефективен копинг и насочване към възможностите да се предприемат конкретни копинг стратегии за справяне, които да намалят тревожността, депресията и стресовата симптоматика („Да потърся други програми, може би ще се съгласи да се лекува в тях”, „Да направим изследвания, за да съм наясно дали не е инфектиран с ХИВ”, „Добре би било да престана да си казвам, че нищо не мога да направя”, „Да се престава и да споделя с близък какво ме измъчва”...).

Нашите очаквания са – работата в тази сесия, да съдейства за формирането и по-често прилагане на ефективни копинги за справяне със съзависимостта, което да окаже влияние (занижаване) върху тревожността, депресията и стресовата симптоматика, което да се регистрира в резултатите между първото и второто изследване по съответните методики, в контролния етап на експеримента.

Тема №2: „Контролиращо поведение”

Целта на нашата втора среща бе да се разкрие контролиращото поведение като неефективен копинг за справяне. Участниците в групите да бъдат мотивирани за прилагането на по-адаптивни копинг стратегии (модели) в опитите да овладеят ситуациите в резултат на зависимостта на детето им.

При тази групова среща, за нас бе особено важно, да насочим вниманието на съзависимите майки към това, че свалянето на ръцете от „пулта” на свръхконтрола не значи загуба на контрол върху ситуацията, а по-скоро дава възможност да се преосмислят възможностите за нови, по-адаптивни стратегии по отношение на решаване на проблемите в следствие на зависимостта.

Първоначално обсъдихме емоционалното състояние на участниците в групите. Те споделиха положителни изживявания във връзка с прилагането на уменията, придобити от предходната среща (нови копинг стратегии за

справяне със страха): облекчение от споделянето с приятел, търсене и откриване на подходяща програма за насочване на зависимия към лечение, изпитано облекчение от негативния резултат на теста за ХИВ, получен при тестването на детето им. Част от участниците признаха, че на този етап „събират смелост“ да се насочат към дейност, която преди е доставяла удоволствие, тъй като все още чувстват вина, когато мислят за собствените си нужди, без да са изцяло посветени на проблемите на зависимия.

След това, на всеки от тях предложихме да опишат как се опитват да удържат проблема на зависимия в семейството. Да изброят тези действия (според тях), които са им помогнали да постигнат желан резултат и тези действия, които преценяват като безполезни. Най-често в групите се споделяха следните начини на контрол: „Заклучвам за да не излезе“, „Заплашвам, че ще викна полиция и понякога наистина го правя“, „Пребърквам джобовите, претършувам цялата стая за да видя къде е скрип дробата“, „Казвам, че ако още веднъж ме излъже, ще го изгоня“, „Често, когато излезе, бързо тръгвам след него, и се опитвам да проследя, къде отива“, „Заплашвам, че ще го изоставя“ „Казвам, че ако още веднъж открадне от в къщи, няма да го пусна да се прибере у дома“.

След като изслушахме майките, помолихме да споделят какви чувства изпитва всяка една от тях, при опитите за контрол. Най-често цитираните бяха: гняв, вина, омраза, безнадеждност, безпомощност, страх, ярост. Попитахме, според всяка една от тях, какво се е получило, какъв е бил ефекта от опитите им да контролират зависимия. Отговорите насочиха вниманието на групите към неефективността на контролиращото поведение като копинг, формиран в процеса на справяне: „Осъзнах, че съм изтощена“, „Чувствам се уморена от това следене“, „Още повече се чувствам отчуждена от съпруга и другото ми дете, вече и с тях не мога да говоря, както преди“, „Колкото повече се опитвам да го контролирам, толкова по-безпомощна се чувствам“, „Още по озлобен е (зависимият) и се държи още по зле с мен“ „Усещам се изцедена от толкова усилия, а всъщност нищо не успях да променя“.

По този начин, по пътя на сътрудничеството, без спорове в полза на директивна (наложена отвън) промяна, участниците

в групите достигнаха до извода, че почти всичко което са направили за да контролират ситуацията не е било ефективно. След което, помолихме всеки един от тях да предложи нов начин, по който би могъл да постъпи в ситуациите, които досега се е опитвал без успех, да контролира. Най- често чувахме следните предложения: „Ще се доверя на чувствата и инстинктите си преди да действам”, „Ще се опитам да преосмисля взаимоотношенията със зависимия и с другите членове на семейството”, „Може би е добре да разбера какво мисли и чувства той (зависимия) ”, „Ще рискувам и ще му повярвам”, „Ще обърна внимание на собствените си нужди”, „Ще обсъдя ситуацията със специалист преди да предприема, каквото и да било”, „Наистина ще се опитам да видя положението „отстрани”, преди да постъпя, както всеки път и после да се чувствам още по-безпомощна” .

По този начин участниците в груповия процес бяха стимулирани да фокусират енергията и вниманието си на своето поведение, на набора от заучени и многократно повтаряни неефективни копинги, които в безсилието си да контролират, повтарят. Отново в духа на мотивационното интервюиране, ние успяхме в процеса на груповата динамика да „подтикнем” съзависимите да изкажат аргументи в полза на промяната като осъзнаят несъответствието между това, което искат и това, което в действителност правят. Този подход, наречен от Уилям Милър и Стивън Ролник, акцент върху събуждането на вътрешната мотивация (Милър и Ролник,2010:61), подпомогна и формулирането на отговорите на заключителния въпрос от сесията .

Запитани: „Какви според Вас, са предполагаемите положителните страни на това да спрете или ограничите контрола?”, майките дадоха най-често следните отговори: „Ще се чувствам по-свободна”, „Ще ми бъде по-леко”, „Ще съм по-работоспособна”, „Ще имам повече време за себе си”, „ Ще мога да си отдъхна, поне за малко”, „Ще мога да отделя време за съпруга и другия ми син/дъщеря” .

В заключителната част от нашата групова работа, задържахме вниманието на майките върху ползите от предложените от тях, по-ефективни копинг-стратегии и поощрихме решителността им да опитат да нови модели за справяне със съзависимостта. В края на срещата те споделиха

чувствата, които са изпитали в хода на груповия процес: „Бях уплашена, че ще трябва да направя нещо различно, но виждам, че има смисъл”, „ Почувствах се по-добре като осъзнах, че и другите са постъпвали многократно като мен”, „Мисля, че изпитах облекчение като реших да постъпя по нов начин”, „Толкова е успокояващо да видиш, че не само ти си правил едно и също, без да отбележиш, какъвто и да било успех”, „Усетих, че ще се справя и няма да е провал, дори и да не се получи от първия път. Повечето участници в тренингите, споделяха удовлетворение от работата в групата и от възможността да споделят своите притеснения с водещия и с други майки.

Извод от работата във втората групова среща:
Контролиращото поведение е една от характерните прояви на съзависимото поведение. Нашите усилия бяха насочени към разкриване на контролиращото поведение като неефективен копинг. Всъщност, контролиращият модел на поведение при съзависимите майки е проекция на тяхното отчаяние и безсилие при опитите да овладеят ситуациите, в следствие зависимостта на детето им. Ето защо, предложените от тях нови копинг стратегии („Ще обърна внимание на собствените си нужди”, „Ще обсъдя ситуацията със специалист преди да предприема, каквото и да било”, „Наистина ще се опитам да видя положението „отстрани”, преди да постъпя, както всеки път и после да се чувствам още по-безпомощна” ...) са показателни за формирането на предпоставки за по-ефективни копинг стратегии(модели) в процеса на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта. Можем да предположим, че формирането на по-ефективни стратегии (модели) за преодоляването на контролиращото поведение, чрез работата в тази сесия, ще повлияе тревожността, стреса и депресивността в посока занижаване, което ще се установи при сравнение на резултатите между първото и второто изследване по съответните методики.

Тема № 3: „Дистанциране”

Целта на нашата трета групова среща бе да помогнем на съзависимите майки да осъзнаят необходимостта с любов да

се разграничат от зависимия към вещества и да обсъдим как да бъде осъществено отстраняването.

Установихме, че тази задача плаши майките, тъй като те изпитват затруднения да различат здравословната грижа за детето им, любовта към него, от съзависимостта си. Това логично обяснява и регистрираните при първото изследване – завишени стойности на тревожността, депресията и стресовата симптоматика. В процеса на работа в групите, като че ли именно този модул за нас се оказва най-голямо предизвикателство. Наложил се много деликатно да балансираме с тяхната амбивалентност: осъзнатото желание за промяна от една страна, а от друга многократно повтаряните неефективни копинги (модели) на свръхобгрижване на зависимия.

В началото на срещата обсъдихме емоционалното състояние на участниците. Повечето от участниците в групите споделиха за чувство на облекчение и удовлетвореност от „разхлабването на примката“ на контрола. Отбелязаха положителните промени във взаимоотношенията с другите членове на семейната система. Също така изказаха задоволство от опита им да приложат нови по-адаптивни копинг стилове в отношенията си със зависимия – изслушване, доверяване, приемане. Повечето от тях оцениха като полезно и навременно консултирането със специалист в областта на зависимостите и зависимото поведение, което са предприели.

След това попитахме всеки един от тях за начините, с които проявява загриженост към зависимия. Най-често получавахме следните отговори: „Влизам в стаята му през час да чуя как диша“, „Спрях да ходя на работа за да се грижа за него“, „Питам непрекъснато какво да му приготвя за ядене“, „Водя го на лекар два пъти в седмицата“, „Давам му лекарствата точно по часа, за да не пропусне“, „Меря температурата му по няколко пъти на ден“, „Правя му билкови настойки и държа да ги изпие пред мен“, „Помагам му да се облече, когато се затруднява“.

По този начин, за пореден път се убедихме, че тревожността и стреса, са ежедневие при всяка една от майките, както и че те използват набор от неефективни копинг стратегии в опитите им за облекчаване живота на детето им, които не са свързани с предприемане на стъпки за подобряване

на състоянието му и лечение на зависимостта. Тъй като съзнавахме, че тук се сблъскваме с базисното за всяка майка чувство на загриженост за детето и, бяхме много внимателни да не предизвикаме съпротиви, които да спрат процеса на промяната. Избягвахме даването на „експертни“ съвети и решения, тъй като от работата с родители, сме установили, че промяната в поведението до голяма степен се влияе от стила на консултиране. Ако консултираме родителите по директен, конфронтиращ начин, съпротивите им се засилват и те често прекъсват терапията. Ако консултираме по рефлектиращ и подкрепящ начин, съпротивите им спадат и по този начин засилваме собствените им ресурси за осъществяване на промяната. Като цяло, базирано на нашия опит, сме наблюдавали следната закономерност – промяната е възможна, ако е желана и се случи отвътре, а не когато се налага отвън – чрез даване на напътствия, съвети и готови решения. Съветването в работата с родители е уместно, само когато те са поискали това или с тяхно разрешение.

При следващата задача, помолихме майките да помислят и да споделят – предизвикало ли е обгрижването адекватна промяна в отношенията със зависимия. Най-често те отговаряха по следния начин: „Крие се и продължава да се дружа“, „Като че не забелязва грижите, които полагам“, „Каквото и да направя, намира начин да омаловажи помощта ми“, „Все по-недоволен е каквото и загриженост да проявявам“, „Казва, че му е писнало непрекъснато да му давам разни хапове и настойки“, „Не ми обръща внимание, когато го моля да се нахрани“, „Става още по-раздразнителен, когато му предложа да отидем на лекар“, „Казва ми, че не той, аз не съм добре, с една дума подиграва ми се“.

Предложихме на всяка от майките, да си представи, че ще спре да извършва тези дейности, поне за няколко дни и ще „свали ръце от контролния пулт“ на свръхзагрижеността. Какво според всеки от тях, би могло да се случи ако тази загриженост, която проявяват към зависимия бъде насочена към тях самите. Те споделиха следното: „Аз самата бих отишла на лекар, тъй като от доста време не се чувствам добре“, „Толкова отдавна не съм правила нещо приятно за себе си, мисля че бих отишла на фризьор“, „Така ми се иска да се видя с приятелката ми, тя ми е опора, а отлагам от месеци, бих

и се обадила да се срещнем”, „Бих се разхождала поне за малко в парка, толкова обичам да съм сред природата”, „Много обичах преди да чета книги, може би ще почета книга, отдавна не ми се е случвало”, „Бих си потърсила отново работа, по възможност на половин ден”.

Този прием позволи на съзависимите, поне за определено време, да не са обсебени единствено и само от проблема на зависимостта, в който са въвлечени всекидневно. Също така, макар и за кратко те успяха да помислят за себе си, да реагират „тук и сега”, без да се впускат в присъщите им съжаления за миналото и страхове от бъдещето. Като че ли отстъпването няколко крачки по-назад от проблема, позволи на повечето от тях да си припомнят какъв е бил животът им преди детето им да стане зависимо и какви интереси са имали тогава. По този начин се опитахме да насочим вниманието на майките в групите към отстраняването, като начин да „свалят ръце от контролния пулт” на отговорността за зависимия, без да го изоставят, като се стремят да бъдат отговорни по-отношение и на самите тях. Чрез припомняне на тези страни от живота, от които биха могли да изпитат радост отново, успяхме да събудим у тях желанието да опитат привичните в миналото дейности и да изместим фокуса на техните мисли, чувства и поведенчески модели от зависимия на самите тях.

В края на тази среща, повечето от майките в групите, споделяха, че са успели да видят „картината и отстрани” и биха опитали отново поне една дейност, която ще им достави удоволствие или която ще е полезна за тях. Също така изразиха желание при следващата групова среща да говорят за чувствата, които са съпътствали осъществяването на предприетото от тях действие или дейност.

Като резултат от работата в този модул бихме отбелязали създаването на предпоставки за осъзнаване на собствените потребности и формиране на умения за промяна на неефективния копинг на свръхзагриженост и свръхобгрижване на зависимия – винаги и на всяка цена.

Извод от работата в третата групова среща: Нашите усилия бяха насочени към преодоляване на моделите на свръхзагриженост и свръхобгрижване, прилагани от майките и насочване към формирането на по-ефективни копинг стратегии

(модели) за справяне. Според нас, свръхзагрижеността и свръхобгрижването, са проява на поведенческа дезангажираност – чрез тези неефективни копинги, майките често маскират отказа си да предприемат действия за интервениране на зависимостта. По този начин много семейства прикриват проблема, като тук изкривената логика е – аз правя всичко за него, значи трябва да се подобри. Ето защо, сме на мнение, че работата с майките в тази сесия ще подпомогне формирането на по-ефективни копинг стратегии за преодоляване на съзависимото поведение, които първоначално ще намерят проява в предприемането на стъпки за обгрижване на самите тях („Аз самата бих отишла на лекар, тъй като от доста време не се чувствам добре“, „Толкова отдавна не съм правила нещо приятно за себе си, мисля че бих отишла на фризьор“, „Така ми се иска да се видя с приятелката ми, тя ми е опора, а отлагам от месеци, бих и се обадила да се срещнем“, „Бих се разходила поне за малко в парка, толкова обичам да съм сред природата“...). Впоследствие това ще съдейства да видят ситуацията „отстрани“ и да предприемат по-ефективни модели (копинг стратегии) за преодоляване на съзависимостта. Това от своя страна ще занижи тревожността, депресията и стресовата симптоматика, което ще се регистрира при сравнение на резултатите по съответните методики в контролния етап на експеримента.

Тема №:4. „Действие - реакция”

Целта на четвъртата групова среща е – чрез примери от живота на участниците в групата да се покаже, че техните чувства, мисли и действия, възникват като реакция на зависимия, в отговор на неговите постъпки.

При първото изследване, установихме, че в резултат на съжителството със зависим към вещества, майките формират неефективни копинги, посредством които отговарят, най-вече реактивно на състоянието и поведението на детето си, като системно пренебрегват самите себе си и собствените си интереси. Това от своя страна води до завишаване на тяхната тревожност, депресия и стресовата симптоматика. Много от тях, в процеса на тренинга, споделяха за конкретни соматични прояви в резултат на хроничните изживявания на тревожност,

болка и стрес. Чухме за пристъпи на задушаване, сърдечни аритмии, екзематични обриви, гадене, дори загуба на съзнание след поредното травматично изживяване. Ето защо, в работата ни при тази сесия, се опитахме се да подпомогнем съзависимите майки в осъзнаване необходимостта да се стремят от реакция към действия, идващи от тях самите, които да са в отговор на техни чувства, мисли и решения. Опитахме се също така, без да даваме „експертни“ съвети да насърчим естествените процеси на промяна, които наблюдавахме в груповата работа с майките – чрез сътрудничество и прилагане на по-ефективни копинг стратегии, като формираме увереност, че по този начин, повтарящите се цикли на себепознание, себедеструктивно поведение, могат да бъдат преодолявани.

В началото на сесията, всеки един от участниците в групите сподели чувствата си по повод предприетата дейност в резултат на груповата работа в предходната среща (повтаряните нефективни копингови свръхобгрижване на зависимия): „Не съм предполагала, че ще се почувствам толкова приятно само като се разходя в парка“, „В началото ми беше странно, сядайки на фризьорския стол, но после си дадох сметка колко ми е липсвало“, „Бях на интервю за работа – не беше толкова страшно, колкото очаквах, почувствах се значима“, „Бях на лекар, изпитах облекчение, че нямам по-сериозни здравословни проблеми“, „Видях се с приятелката ми, благодарна съм, че ме изслуша“, „Не съм предполагала, че четенето на книга все още може да ми достави удоволствие“.

Установихме, че за голяма част от съзависимите майки този нов опит е бил позитивно изживяване, каквото отдавна не са имали. Освен това, те са се почувствали значими и разбирани дори за кратък интервал от време. След това приканихме участниците в групите да споделят техните обичайни реакции на проблемите с детето им. Най-често те отговаряха по следния начин: „Когато той има главоболие и мен ме боли глава“, „Ако на него му се гади, то и на мен ми се гади“, „Когато той не спи и аз не спя“, „Когато има кризи, не мога да си намеря място“, „Когато ме лъже, случвало се е да го удрия“, „Удрияла съм го, когато открадне нещо от къщи за да го заложим“, „Когато е агресивен звъня в полицията да дойдат и да го приберат“, „Бързам да вдигна слушалката на телефона,

за да разбере дали не е дилърът”, „Обикалям и го търся го като се запилее някъде”, „Не смея да изляза от къщи, за да не го изпусна да звънне на дилъра”, „Като го заваря надрусан започвам да го нагрубявам и изричам много обидни за него думи”, „Обвинявам го за всички беди и неблагополучия у дома”.

След като изслушахме съзависимите майки, обсъдихме реагирането като част от нашите взаимоотношение с околните. Фокусирахме, обаче тяхното внимание върху начина по който те реагират – загубвайки право да мислят, чувстват и да отстояват своите собствени интереси. Попитахме майките дали реагирането по описаните от тях модели, помага и донесло ли е значима за тях промяна в отношенията с детето им. Те споделиха, че не са успели да променят нито ситуацията в семейството, нито поведението на зависимия чрез начина, по който са реагирали многократно. Особено внимание в тази групова среща, отделихме на „отприщващия” момент на реакция. Помолихме всяка от майките да назове чувството, което изпитва преди да реагира. Сред най-често споменаваните бяха: страх, възмущение, негодувание, оскърбление, съжаление, гняв, ярост. След това помолихме да опишат чувствата, след като са реагирали по горе описаните начини. Майките признаха, че са чувствали най-често изтощение,отчаяние,примирение,срам, безпомощност, дори апатия.

Предложихме на съзависимите да опитат при следващия случай, да реагират по нов начин, например: да поемат неколkokратно дълбоко въздух, да се разходят, да изчистят у дома, да прочетат страница от книга, да се обадят на техен близък. Предположихме, че този начин на реагиране би помогнал по-спокойно да анализират какво точно се е случило – сериозен ли е възникналия проблем и доколко е сериозен, могат ли те самите да го разрешат или би било по-добре да потърсят помощ. Помолихме съзависимите да запишат чувствата, които са изпитали реагирайки по нов начин и да ни съобщят за тях при следващата групова среща.

Накрая всеки един от участниците сподели какво е почувствал в процеса на работата в групата. Най-често изказваните бяха: „Изпитах облекчение, че не само аз реагирам по този начин”, „По-спокойно се чувствам като знам, че има и други като мен и те ме разбират”, „Мисля, че съм малко по-

уверена и мога да опитам да реагирам по-друг начин”, „Не съм толкова изплашена, че това се случва само на мен”, „Като че ли не се чувствам толкова потисната и ми се ще да пробвам да говоря с него по друг начин”, „Беше ми безнадеждно, но усещам, че мога да направя промяна”.

Извод от работата в четвъртата групова среща:

Според нас, работата по тази тема, насочи вниманието на майките към техните възможности за промяна чрез прилагането на нови по-ефективни копинг стратегии, които да създадат предпоставки за преодоляване на съзависимото поведение. Считаме, също така, че в резултат на подкрепата от вече опитваните нови по-ефективни копинг стратегии на предходните етапи от тренинга, съзависимите имаха нагласата, че промяната е възможна и би повлияла положително тяхната себеефективност. С други думи, в този етап от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, ние вече имаме обратна връзка по отношение на това, че майките са оценили ползите от вече прилаганите по-ефективни копинг стратегии и балансът на решението е в полза на промяната.

Считаме, че работата ни в тази групова среща съдейства за поддържане на вече прилаганите по-ефективни копинг стилове за справяне със съзависимостта и изпробването на нови, което ще влияе в посока – занижаване тревожността, депресията и стресовата симптоматика, като тази тенденция ще се регистрира при сравнение на резултатите по съответните методики между първото и второто изследване (в контролния етап от експеримента).

Тема №:5 „Граници”

Целта на нашата пета групова среща бе да бъдат обучени майките в групите да разграничават своите външни и вътрешни граници. Да се упражнят в отстояване на собствените граници и съблюдаване границите на другите, тъй като нормалните граници в личностните взаимоотношения са полупроницаеми – ние споделяме своя вътрешен мир с другите, те също споделят своя с нас. При съзависимите границите са или аморфни - прекалено допускане до изчезване на индивидуалността, или ригидно-дистанцирани.

Ето защо насочихме нашите усилия към това да подпомогнем осъзнаването на нарушенията на границите (външни и вътрешни) в резултат на съжителството със зависимия.

В началото на срещата обсъдихме емоционалното състояние на участниците в групите. Майките споделиха опита си да реагира по нов начин в отговор на постъпките на зависимия, чувствата, които са изпитал при прилагане на нова копинг стратегия и резултатът от това: „Поех многократно дълбоко въздух и си казах , че този път няма да се разкрещя. Учудих се, че изпитвам облекчение“, „ Когато видях, че отново е надрусан излязох навън и се разходих, изпитах удовлетворение, че този път поне си спестих безползното кръщение.“, „Когато се прибрах и пак бе изчезнал не се втурнах навън, както обикновено, а позвъних на приятелка. Тя ме изслуша и това ме успокои. А и той се прибра скоро след това, изглеждаше адекватен“, „Изчаках да видя, че е спокоен и седнах да поговорим за лечение. Почувствах, че все пак мога разговарям нормално с него. Толкова отдавна не бях имала това усещане“, „Когато отново се опита да ме излъже къде е бил, споделих с него, че това ме наранява. Почувствах се по-уверена, че успях да изкажа какво изпитвам“, „Пак беше заложил телевизора, казах му, че този път няма да го откупя. Изпитах облекчение, че този път не той определя правилата – аз решавам как да постъпя“.

Повечето от майките в групите споделиха удовлетвореността си от предприетия нов копинг в отговор на проблемите със зависимия. Също така, те констатираха, , че усилията от тяхна страна са предизвикали най-често облекчение и успокоение като по този начин са подсилили увереността, че промяната във взаимоотношенията със зависимия е необходима и възможна.

В следващия етап от груповата работа внимателно запознахме всяка една от тях, с разбирането за външни и вътрешни граници като част от разбирането за нас като личности. Обяснихме, че външните граници предполагат следното:

1. Никой няма право да докосва никого без негово позволение;
2. Ако някой позволява да бъде докоснат, то това би трябвало да е по начин, който харесва;

3. Отговорността е наша – да контролираме Как, Кога, Къде и Кой ще ни докосне.

Обяснихме, че *вътрешните граници* не са така очевидни, но те предполагат примерно това, което и външните, но по отношение на нашия вътрешен свят, нашите чувства, мисли, вярвания, ценности. Когато ние споделяме, че някой друг ни кара да мислим, чувстваме или действаме по определен начин, това би могло да означава, че някой друг управлява нашия живот и че ние не можем да защитаваме своите вътрешни граници.

В хода на груповия процес, помолихме участниците да опишат границите в техните взаимоотношения със зависимите. Най-често те представиха следните модели: „Ако не дам пари за да си купи (веществото), ще ме тормози непрекъснато, а може и да ме удари“, „Отстъпвам и се съгласявам с всичко, само да ме остави на мира“, „Вече, каквото и да ми каже, не му вярвам“, „Лъже ме, знам, че ме лъже, но вече ми е все едно“, „Срамувам се, когато ме унижава пред други хора и правя всичко възможно да го овладеея, но той се държи, както си иска“, „Няма значение как се чувствам аз, важното е той да е добре“, „Бих направил всичко за да го спася, независимо от това какво на мен ще ми коства“.

По този начин получихме представа за нарушенията на границите (вътрешни и външни) като неефективен копинг във взаимоотношенията на съзависимите със зависимия. Насочихме вниманието на участниците в групите към необходимостта да имаме установени граници, когато ни обиждат, използват, нараняват или когато усещаме, че действаме против себе си. Също така разяснихме ползата от ясни граници във взаимоотношенията и за двете страни - съзависими и зависими.

Опитахме се да насочим вниманието към процеса на поставяне на граници като начин постепенно да е изясни кое е редно и кое не е редно да се направи в опитите за овладяване на зависимостта. Изтъкнахме предимството на това да се укрепва външните и вътрешните граници като ефективен копинг, който приложен от майките би помогнал детето им да осъзнае, че има предел, до който да спре.

Подчертахме, че дори и зависимият да не харесва, когато се отнасят към него по различен начин (при прилагането на по-ефективна копинг стратегия), съзависимият не би трябвало да се отказва и постепенно да укрепва своите външни и вътрешни граници. Уточнихме, че границите могат да бъдат променяни в зависимост от ситуацията, тоест *трябва да бъдат гъвкави*. От друга страна, удържането на въведените граници изисква усилие и постоянство. Подканихме участниците в групите да изработят свой „Кодекс“ на границите, свои правила, които да прилагат във взаимоотношенията със зависимия и които да подпомогнат прилагането на нови по-ефективни копинги стратегии (модели) за справяне. Най-често предлаганите правила, които формираха „Кодекса“, бяха следните: „Няма да позволя да ме оскърбяват физически или с думи“, „Няма да се самозалъгвам и да поддържам тези лъжи“, „Няма да извинявам неговото поведение, само защото е зависим“, „Няма да финансирам зависимостта“, „Няма да му позволя да съсипе малкото приятни занимания, които съм открила, за да се чувствам по-добре“, „Има неща, които ще правя за него, но има и такива, които повече нито ще изтърпя, нито ще направя“, „Ще взимам решения самостоятелно и ще се стремя да съобразявам с моите чувства, емоции и мисли“, „Ще отделям време и за себе си“, „Ще говоря открито за чувствата, които предизвиква в мен“.

Особено значимо за нас в процеса на изработването на Кодекса с оглед формирането на по-ефективен копинг за отстояване на собствените граници, бе идентифицирането от майките на тези мисли, които досега са пречили в опитите им да въвеждат „малки правила“ във взаимоотношенията със зависимите. Най-често: „Какво ще си помислят другите за мен“, „Може би, ако изчакам, нещата ще се наредят от само себе си“, „Все пак той ми е дете“, „Следващият път ще се опитам да бъда по-строга“, „Той си изтърва нервите – не е край на света“, „Зле му е, сега не мога да говоря с него“, „Не е необходимо да стигам крайности, той сигурно ще се осъзнае“. Формулирането на тези мисли от майките, които са препятствали прилагането на по-ефективни копинги стратегии за преодоляване на съзависимостта, считаме за показател за тяхната повишена увереност, че биха могли да продължат

прилагането на по-ефективни копинг стратегии за справяне и след приключването на груповата работа.

Извод от работата в петата групова среща: в последната, пета среща от обучението в компетентности за справяне със съзависимостта в групите, насочихме усилия към формирането на умения за прилагане на по-ефективни копинг стратегии при отстояване на собствените граници (вътрешни и външни). Според нас, по този начин, осигурихме положително подкрепление и за вече прилаганите по-ефективни стратегии, за които майките в процеса на груповата работа бяха обучени. Очакваме, нашата работа в заключителната пета сесия да спомогне за по-често прилагане на по-ефективни копинг стратегии за справяне със съзависимостта, като окаже влияние в посока – занижаване на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, което да се наблюдава при сравнение на резултатите между първото и второто изследване по съответните методики, в контролния етап на експеримента.

**Обобщение от работата по групи при
провеждането на обучението в компетентности за
справяне със съзависимостта**

В края на тренингите, във всяка една от групите насочихме вниманието на майките, към спецификата на въвеждането на граници като процес, изискващ техните усилия. Уточнихме необходимостта да се пробват и доразвиват новите умения (по-ефективни копинг стратегии), апробирани в хода на работата в групите. Подчертахме, че е възможно и разбираемо, в процеса на усвояването на нови копинги да изпитат неувереност, да има връщане към старите модели на поведение. Важно е да не се самообвиняват и да не се отказват, тъй като това са грешки в хода на промяната, а начинът да се преодолее „връщането в „старите коловози“ е – усилието да се опита отново. Отделихме време да уверим всяка една от майките в искреното възхищение, което изпитваме към тяхната смелост в такава трудна жизнена ситуация, да приложат нови по-ефективни копинги за справяне.

Изразихме своята удовлетвореност от нашето партньорство при работата във всяка една от десетте групи и окуражихме майките да подържат усилията и енергията си при прилагането на уменията, усвоени по време на тренинга във взаимоотношенията си със зависимите – последователно, с увереността, че положителните промени са възможни, но изискват постоянство и затвърдяване.

Тук е удачно да споделим, че в групите, с които проведохме тренинга, имаше майки, които изоставаха от *груповата динамика* и имаха затруднения да следват груповия процес на промяна. Във всяка от групите имахме по една или две майки, които по-трудно се „вписваха“ в груповия процес. Позовавайки се на Диклеме и Прохаска (DiClemente&Prochaska, 1998), бихме определили тези майки като „хронично обмислящи“ промяната (по Милър и Ролник, 2010:300). Тъй като, някои изследвания са открили взаимовръзка между обмислянето и по-високите нива на депресия (Velasques et al, 1999), можем да очакваме, че при тези майки, вероятността да формираме по-ефективни копинг стратегии за справяне със съзависимостта е по-ниска, като те ще имат по-слабо представени занижения не само по отношение на депресията, но и на тревожността и стресовата симптоматика, по сравнение с другите майки от експерименталната група.

В края на тренингите, предоставихме възможност на майките да споделят своите впечатления от съвместната ни работа. Най-често бяха изказвани следните мнения: „Бях много недоверчива, когато дойдох първия път, но почувствах, че ме разбират и не ме осъждат“, „Повярвах, че мога да опитам по нов начин да се справя“, „Най-трудно ми беше да направя първата стъпка – да споделя какво ми тежи“, „Почувствах се по-уверена след като успях да обърна внимание на моите нужди – дори си позволих да отида на фризьор“, „Отначало се осъждах, че идвам, а не стоя непрекъснато в къщи, но после усетих, че съм била „завързана“ за проблемите и не съм спирала да се самонаранявам, без да предприема, каквото и да било за да се опитам да ги преодоляя“, „За първи път от толкова време мога да направя нещо само за себе си – чувствам се горда от това“, „Усетих, че ще мога да поставя граница и да въведа правило: ако изчезне още нещо от къщи –

отива на лечение”, „Успях да преодолеея в известна степен гнева, които ме задушаваше и ще опитам да поставя правило – забъркаш ли се пак с продажба(на дрога), не разчитай да те измъкна”, „Вече не се самообвинявам толкова често , по-често търся начин да постъпя, както ни насочихте”, „Все още ми е трудно да не реагирам, както преди, но съм окуражена и пробвам, освен това вече опитах два пъти и се получи: излязох и споделих с приятелка, отказах да дам пари за дрога”, „Почувствах се като отделно същество за първи път от толкова време – с мои собствени нужди, усещания, болка”, „Напоследък не крещя и не се обвинявам непрекъснато, започнах да говоря , да обсъждам, да търся помощ от специалист”, „Успях да преодолеея срама, че това се случва с мен, в моето семейство”, „Като че ли за мен вече е по-важно аз какво мисля , а не какво мислят другите за мен”, „По-лесно успявам да взема решение, вчера почувствах, че ми е зле и реших да изляза да се разходя – преди все стоях в къщи и чаках да ми премине”.

В заключение, бихме обобщили, че проведеното в десетте групи, обучение в компетентности за справяне със съзависимостта, позволи не само да идентифицираме чувствата, които изпитват съзависимите майки и най-често използваните от тях неефективни копинги, в опитите за овладяване на проблемите със зависимия, но и да създадем предпоставки за прилагане на по-адаптивни копинг стратегии, които да окажат положително влияние в посока – понижаване на тревожността, депресията и стресовата симптоматика. В това отношение, ние споделяме позицията, че копинг стилът и неговите прояви – копинг стратегиите, са ефективни или неефективни в контекст на два фактора- доколко са полезни на човека и ефективността му в социума. Тъй като, стратегиите, като *вентилиране* на емоциите и размишление, най-често са неефективни (Windle&Windle,1996, по Иванов и Куков, 2011:105), в нашите тренинги ние се съсредоточихме върху формирането на копинг стратегии, които работят за преодоляване на съзависимостта, което според нас *регулира* емоциите и е индикатор за подобро социално функциониране на майките. С повечето от тях, поддържахме връзка и след приключването на тренингите. Това, че майките продължават да търсят нашето мнение по повод предприети от тях, копинг стратегии в конкретни казуси от съжителството

им със зависимия, ни дава основание, да предположим, че обучението в компетентности за справяне със съзависимостта е било релевантно на техните нужди и е формирало по-ефективни стратегии за преодоляване на съзависимото поведение.

3.2.Анализ на резултатите по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост”

3.2.1.Обсъждане на резултатите за установяване на различия по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” между първото и второто изследване (контролна група)

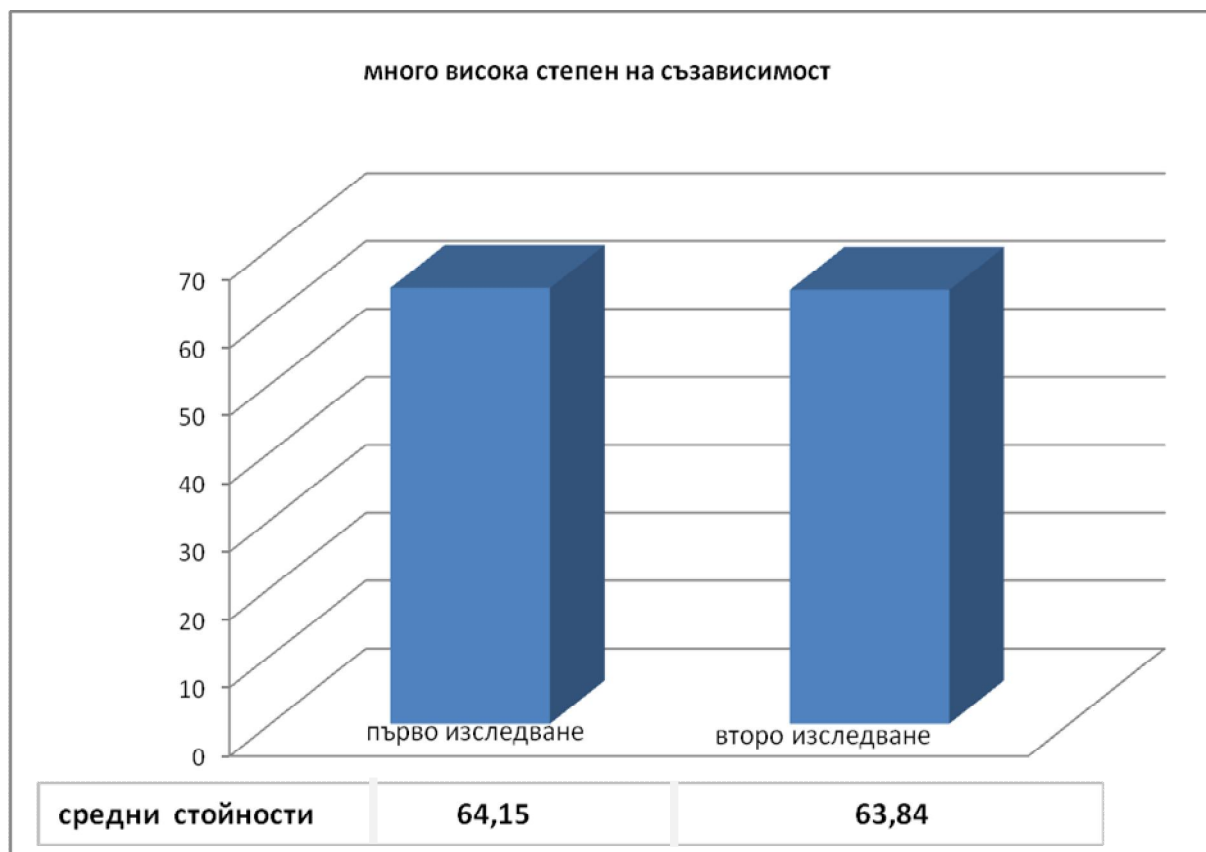
За установяване на различията при първото и второто изследване на контролната група направихме мултифакторен дисперсионен анализ контролната група направихме мултифакторен дисперсионен анализ. В таблица №9 са позиционирани средните стойности, на които се позоваваме, при сравнението по периоди. При първото изследване, средната стойност по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” на майките от контролната група е $M=64,15$, при стандартно отклонение $SD=6,68$ ($F=49,82$; $Sig=0,00$). При второто изследване се наблюдава понижение в средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост” ($M=63,84, SD=7,94$).

Таблица №9. Средни стойности(M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост(Sig.) по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” при първото и второто изследване на контролната група.

контролна група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	64,15	6,68	49,82	0,000
второ изследване	63,84	7,94		

Въпреки че не се наблюдава силно представено различие (графика№2) в средните стойности от „Тест за установяване на съзависимост”(много висока степен на съзависимост), занижението е статистически значимо ($M_{\text{изсл.}}=64,15$; $M_{\text{изсл.}}=63,84$; $\text{Sig}=0,00$).

Графика №2. Средни стойности по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” при първото и второто изследване на контролната група.



Резултатът от второто изследване ($M_{\text{II изсл.}}=63,84$) сравнен с този от първото изследване ($M_{\text{I изсл.}}=64,15$), би могъл да се тълкува като проекция на субективното преживяване на майките от контролната група, които според нас, са възприели приложените интервенции (попълването на методиките при първото и при второто тестване) – като проява на разбиране и съпричастност към проблемите им. Това обяснява регистрираното понижение в средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост“. Предвид стигмата, с която тези родители живеят (да имат дете зависимо към наркотици), считаме това обяснение за разумно и целесъобразно.

Извод от хипотеза: Хипотеза №2 частично се доказва. Резултатите на контролната група по показател „много висока степен на съзависимост“ *се запазват относително еднакви при първото и второто изследване*, но се установяват занижения при второто изследване по сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

3.2.2.Обсъждане на резултатите за установяване на различия по показател „много висока степен на съзависимост“ от „Тест за установяване на съзависимост“ между първото и второто изследване (експериментална група)

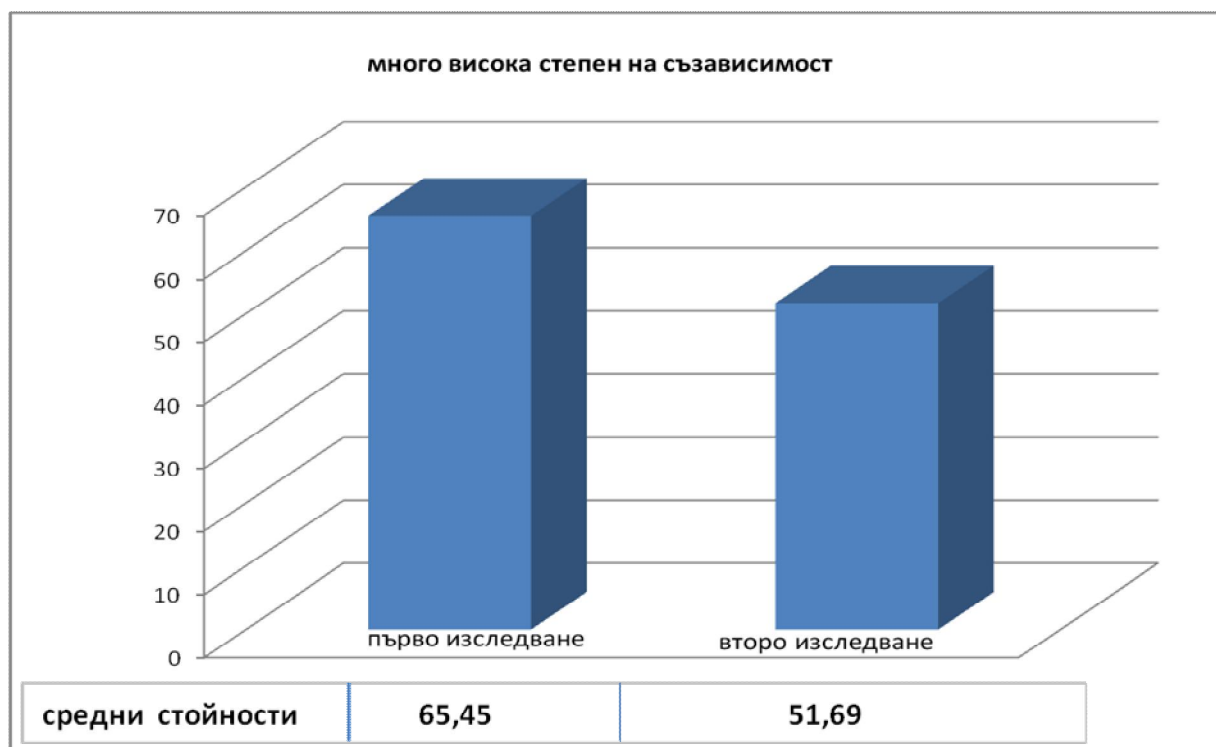
От представените таблица №10 и графика №3 наблюдаваме значими различия между първото и второто изследване на експерименталната група. При първото изследване, средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост“ от „Тест за установяване на съзависимост“ на майките от експерименталната група са с показател $M=65,45$ при стандартно отклонение ($SD=8,09$ ($F=83,78$; $Sig=0,00$)). При второто изследване се наблюдава статистически значимо понижение в средните стойности на съзависимостта ($M=51,69$; $SD=7,93$) при $Sig=0,00$.

Таблица №10. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по показател „много висока степен на съзависимост“ при първото и второто изследване на експерименталната група.

експериментална група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	65,45	8,09	83,78	0,000
второ изследване	51,69	7,93		

Тъй като, се регистрира **значително занижаване** в средните стойности от „Тест за установяване на съзависимост“ при второто изследване по сравнение с първото ($M_{\text{изсл.}}=51,69$; $M_{\text{изсл.}}=64,15$), с основание можем да твърдим, че занижаването е в следствие от приложената програма (обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост), осъществено с експерименталната група във формиращия етап на експеримента. Значителното понижение в средните стойности на съзависимостта, при второто изследване на експерименталната група е видно и в графика №3.

Графика №3. Средни стойности по показател „много висока степен на съзависимост“ при първото и второто изследване на експерименталната група.



Тъй като в изследването са обхванати само майки с много висока степен на съзависимост, корелацията с другите нива на съзависимост е отрицателна, т.е., занижаването на средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост“ води до завишаване на средните стойности при другите показатели на съзависимост – висока, средна и ниска. Това от своя страна е отчетливо благоприятна тенденция, която установяваме само при експерименталната група в резултат на проведеното обучение в компетентности за справяне със съзависимостта.

Извод от хипотеза: Потвърждава се Хипотеза №1, тъй като се установи наличие на значими различия (значително занижаване) в средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост“ от „Тест за установяване на съзависимост“ при второто изследване на експерименталната група по сравнение с първото.

3.2.3.Обсъждане на резултатите за установяване на различия между контролната и експерименталната група по показател „много висока степен на съзависимост“ от „Тест за установяване на съзависимост“ при второто изследване

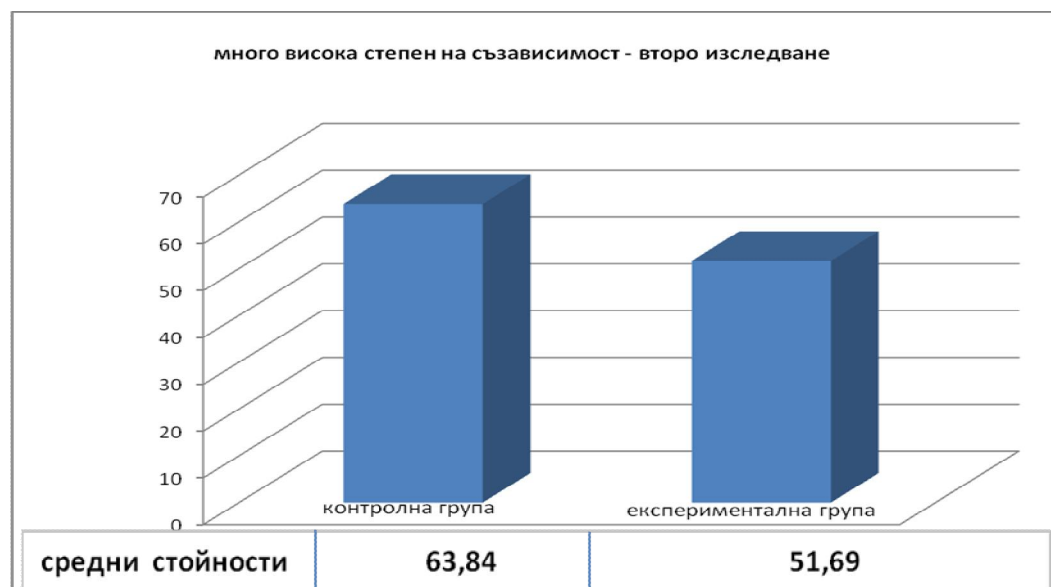
Различията между резултатите в средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост“ от „Тест за установяване на съзависимост“ на контролната и експерименталната група(второто изследване)след направения мултифакторен дисперсионен анализ, са представени в таблица№11. Установихме, че тук различията в средните стойности са силно представени ($M_{г\text{II изсл.}}=63,84$; $ME_{г\text{II изсл.}}=51,69$; $Sig=0,00$).

Таблица №11. Средни стойности(M), стандартно отклонение(SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост(Sig.) по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” при второто изследване на контролната и експерименталната група.

второ изследване	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
контролна група	63,84	7,94	49,82	0,000
експериментална група	51,69	7,93	83,78	0,000

Тъй като изследваните майки (в контролната и в експериментална група) са с много висока степен на съзависимост, при сравнение на средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост” от второто изследване установяваме, че при контролната група се наблюдава значимо по-висок резултат по сравнение с резултата на експерименталната ($M_{\text{контр.}}=63,84$; $M_{\text{експ.}}=51,69$). Тоест при второто изследване на експерименталната група, установяваме значимо по-нисък резултат по „много висока степен на съзависимост” в сравнение с този на контролната, което обясняваме с проведеното обучение с майките от експериментална група във формиращия етап на експеримента (графика №4).

Графика №4. Средни стойности(M) по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Също така, значимо по-ниските стойности по показател „много висока степен на съзависимост” на майките от експерименталната (след приложената програма) в сравнение с тези на майките от контролната при второто изследване (графики №4 и №5) насочва нашето внимание към констатацията, че при наличие на системно работещи програми (насочени към родители на зависими лица), с цел специализирана помощ и подкрепа от професионалисти, състоянието на съзависимост, може да бъде интервенирано успешно.

Графика №5. Визуално представяне на средните стойности(M) по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Извод от хипотеза: Хипотеза №3 се потвърждава, тъй като при съзависимите майки от контролната група, при второто изследване в сравнение с първото, резултатите от показател „много висока степен на съзависимост” се запазват относително еднакви, а при сравнение на резултатите от второто изследване на контролната и експерименталната група, резултатът от теста на контролната група е значимо по-висок в сравнение с този на експерименталната.

3.3. Анализ на резултатите от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър”

3.3.1.Обсъждане на резултатите за установяване на различия по скала „S”–ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” по периоди (първо изследване; второ изследване)

Направената статистическа обработка – Хи-квадрат тест (Chi-Square Tests), установи различия в разпределението на резултатите по скала „S”– ситуативна тревожност по периоди. От Коефициент на Chi-Square ($\chi^2=43,505$ при Sig.=0,000) е видно, че се наблюдават значими различия между първото и второто изследване (таблица №12).

Таблица №12. Резултати по скала „S”– ситуативна тревожност по периоди.

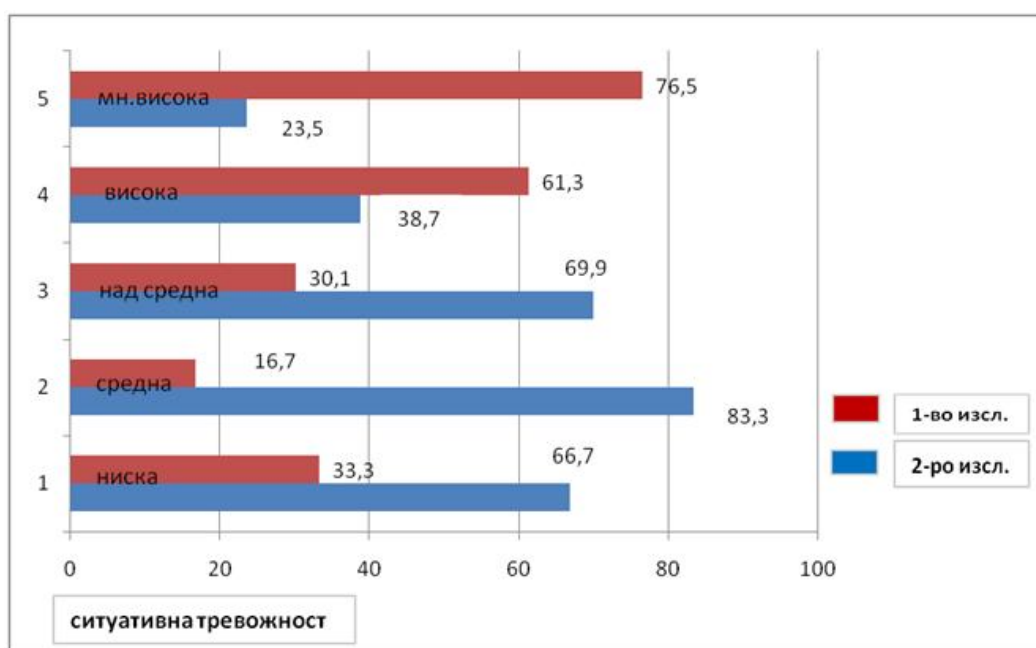
Оценка по скалата	Първо изследване	Второ изследване
Ниска %	1 33,3%	2 66,7%
Средна %	2 16,7%	10 83,3%
Надсредна %	40 30,1%	93 69,9%
Висока %	144 61,3%	91 38,7%
Многовисока %	13 76,5%	1 23,5%

При първото изследване установяваме, че майките са с най- високи показатели при много високата и високата ситуативна тревожност – $S_{I \text{ мн.вис.}} = 76,5\%$; $S_{I \text{ вис.}} = 6,1,83$, докато показателите при над средната, средната и ниската ситуативна тревожност са значимо по-ниски – $S_{I \text{ над ср.}} = 30,1\%$; $S_{I \text{ ср.}} = 16,7\%$; $\%$; $S_{I \text{ нис.}} = 33,6\%$.

При сравнение на процентното разпределение на резултатите по ситуативна тревожност по периоди, установихме значимо занижаване на много високата и високата ситуативна тревожност при второто изследване по сравнение с първото – $S_{II \text{ мн.вис.}} = 23,5\%$; $S_{I \text{ мн.вис.}} = 76,5\%$; $S_{II \text{ вис.}} = 38,7\%$; $S_{I \text{ вис.}}$

вис. = 61,3%. Като се наблюдава значимо повишаване на над средната ($S_{II \text{ над ср.}} = 69,9\%$; $S_{I \text{ над ср.}} = 30,1\%$), средната ($S_{II \text{ ср.}} = 83,3\%$; $S_{I \text{ ср.}} = 16,7\%$) и ниската ситуативна тревожност ($S_{II \text{ нис.}} = 66,7\%$; $S_{I \text{ нис.}} = 33,3\%$) при второто изследване по сравнение с първото (графика №6).

Графика №6. Процентно разпределение на резултатите по скала „S” – ситуативна тревожност по периоди (първо изследване; второ изследване)



Тоест, съществува обратно пропорционална зависимост по отношение на степента на ситуативна тревожност между двата периода, като в началото е била по висока, а след проведеното обучение е намаляла. Тези различия са по отношение на нивата на ситуативната тревожност в двата периода – преди и след обучението на съзависимите. Като от графиката ясно се вижда, че честотата на много високата и високата ситуативна тревожност е намаляла за сметка на над средната, средната и ниската.

Резултатите по периоди (първо изследване; второ изследване), обясняваме с обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост, осъществено с експерименталната група във формирания етап на експеримента. Като в последващите обсъждания ще представим установените различия при контролната и при

експерименталната група, както и между контролната и експерименталната група – по скала „S”– ситуативна тревожност, които подкрепят издигнатите от нас, хипотези като установяват следната детерминираност – *относително еднакви резултати при първото и второто изследване на контролната група; значими различия между първото и второто изследване на експерименталната група; значими различия между второто изследване на контролната и експерименталната група.*

3.3.2. Обсъждане на резултатите за установяване на различия по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” между първото и второто изследване (контролна група)

За установяване на различията между първото и второто изследване на контролната група направихме многофакторен дисперсионен анализ. В таблица №13 са представени средните стойности по периоди, които подпомагат нашия анализ. При първото изследване, средната стойност по скала „S”– за ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” е $M=65,28$, при стандартно отклонение $SD=4,72$. При второто изследване се наблюдава понижение в средната стойност по скала „S”– ситуативна тревожност– $M=62,87$, $SD=6,40$, което е статистически значимо ($F=20,82$; $Sig=0,00$).

Таблица №13. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при първото и второто изследване на контролната група.

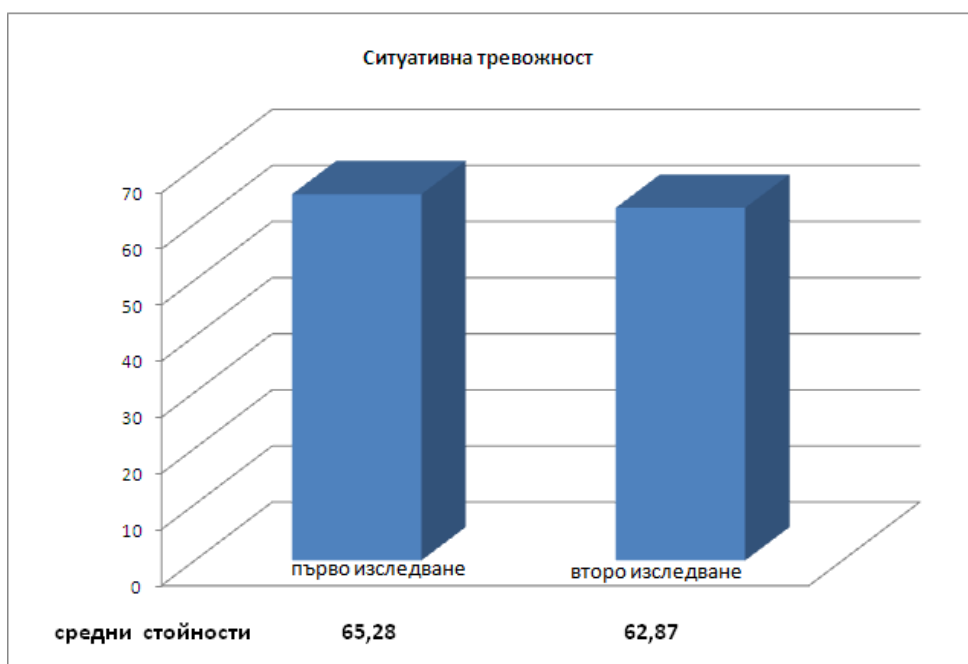
контролна група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	65,28	4,72	20,82	0,000
второ изследване	62,87	6,40		

Установеното различие (занижение) по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч.

Спилбъргър”, представено чрез графика №7, обясняваме със субективното преживяване на майките от контролната група, които според нас, са възприели приложените интервенции (попълването на методиките при първото и при второто тестване) – като проява на разбиране и съпричастност към проблемите им.

Предвид стигмата, с която тези родители живеят (да имат дете зависимо към наркотици), считаме това обяснение за разумно и логично. Също така, сме на мнение, че това занижение няма да е устойчиво, поради това, че при тях не сме приложили системни интервенции, както във формирация етап (при обучението на майките от експерименталната група).

Графика №7. Средни стойности (M) по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при първото и второто изследване на контролната група.



Извод от хипотеза: Хипотеза №2 частично се доказва. Резултатите по по скала „S”– ситуативна тревожност се запазват *относително еднакви при първото и второто изследване*, но се установяват занижения при второто изследване по сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

3.3.3. Обсъждане на резултатите за установяване на различия по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” между първото и второто изследване (експериментална група)

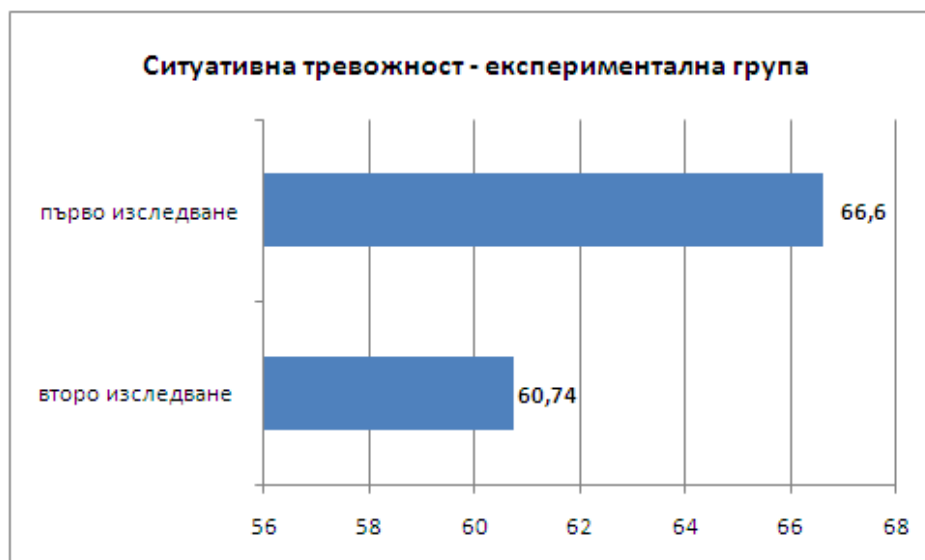
От представените таблица№14 и графика№8, наблюдаваме значими различия между първото и второто изследване на експериментална група. При първото изследване, средната стойност по скала „S”– за ситуативна тревожност на майките от експерименталната група е с показател $M=65,45$ при стандартно отклонение $SD=8,09$. При второто изследване се наблюдава понижение в средната стойност по скала „S”– за ситуативна тревожност – $M=60,74$; $SD=5,91$, което е статистически значимо ($F=52,78$; $Sig.=0,00$).

Таблица №14. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „S”– за ситуативна тревожност при първото и второто изследване на експерименталната група.

експериментална група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	66,60	5,58	52,78	0,000
второ изследване	60,74	5,91		

Тъй като се регистрира значително занижаване в средните стойности по скала „S”– за ситуативна тревожност (графика №8) при второто изследване по сравнение с първото ($M_{\text{изсл.}}=60,74$; $M_{\text{изсл.}}=66,60$), с основание можем да твърдим, че занижаването е в следствие от приложената програма (обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост), осъществено с експерименталната група във формирация етап на експеримента.

Графика №8. Средни стойности (M) по скала „S”– за ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър ” при първото и второто изследване на експерименталната група.



Получените резултати при второто изследване по скала „S”– за ситуативна тревожност на експерименталната група по сравнение с първото (графика №8), доказват, че независимо от ежедневния стрес, високият интензитет от негативни преживявания и невъзможността да се овладеят повечето от ситуацияите, в следствие зависимостта на тяхното дете, работата с майките по отношение на формирането на умения (компетентности) за преодоляване на съзависимостта е целесъобразна и необходима.

Извод от хипотеза: Хипотеза №1 се потвърждава, тъй като се установи наличие на значими различия (значително занижаване) в средните стойности по скала „S”– ситуативна тревожност при второто изследване на експерименталната група в сравнение с първото.

3.3.4. Обсъждане на резултатите за установяване на различия между контролната и експерименталната група по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч.Спилбъргър” при второто изследване

Анализът на резултатите по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при второто изследване на контролната и експерименталната група (таблица №15), установи различия в средните стойности, които са статистически значими ($Sig \leq 0,00$).

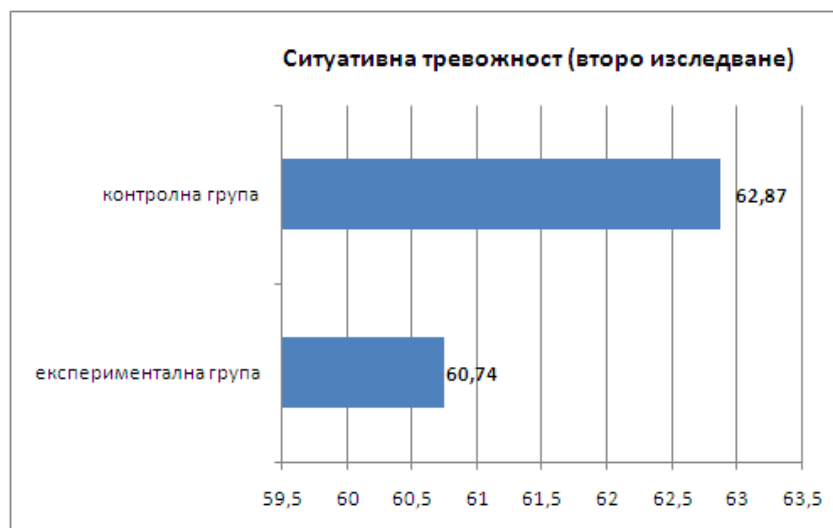
Таблица №15. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при второто изследване на контролната и експерименталната група.

второ изследване	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
контролна група	62,87	6,40	20,82	0,000
експериментална група	60,74	5,91	52,78	0,000

При съзависимите майки от контролната група, при второто изследване, се наблюдава по-висок резултат по скала „S”– ситуативна тревожност ($M_{г\text{изсл.}}=62,87$; $SD=6,40$), по сравнение с резултата по същата скала при второто изследване на съзависимите майки от експерименталната група ($M_{г\text{изсл.}}=60,74$; $SD=5,91$). Въпреки че при първото изследване контролната група има по-ниска средна стойност по сравнение със средната стойност при първото изследване на експерименталната група по скала „S”– ситуативна тревожност ($M_{г\text{изсл.}}=65,28$; $M_{г\text{изсл.}}=66,60$), установеното занижение при второто изследване при експерименталната група по сравнение с второто изследване на контролната група е статистически значимо ($Sig=0,00$).

Тези резултати са в следствие на еднократно прилагане на програмата – обучението в компетентности за справяне със съзависимостта във формирация етап на експеримента. Те потвърждават повлияването (занижаването) на ситуативната тревожност при майките от експерименталната група, с които е осъществено обучението (графика №9). Считаме, че при системно прилагане на програмата в работата с родителите е силно вероятно, да бъдат формирани устойчиви модели на поведение (ефективни копинг стратегии) за преодоляване на съзависимостта, а заниженията в нивата изследваните психични състояния да са стабилни.

Графика №9. Средни стойности (M) по скала „S”– ситуативна тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Извод от хипотеза: Хипотеза№3 се потвърждава, тъй като при съзависимите майки от контролната група, при второто изследване в сравнение с първото, се установява относително запазване в нивата на ситуативната тревожност, а при сравнение на резултатите от второто изследване на контролната и експерименталната група, резултатът от теста на контролната група е значимо по-висок в сравнение с този на експерименталната.

3.3.5.Обсъждане на резултатите за установяване на различия по скала „Т”–личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” по периоди (първо изследване; второ изследване)

Направената статистическа обработка – Хи-квадрат тест (Chi-Square Tests), установи различия в разпределението на резултатите по скала „S”– ситуативна тревожност по периоди. От Коефициент на Chi-Square ($\chi^2=74,236$ при Sig.=0,000) е видно, че се наблюдават значими различия между първото и второто изследване (таблица №16).

Таблица № 16. Резултати по скала „Т”– личностова тревожност по периоди.

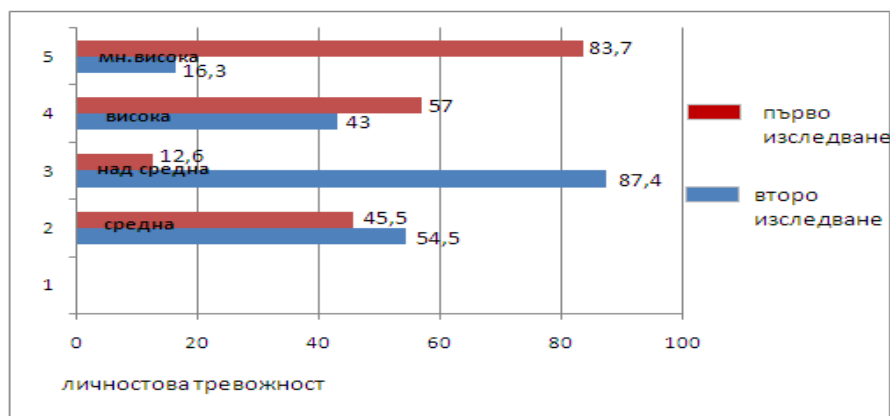
Оценка по скалата	Първо изследване	Второ изследване
Ниска %	1 100,0%	0 100,0%
Средна %	5 45,5%	6 54,5%
Надсредна %	11 12,6%	76 87,4%
Висока %	147 57,0%	111 43,0%
Многовисока %	36 83,7%	7 16,3%

При сравнение на процентното разпределение на резултатите по скала по скала „Т” – личностова тревожност по периоди, позиционирани в таблица №16, установихме значително занижаване на много високата личностова тревожност при второто изследване по сравнение с първото – $S_{II \text{ мн.вис.}} = 16,3\%$; $S_{I \text{ мн.вис.}} = 83,7\%$. При процентното разпределение на високата степен на личностова тревожност при второто изследване $S_{II \text{ вис.}} = 43\%$ в сравнение с първото $S_{I \text{ вис.}} = 57\%$, също регистрираме статистически значимо понижение.

Тези различия са по отношение на нивата на личностовата тревожност в двата периода – преди и след обучението на съзависимите. Като от графика №10, ясно се вижда, че честотата на високата и много високата личностова тревожност е намаляла в сравнение на честотата на над средната $S_{I \text{ над ср.}} = 12,6\%$; $S_{II \text{ над ср.}} = 87,4$ и средна личностова тревожност – $S_{I \text{ ср.}} = 45,5\%$; $S_{II \text{ ср.}} = 54,5\%$. Тоест, понижението при второто изследване в най-високите нормативни граници (висока, много висока) по скала „Т” – личностова тревожност е в посока разполагане на резултатите в нормативни граници над средна и средна личностова тревожност.

Като най-значителното процентно повишение при второто изследване по сравнение с първото, регистрираме при над средната личностова тревожност ($S_{II \text{ над ср.}} = 87,4\%$; $S_{I \text{ над ср.}} = 12,6\%$).

Графика №10. Процентно разпределение на резултатите по скала „Т” – личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” по периоди (първо изследване; второ изследване).



Липсва значимо процентно разпределение по скала по скала „Т” – личностова тревожност по периоди в ниската нормативна група (таблица №16; графика №10). Този резултат обясняваме с високата интензивност на негативни преживявания при майките от двете групи, объркващи привичните междуличностни взаимоотношения и заплашващи тяхната емоционална стабилност.

Тъй като личностната предразположеност към тревожно реагиране зависи от актуалната ситуативна тревожност, регистрираното понижение при много високата личностова тревожност при второто изследване по сравнение с първото ($S_{\text{мн. вис.}} = 16,3\%$; $S_{\text{мн. вис.}} = 83,7\%$), приемаме като показател за изградената терапевтична връзка между майките и водещия и създадената атмосфера на приемане и разбиране в процеса на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта. Също така, сме на мнение, че този показател от второто изследване по скала „Т” – „много висока личностова тревожност”, би могъл да е устойчив само при прилагане на системни интервенции (тренинги) в работата със съзависимите родители.

Получените съществени различия в процентното разпределение при второто изследване по сравнение с първото по скала „Т” – личностова тревожност (графика №10), обясняваме с обучението в компетентности за справяне с

проблема съзависимост, осъществено с експерименталната група във формиращия етап на експеримента. Като в последващите обсъждания ще представим установените различия при контролната и при експерименталната група, както и между контролната и експерименталната група – по скала „Т” – личностова тревожност, които подкрепят издигнатите от нас хипотези, като установяват следната детерминираност – *относително еднакви резултати при първото и второто изследване на контролната група; значими различия между първото и второто изследване на експерименталната група; значими различия между второто изследване на контролната и експерименталната група.*

3.3.6.Обсъждане на резултатите за установяване на различия по по скала „Т” –личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” между първото и второто изследване (контролна група)

От направената статистическа обработка (многофакторен дисперсионен анализ), установихме слабо представени различия в средните стойности между първото и второто изследване на контролната група (таблица №17). При първото изследване, средната стойност по скала „Т” –личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър – STAY” е $M=68,93$, при стандартно отклонение $SD=5,06$. При второто изследване се наблюдава понижение в средната стойност по скала „Т”– личностова тревожност – $M=67,26$ при $SD=5,24$, което е статистически значимо ($F=28,11$; $Sig=0,00$).

Таблица №17. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „Т” – личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър ” при първото и второто изследване (контролна група).

контролна група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	68,93	5,06	28,11	0,000
второ изследване	67,26	5,24		

Въпреки регистрираното различие в средните стойности, което е статистически значимо ($F=28,11$; $Sig=0,00$) не се наблюдава значително намаляване на средните стойности по скала „Т“– личностова тревожност при второто изследване на контролната група по сравнение с първото ($M_{\text{Iизсл.}}=67,26$; $M_{\text{Iизсл.}}=68,93$). Това е видно и от графика №11.

„Графика №11. Средни стойности (M) по скала „Т“– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър“ при първото и второто изследване на контролната група.“



Занижението по скала „Т“– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър“, както и занижението по „Тест за установяване на съзависимост“ (много висока степен на съзависимост), обясняваме със субективното преживяване на майките от контролната група, които според нас, са възприели приложените интервенции (попълването на методиките при първото и при второто тестване) – като проява на разбиране и съпричастност към проблемите им. Това обяснява регистрираното понижение в средните стойности и при двете методики при второто изследване, което не е значително. Предвид стигмата, с която тези родители живеят (да имат дете зависимо към наркотици), считаме това обяснение за разумно и логично.

Извод от хипотеза: Хипотеза №2 частично се доказва. Резултатите по скала „Т”- личностова тревожност, се запазват относително еднакви при първото и второто изследване, но се установяват занижения при второто изследване в сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

3.3.7. Обсъждане на резултатите за установяване на различия по скала „Т”– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” между първото и второто изследване (експериментална група)

Приложеният многофакторен дисперсионен анализ установи значими вътрегрупови различия между първото и второто изследване на експерименталната група, представени в таблица №18.

При първото изследване, средната стойност по скала „Т”– личностова тревожност на майките от експерименталната група е с показател $M=69,22$ при стандартно отклонение $SD=6,36$. При второто изследване се наблюдава статистически значимо понижение ($F=80,31$; $Sig=0,00$) в средната стойност по скала „Т”– личностова тревожност – $M=61,29$; $SD=4,58$.

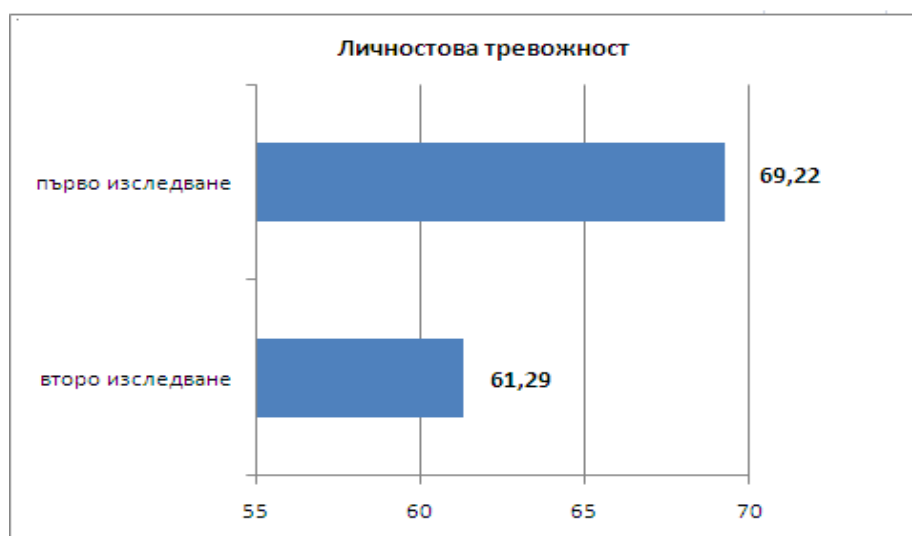
Таблица №18. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „Т”– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър ” при първото и второто изследване на първото и второто изследване на експерименталната група.

експериментална група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	69,22	6,36	80,31	0,000
второ изследване	61,29	4,58		

Тъй като, се регистрира значително занижаване в средните стойности по скала „Т”– личностова тревожност (графика №12) при второто изследване по сравнение с първото ($M_{\text{изсл.}}=61,29$; $M_{\text{изсл.}}=69,22$), с основание можем да твърдим, че

занижаването е в следствие от приложената програма (обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост), осъществено с експерименталната група във формиращия етап на експеримента.

Графика №12. Средни стойности (M) по скала „Т”– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при първото и второто изследване на експерименталната група.



Заниженията на средните стойности при второто изследване по сравнение с първото по скала „Т”– личностова тревожност на експерименталната група, доказват, че независимо от ежедневния стрес, високият интензитет от негативни преживявания и невъзможността да се овладеят повечето от ситуациите, в следствие зависимостта на тяхното дете, работата с майките по отношение на формирането на умения(компетентности) за преодоляване на съзависимостта е целесъобразна и необходима.

Извод от хипотеза: Хипотеза №1 се потвърждава, тъй като се установи наличие на значими различия (значително занижаване) в средните стойности по скала „Т”– личностова тревожност, при второто изследване на експерименталната група в сравнение с първото.

3.3.8. Обсъждане на резултатите за установяване на различия между контролната и експерименталната група по скала „Т” –личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч.Спилбъргър” при второто изследване

Данните за установяване на междугрупови различия при второто изследване на двете извадки са обработени с многофакторен дисперсионен анализ. Установиха се различия в средните стойности между второто изследване на контролната и експерименталната група по скала „Т”–личностова тревожност, които са статистически значими. В следващата таблица са представени средните стойности, които подпомагат сравнението между групите.

Таблица №19. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по скала „Т”–личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при второто изследване на контролната и експерименталната група.

второ изследване	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
контролна група	67,26	5,24	28,11	0,000
експериментална група	61,29	4,58	80,31	0,000

При съзависимите майки от контролната група, при второто изследване, се наблюдава статистически значимо различие ($F=28,11$; $Sig=0,000$) по скала „Т”– личностова тревожност – $M_{г\text{изсл.}}=67,26$; $SD=5,24$, по сравнение с резултата по същата скала при второто изследване на съзависимите майки от експерименталната група — $ME_{г\text{изсл.}}=61,29$; $SD=4,58$ при $F=80,31$; $Sig=0,000$. Като средната стойност по скала „Т”– личностова тревожност при майките от контролната група е значимо по-висока от средната стойност по теста на майките от експериментална група ($M_{г\text{изсл.}}=67,26$; $ME_{г\text{изсл.}}=61,29$). Занижението в средната стойност по скала „Т”– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър”, при второто изследване на майките от експерименталната група по сравнение с показателя от средната стойност по същата скала при майките от контролната група, убедително подкрепят ефективността от груповата работа (приложената програма)

при майките от експерименталната група, с които е осъществено обучението в компетентности за справяне със съзависимостта (графика №13).

Тези резултати показват, че субективното преживяване на неблагоприятния в ситуациите, породени от зависимостта на детето им, при майките от контролната група се запазва с висок интензитет, докато при майките от експерименталната група, субективното преживяване на негативните аспекти в такива ситуации е с по-слаб интензитет, тоест те успяват да реагират по-адекватно в ситуациите, заплашващи тяхната емоционална стабилност. Установените различия обясняваме с формирането на умения (компетентности) за преодоляване на съзависимостта при майките от експерименталната група, чрез обучението, проведено във формиращия етап на експеримента.

Графика №13. Средни стойности (М) по скала „Т”– личностова тревожност от „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Регистрираното различие – значимо понижение по скала „Т”– личностова тревожност при второто изследване на майките от експерименталната група в сравнение с резултата от теста при второто изследване на майките от контролната група е в следствие еднократното прилагане на обучението във формиращия етап на експеримента. Считаме, че при системно прилагане на програмата в работата с родителите е силно вероятно, да бъдат формирани устойчиви модели на поведение (ефективни копинг стратегии) за преодоляване на съзависимостта.

Извод от хипотеза: Хипотеза№3 се потвърждава, тъй като при съзависимите майки от контролната група, при второто изследване в сравнение с първото, резултатите по скала „Т“-личностова тревожност се запазват относително еднакви, а при сравнение на резултатите от второто изследване на контролната и експерименталната група, резултатът от теста на контролната група е значимо по-висок в сравнение с този на експерименталната.

3.4. Анализ на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”

3.4.1. Процентно разпределение на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” по периоди (първо изследване; второ изследване)

От направения Хи-квадрат тест (Chi-Square Tests) се установиха значими различия по периоди от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”, което е видно от коефициента на Chi-Square ($\chi^2 = 30,087$ при Sig.=0,000). Съществува обратно пропорционална зависимост по отношение на степента на депресия между двата периода, като при първото изследване е била по-висока, а след проведеното обучение е намаляла. Тези различия са представените чрез процентното разпределение от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при първото и второто изследване в таблица №20.

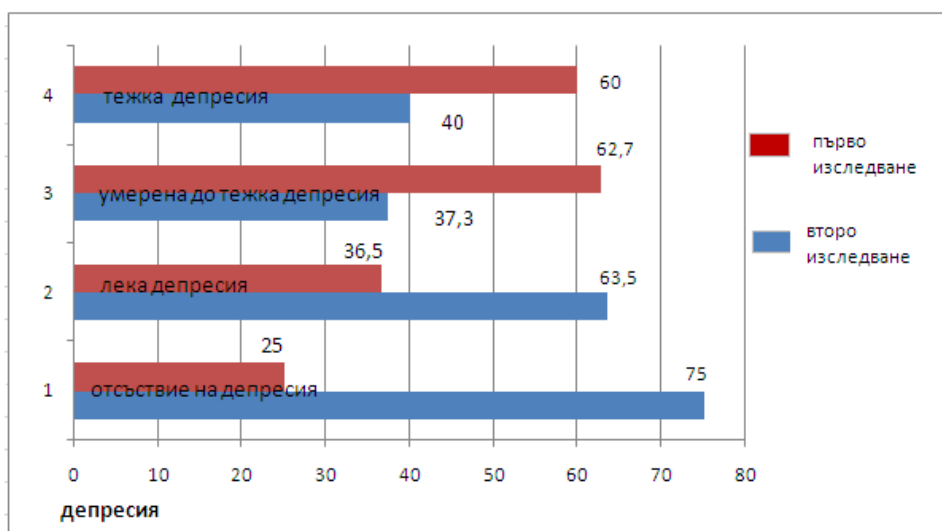
Таблица №20. Процентно разпределение на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” по периоди

Оценка по скалата	Първо изследване	Второ изследване
Отсъствие на депресия %	4 25,0%	12 75,0%
Лека депресия %	62 36,5%	108 63,5%
Умерена до тежка депресия %	131 62,7%	78 37,3%
Тежка депресия %	3 60,0%	2 40,0%

При сравнение на разпределението на резултатите, установихме занижаване на тежката депресия при второто изследване по сравнение с първото – SDS_I (тежка) = 60% ; SDS_{II} (тежка) = 40%. Тъй като, ние не предлагаме индивидуална терапия в процеса на изследването, счетохме за наложително да насочим трите майки с тежка форма на депресия, установена след контролното изследване, към специалист с оглед облекчаване на състоянието им. Занижението по скала тежка депресия, отдаваме по-скоро на предприетата терапия (с медикаменти) под супервизията на медицинско лице.

Значимо в резултатите при второто изследване по сравнение с първото (графика №14) е регистрираното понижение, което е при умерената до тежка депресия – SDS_I (умерена до тежка) = 62,7%; SDS_{II} (умерена до тежка) = 37,3%, както и наблюдаваното значимо завишение при второто изследване по сравнение с първото при леката депресия и при отсъствие на депресия – SDS_I (лека) = 36,5 ; SDS_{II} (лека) = 63,5; SDS_I (отсъствие на депресия) = 25% SDS_{II} (отсъствие на депресия) = 75% .

Графика №14. Разпределение на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг(SDS)” по периоди.



Установените различия са по отношение на нивата на депресия в двата периода (преди и след обучението на съзависимите майки от експерименталната група). Като от графиката ясно се вижда, че честотата на тежка и умерена до

тежка депресия е намаляла в сравнение на честотата на лека и отсъствие на депресия.

Тъй като изходното ни хипотетично допускане се състои в това, че обучението в компетентности с майките от експерименталната група във формиращия етап на експеримента ще окаже влияние (*понижение*) върху нивата на изследваните психични състояния (депресия) при тях, докато нивата на изследваните психични състояния (депресия) при майките от контролната група, ще се запазят *относително еднакви*, в последващите обсъждания ще представим установените различия при контролната и при експерименталната група, както и между контролната и експерименталната група от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)“, които подкрепят издигнатите от нас, хипотези.

3.4.2.Обсъждане на резултатите за установяване на различия от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)“ между първото и второто изследване (контролна група)

От направената статистическа обработка (многофакторен дисперсионен анализ), установихме слабо представени различия в средните стойности между първото и второто изследване на контролната група, които сме отразили в таблица №21.

При първото изследване, средната стойност от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS) е $M=48,18$, при стандартно отклонение $SD=3,78$.

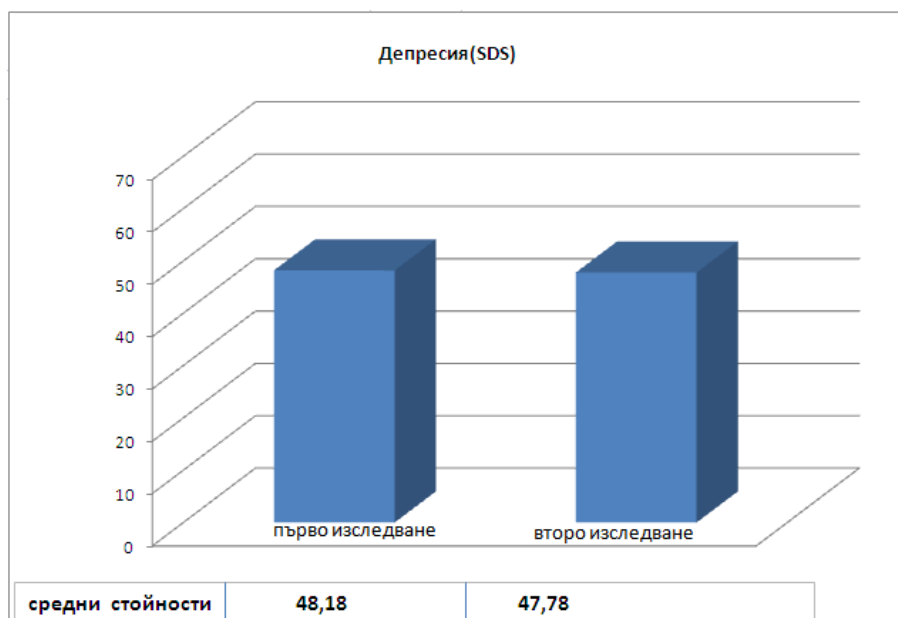
При второто изследване се наблюдава понижение в средната стойност от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)“ – $M=47,78, SD=4,16$, което е статистически значимо ($F=25,41$; $Sig=0,00$).

Таблица №21. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при първото и второто изследване на контролната група.

контролна група	M	SD	F	Sig.
първо изследване	48,18	3,78	25,41	0,000
второ изследване	47,78	4,16		

Въпреки регистрираното различие в средните стойности, което е статистически значимо ($F=25,41$; $Sig=0,00$), не се наблюдава значително намаляване на средните стойности от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при второто изследване на контролната група по сравнение с първото ($M_{\text{изсл.}}=47,78$; $M_{\text{изсл.}}=48,18$). Това е видно и от графика №15.

Графика №15. Средни стойности от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при първото и второто изследване на контролната група



Регистрираното понижение в средните стойности между първото и второто изследване на контролната група от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”, обясняваме със субективното преживяване на майките от

контролната група, които според нас, са възприели приложените интервенции (попълването на методиките при първото и при второто тестване) – като проява на разбиране и съпричастност към проблемите им.

Предвид стигмата, с която тези родители живеят (да имат дете зависимо от наркотици), считаме това обяснение за разумно и логично. Допускаме, също така, че заниженията по тревожните и депресивните показатели от двата теста при контролната група няма да имат устойчивост, поради епизодичността на интервенциите, които са предприети при тях (попълване на методиките при констатиращия и контролния етап на експеримента).

Извод от хипотеза: Хипотеза №2 частично се доказва. Резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” се запазват относително еднакви, но се установяват занижения при второто изследване по сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

3.4.3.Обсъждане на резултатите за установяване на различия от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” между първото и второто изследване (експериментална група)

Приложеният многофакторен дисперсионен анализ, установи значими вътрегрупови различия между първото и второто изследване на експерименталната група, представени в таблица №22.

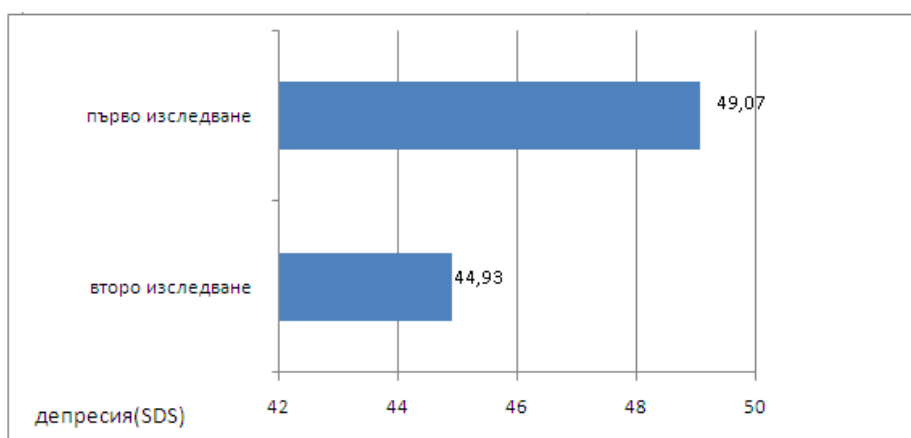
При първото изследване, средната стойност от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг(SDS)” на майките от експерименталната група е с показател $M=49,07$ при стандартно отклонение $SD=3,23$. При второто изследване се наблюдава понижение в средната стойност – $M=44,93$; $SD=2,87$, което е статистически значимо ($F=40,88$; $Sig=0,00$).

Таблица №22. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при първото и второто изследване на експерименталната група.

експериментална група	M	SD	F	Sig.
първо изследване	49,07	3,23	40,88	0,000
второ изследване	44,93	2,87		

Тъй като, се регистрира значително занижаване в средните стойности от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” (графика №16) при второто изследване по сравнение с първото ($M_{\text{Iизсл.}}=44,93$; $M_{\text{IIизсл.}}=49,07$) с основание можем да твърдим, че занижаването е в следствие от приложената програма (обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост), осъществено с експерименталната група във формирация етап на експеримента.

Графика №16. Средни стойности (M) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при първото и второто изследване на експерименталната група.



Получените резултати при второто изследване от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” на експерименталната група по сравнение с първото (графика №16), доказват, че независимо от ежедневния стрес, високият интензитет от негативни преживявания и невъзможността да се овладеят повечето от ситуациите, в следствие зависимостта

на тяхното дете, работата с майките по отношение на формирането на умения (компетентности) за преодоляване на съзависимостта е целесъобразна и би била ефективна по отношение по-доброто им емоционално благополучие и качество на живот.

Извод от хипотеза: Потвърждава се Хипотеза№1, тъй като се установи наличие на значими различия (значително занижаване) в средните стойности от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”, при второто изследване на експерименталната група по сравнение с първото.

3.4.4. Обсъждане на резултатите за установяване на различия между контролната и експерименталната група от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS) при второто изследване

Данните за установяване на междугрупови различия при второто изследване на двете извадки са обработени с многофакторен дисперсионен анализ. Установиха се различия в средните стойности между второто изследване на контролната и експерименталната от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”, които са статистически значими. В следващата таблица са представени средните стойности, които подпомагат сравнението между групите.

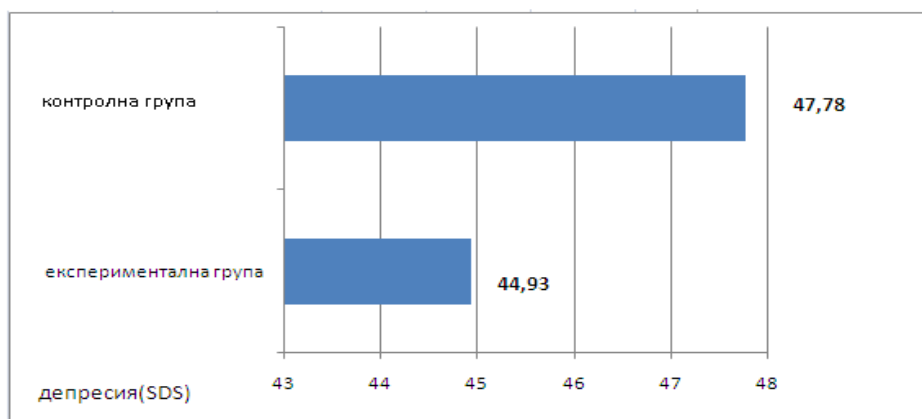
Анализът на резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг(SDS)” при второто изследване на контролната и експерименталната група (таблица №23), установи различия в средните стойности, които са статистически значими.

Таблица №23. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)”при второто изследване на контролната и експерименталната група.

второ изследване	M	SD	F	Sig.
контролна група	47,78	4,16	25,41	0,000
експериментална група	44,93	2,87	40,88	0,000

При съзависимите майки от контролната група, при второто изследване, се наблюдава статистически значимо различие ($F=25,41$; $Sig=0,000$) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” – $M_{г\text{изсл.}}=47,78$; $SD=4,16$, по сравнение с резултата по същата скала при второто изследване на съзависимите майки от експерименталната група – $ME_{г\text{изсл.}}=44,93$; $SD=2,87$ при $F=25,41$; $Sig=0,000$. Като средната стойност от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при второто изследване на майките от контролната група е значимо по-висока от средната стойност по теста на майките от експериментална група – $M_{г\text{изсл.}}=47,78$; $ME_{г\text{изсл.}}=44$ (графика №17).

Графика №17. Средни стойности (M) от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Тези резултати потвърждават очакванията ни за влиянието на програмата – обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, във формиращия етап на експеримента. Занижаването в средните стойности от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” при майките от експерименталната група, с които е осъществено обучението ни дава основание да предположим, че при системна работа с родителите е силно вероятно, да бъдат формирани устойчиви модели на поведение (ефективни копинг стратегии) за преодоляване на съзависимостта, а постигнатият резултат от еднократното провеждане на тренинга, да се запази.

Извод от хипотеза: Хипотеза№3 се потвърждава, тъй като при съзависимите майки от контролната група, при второто изследване в сравнение с първото, резултатите от „Самооценъчната депресивна скала на Цунг (SDS)” се запазват относително еднакви, а при сравнение на резултатите от второто изследване на контролната и експерименталната група, резултатът от теста на контролната група е значимо по-висок в сравнение с този на експерименталната.

3.5. Анализ на резултатите по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса”

3.5.1.Обсъждане на значимостта на разликите по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” по периоди (първо изследване; второ изследване)

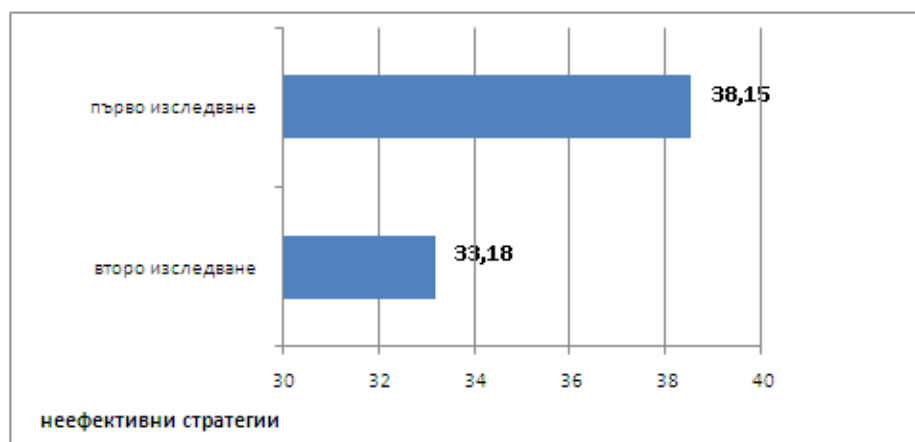
За установяване на различия по фактор „неефективни стратегии” по периоди, приложихме Т-тест за количествено изразими показатели с нормално разпределение. Това, което удостоверява наличието на значими различия по фактора по периоди е резултатът от Т-тест ($t_{|398|} = 5,490$; $\text{Sig} = 0,000$). В таблица №24 са предложени за сравнение средните стойности от Т-тест, представящи различията по периоди по фактор „неефективни стратегии от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса”. От сравняването на средните стойности при двете зависими извадки – майките при първото и при второто изследване, установяваме значимо понижение в средните стойности при наблюдаваната зависима величина „неефективни стратегии”, при второ изследване по сравнение с първото – $M_{1\text{изсл.}} = 33,18$; ; $SD = 7,03$; $M_{2\text{изсл.}} = 38,51$; $SD = 4,57$.

Таблица №24. Резултати от средни стойности (M) по фактор „неефективни стратегии” на две зависими извадки по периоди (първо изследване; второ изследване).

	Период	Брой измервания(N)	Средни стойности	Стандартно отклонение
Неефективни стратегии	първи период	200	38,5150	4,57871
	втори период	200	33,1800	7,03099

Установеното занижение при второто изследване по сравнение с първото (графика№18), обясняваме с въведената от нас независима променлива – проведеното с майките от експерименталната група – обучение в компетентности за справяне със съзависимостта във формиращия етап на експеримента.

Графика №18. Средни стойности(M) по фактор „неефективни стратегии” на две зависими извадки по периоди (първо изследване; второ изследване)



В последващите обсъждания на резултатите по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” на контролната и експерименталната група (при първото и повторното психологическо изследване), както и между второто изследване на контролната и на експерименталната група, ще представим статистически значими данни, които подкрепят хипотезата ни за

детерминираност на междугруповите различия при зависимата променлива („неефективни стратегии“) от независимата – обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, проведено с майките от експерименталната група във формиращия етап на експеримента.

3.5.2. Обсъждане на резултатите за установяване на различия по фактор „неефективни стратегии“ от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса“ между първото и второто изследване (контролна група)

От направената статистическа обработка (многофакторен дисперсионен анализ), установихме различия по фактор „неефективни стратегии“ между първото и второто изследване на контролната група, които са статистически значими. В таблица №25 сме представили средните стойности, които ни дават основание за тази констатация.

При първото изследване, средната стойност по фактор „неефективни стратегии“ от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса“ е $M=37,80$, при стандартно отклонение $SD=4,62$. При второто изследване се наблюдава понижение в изследваната променлива като средната стойност е $M=37,34$, $SD=5,87$.

Таблица №25. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по фактор „неефективни стратегии“ при първото и второто изследване на контролната група.

контролна група	Средни стойности	Стандартно отклонение	F	Sig.
първо изследване	37,80	4,62	44,99	0,000
второ изследване	37,34	5,87		

Регистрираното различие в средните стойности по фактор „неефективни стратегии“ при второто изследване на контролната група по сравнение с първото, колкото и слабо да е представено (графика №19) е статистически значимо ($M_{\text{изсл.}}=37,34$; $M_{\text{изсл.}}=37,80$; $F=44,99$; $\text{Sig}=0,00$). Този резултат

според нас доказва, че всяка интервенция и консултиране с психолог води до изменение в състоянието на съзависимите.

Графика №19. Средни стойности (M) по фактор „неефективни стратегии” при първото и второто изследване на контролната група.



По фактор „неефективни стратегии” при второто изследване на контролната група в сравнение с първото, ние отчитаме най-слабо понижение в резултата, по сравнение с установените занижения, при второто изследване, сравнени с първото по методиките – „Тест за Тревожност на Ч. Спилбъргър – STAY” (скала „S”– за ситуативна тревожност – $M_{\text{II изсл.}}=62,87$; $M_{\text{I изсл.}}=65,28$; скала „Т”– личностова тревожност – $M_{\text{II изсл.}}=67,26$; $M_{\text{I изсл.}}=68,93$); „Самооценъчна депресивна скала на Цунг (SDS)” – $M_{\text{II изсл.}}=47,78$; $M_{\text{I изсл.}}=48,18$).

Понижаването е по-слабо представено и от слабото занижаване при второто изследване в сравнение с първото по показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” ($M_{\text{II изсл.}}=63,84$; $M_{\text{I изсл.}}=64,15$). Тоест, при получените резултати по фактор „неефективни стратегии” от второто изследване на майките от контролната група, сравнени с първото – е най-силно представено подържането на привичните за тях копинги,

които са неефективни по-отношение справянето със съзависимостта.

Установеното занижение по фактор „неефективни стратегии”, ни дава основание да приемем, от една страна, че всяка интервенция и консултиране с психолог води до изменение в състоянието на съзависимите, а, от друга, че неефективните копинги, които съзависимите майки използват в опитите им да овладеят неблагоприятията и кризисните ситуации, вследствие зависимостта на тяхното дете, са устойчиви модели на поведение при тях и изискват прилагането на специализирани програми с оглед преодоляването им.

Убедени сме, също така, че занижението по фактор „неефективни стратегии” при второто изследване на контролната група, по сравнение с първото, няма да имат устойчивост, поради епизодичността на интервенциите, които са предприети (попълване на методиките при констатиращия и контролния етап на експеримента).

Извод от хипотеза: Хипотеза №2 частично се доказва. Резултатите по фактор „неефективни стратегии” на контролната група *се запазват относително еднакви при първото и второто изследване*, но се установяват занижения при второто изследване по сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

3.5.3. Обсъждане на резултатите за установяване на различия по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” при първото и второто изследване (експериментална група)

След обработка на данните посредством многофакторен дисперсионен анализ, се установиха значими вътрегрупови различия между първото и второто изследване на експерименталната група (таблица №26). При първото изследване, средната стойност по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” на майките от експерименталната група е $M=39,07$ при стандартно отклонение $SD=4,43$. При второто изследване се наблюдава статистически значимо понижение

($F=107,89$; $Sig=0,00$) в средната стойност – $M=29,02$; $SD=5,46$, което е силно представено.

Таблица №26. Средни стойности(M), стандартно отклонение(SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост(Sig.) по фактор „неефективни стратегии” при първото и второто изследване на експерименталната група.

експериментална група	M	SD	F	Sig.
първо изследване	39,23	4,43	107,89	0,000
второ изследване	29,02	5,46		

Тук при второто изследване, по сравнение с първото (графика №20 и №21), регистрираме най-силно представено занижение в средните стойности по фактор „неефективни стратегии” – $M_{\text{изсл.}}=29,02$; $M_{\text{изсл.}}=39,23$.

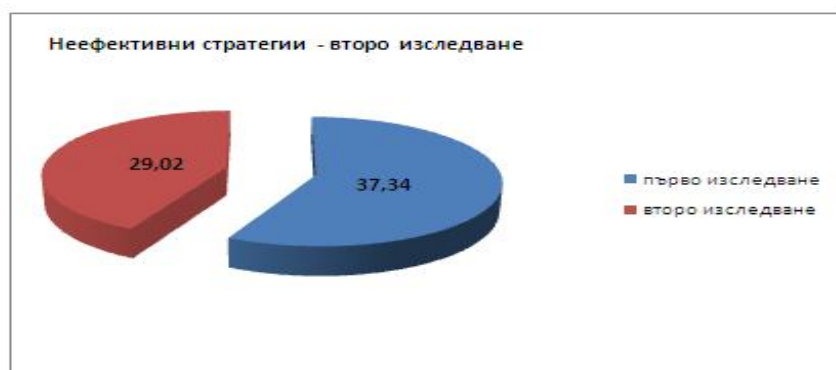
Графика №20. Средни стойности (M) по фактор „неефективни стратегии” при първото и второто изследване на експерименталната група.



Тази отчетлива тенденция е вследствие от приложената програма (обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост), осъществено с експерименталната група във формиращия етап на експеримента. Регистрираните занижения чрез средните стойности по фактор „неефективни стратегии” при второто изследване на експерименталната група, сравнени с първото (графика №20

и №21), убедително подкрепят нашата идея – работата с майките за преодоляване на съзависимостта е не само препоръчителна, тя може да бъде ефективна с оглед формиране на по-ефективни копинг стратегии, съдействащи за подобряване на техния емоционален статус и качеството им на живот.

Графика №21. Средни стойности (M) по фактор „неефективни стратегии” при първото и второто изследване на експерименталната група.



Извод от хипотеза: Хипотеза №1 се потвърждава, тъй като се установи наличие на значими различия (значително занижаване) в средните стойности по фактор „неефективни стратегии”, при второто изследване на експерименталната група по сравнение с първото.

3.5.4. Обсъждане на резултатите за установяване на различия между контролната и експерименталната група по фактор „неефективни стратегии” от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса”, при второто изследване

За установяване на междугрупови различия при второто изследване на майките от контролната и от експерименталната група по фактор „неефективни стратегии”, направихме многофакторен дисперсионен анализ. В таблица №27 са представени средните стойности на двете групи по фактора, които подпомагат сравнението между тях.

Установиха се различия, които са статистически значими и които дават информация за прилагането на неефективни

стратегии от майките от контролната и от майките от експерименталната група след второто изследване.

Таблица №27. Средни стойности (M), стандартно отклонение (SD), F-критерий на Фишер (F) и ниво на значимост (Sig.) по фактор „неефективни стратегии“ при второто изследване на контролната и експерименталната група.

второ изследване	M	SD	F	Sig.
контролна група	37,34	5,87	44,99	0,000
експериментална група	29,02	5,46	107,89	0,000

При съзависимите майки от контролната група, при второто изследване, се наблюдава значително по-висок резултат ($F=44,99$; $Sig=0,000$) по фактор „неефективни стратегии” – $M_{г\text{изсл.}}=37,34$; $SD=5,87$ по сравнение с резултата при второто изследване на съзависимите майки от експерименталната група – $M_{г\text{изсл.}}=29,02$; $SD=5,46$ при $F=107,89$; $Sig=0,000$. Установяваме, че тук между групите различия в средните стойности по фактор „неефективни стратегии”, са силно представени, което е видно и от графика №22. Очевидно е, че майките от контролната група продължават да прилагат неефективни копинг стратегии в опитите да „решат” проблемите на зависимостта (**подържа се моделът на съзависимост**), значимо по-често от майките от експерименталната група. След проведеното обучение, майките от експерименталната група правят опити да преодолеят моделът на съзависимост като значимо по-често от майките от контролната група, прилагат по-ефективни копинг стратегии за справяне с проблема. Тези резултати, при второто изследване, потвърждават очакванията ни за влиянието на програмата – обучението в компетентности за справяне със съзависимостта (формиращ етап на експеримента).

Графика №22. Средни стойности (М) по фактор „неефективни стратегии” при второто изследване на контролната и експерименталната група.



Силно представеното занижаване по фактор „неефективни стратегии” при майките от експерименталната група, с които е осъществено обучението, по сравнение със слабо представеното занижение и значимо по-високия резултат по фактора при майките от контролната група, ни дава основание да предположим, че при системна работа с родителите е силно вероятно, да бъдат формирани устойчиви модели на поведение (ефективни копинг-стратегии) за преодоляване на съзависимостта, а постигнатият резултат от еднократното провеждане на тренинга, да се запази.

Извод от хипотеза: Хипотеза №3 се потвърждава, тъй като при съзависимите майки от контролната група, при второто изследване в сравнение с първото, резултатите по фактор „неефективни копинг стратегии” се запазват относително еднакви, а при сравнение на резултатите от второто изследване на контролната и експерименталната група, резултатът по фактор „неефективни копинг стратегии” на контролната група е значимо по-висок в сравнение с този на експерименталната.

ИЗВОДИ И ОБОБЩЕНИЯ

Подредбата на изводите и обобщенията в логичен ход следват поставените научно-изследователски задачи от Глава II.

Направените изводи и обобщения са въз основа на констатираните междугрупови различия, преди и след формиращия етап на експеримента. Смятаме, че установените значими междугрупови различия, по отношение на изследваните психични състояния и прилаганите копинг стратегии, са обусловени именно от проведеното обучение в компетентности за справяне със съзависимостта с майките от експерименталната група.

1) Изводи и обобщения относно базисните психологически особености на съзависимите (майки на зависими лица) и най-често прилаганите от тях копинг стратегии – модели за справяне с проблема

При първото изследване, всички изследвани лица от нашата извадка (200 майки на зависими лица) са с показател „много висока степен на съзависимост” от „Тест за установяване на съзависимост” $F=76,561$; $Sig.=0,000$; $M=61,82$; $SD=9,47$. Установяват се следните базисни психологически особености на изследваните майки: затрудняват се да изразят чувствата си, безпокоят се как другите ще реагират на техните чувства и поведение, осъждат се и се самообвиняват заради случилото се с детето им, трудно допускат до себе си и трудно се доверяват, не признават своята уязвимост, считат живота си за провал, изпълнен с емоционални сривове, страхуват се от отхвърляне, често стигат до крайности и оценяват живота си от позицията „всичко или нищо”.

Най-често съзависимите майки от нашето изследване прилагат следните копинг стратегии за „решаване” на проблемите: контрол над зависимия, омаловажаване или отричане на случилото се; примиряване и поддържане на съзависимите отношения; реагиране вместо целенасоченото действие, поведенческа дезангажираност, свръхобгрижване.

Прилагането на тези копинг стратегии (модели), очертаващи съзависимото поведение на майките, **се потвърди** и от наблюденията ни в работата в групите при обучението в компетентности за справяне със съзависимостта:

Контролиращо поведение – „Заклучвам за да не излезе”, „Заплашвам, че ще викна полиция и понякога наистина го правя”, „Пребърквам джобовите, претършувам цялата стая за да видя къде е скрип дрогата”, „Казвам, че ако още веднъж ме излъже, ще го изгоня”, „Често, когато излезе, бързо тръгвам след него, и се опитвам да проследя, къде отива (Тема №:2 „Контролиращо поведение”);

Омаловажаване или отричане – „Не е необходимо да стигам до крайности, той сигурно ще се осъзнае”, „Какво ще си помислят другите за мен...по-добре да не признавам”, „Той си изтърва нервите – не е крайт на света” (Тема №:5 „Граници”).

Примиряване и поддържане на съзависимите отношения – „Зле му е, сега не мога да говоря с него”, „Може би, ако изчакам, нещата ще се наредят от само себе си”, „Все пак той ми е дете” (Тема №:5 „Граници”);

Реагиране вместо целенасочено действие – „Когато ме лъже, случвало се е да го удрям”, „Удряла съм го, когато открадне нещо от къщи, за да го заложим”, „Бързам да вдигна слушалката на телефона, за да разбера дали не е дилърът”, „Обикалям и го търся като се запилее някъде”, „Не смея да изляза от къщи, за да не го изпусна да звънне на дилъра”, „Като го заваря надрусан започвам да го нагрубявам и изричам много обидни за него думи”, „Обвинявам го за всички беди и неблагополучия у дома” (Тема №:4 „Действие - реакция”);

Поведенческата дезангажираност – „Лъже ме, знам, че ме лъже, но вече ми е все едно”, „Отстъпвам и се съгласявам с всичко, само да ме остави на мира”, „Толкова ми е писнало вече, че предпочитам да се правя, че не забелязвам, че пак е надрусан” (Тема №:5 „Граници”);

Свърхобгрижване – „Спрях да ходя на работа за да се грижа за него”, „Питам непрекъснато какво да му приготвя за ядене”, „Водя го на лекар два пъти в седмицата”, „Давам му лекарствата точно по часа, за да не пропусне”, „Меря температурата му по няколко пъти на ден”, „Правя му билкови настойки и държа да ги изпие пред мен”, „Помагам му да се облече, когато се затруднява” (Тема № 3: „Дистанциране”).

Така очертаната рамка (базисни психологически особености на съзависимите майки и най-често прилагани неефективни копинг стратегии (модели) за справяне, дават насоки по отношение работата за преодоляване на съзависимото поведение, които да са полезни, както при групова, така и при индивидуална форма на терапия или при комбинирането на двете.

2) Изводи и обобщения относно взаимовръзката между предпочитаните от съзависимите (майки на зависими лица) копинг стратегии (модели) за справяне – и нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика

При първото изследване съзависимите (майки на зависими лица) прилагат значително по-често неефективни стратегии за справяне $t_{|398|} = 5,490$; $Sig = 0,000$; $M_{1изсл.} = 38,51$; $SD = 4,57$ по сравнение с второто $M_{1изсл.} = 33,18$; ; $SD = 7,03$.

Съответно при съзависимите майки (*първо изследване*) преобладават:

- много висока и висока ситуативна и личностова тревожност и стресовата симптоматика (*стрес – възприемане на заплахата – състояние на тревожност, по Спилбъргър*) $S_I (сит.мн.вис.) = 76,5\%$; $S_{I(сит.вис.)} = 61,3$; $S_{I(личн.мн.вис.)} = 83,7\%$; $S_{I(личн. вис.)} = 57\%$;
- умерена до тежка форма на депресия $SDS_I (умерена до тежка) = 62,7\%$, като се установява и тежка форма на депресия $SDS_I (тежка) = 60\%$.

При *второто изследване* се наблюдава *значимо понижаване* при:

- много високата и високата тревожност (ситуативна и личностова) $S_{II(сит.мн.вис.)} = 23,5\%$ $S_{II(сит.вис.)} = 38,7\%$; $S_{II(личн.мн.вис.)} = 16,3\%$; $S_{II(личн. вис.)} = 43\%$; умерената до тежка форма на депресия $SDS_{II(умерена до тежка)} = 37,3\%$. *Занижението при майките по скала тежка депресия, отдаваме по-скоро на предприетата терапия (с медикаменти), към която ги насочихме, под*

супервизията на медицинско лице (SDS_I (тежка) = 60%; SDS_{II} (тежка) = 40%) .

Тоест, можем да обобщим, че *взаимовръзката между избора на копинг стратегии (модели) за справяне и нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика е следната: **съзависимите майки, които по-често прилагат нефективни копинг стратегии за справяне, имат по-високи нива на тревожност, депресия и стресовата симптоматика в сравнение със съзависимите майки, които по-рядко прилагат неефективни копинг стратегии (модели) за справяне.***

3) Изводи и обобщения от процеса на обучение в компетентности за справяне с проблема съзависимост, осъществен със съзависимите майки от експерименталната група във формиращия етап на експеримента

От гледна точка на конкретиката на резултатите по фактор „неефективни стратегии” (средни стойности - първо изследване; второ изследване) и сравнение на средните стойности по показател „много висока степен на съзависимост” , ситуативна и личностова тревожност и стресовата симптоматика, както и по депресивност, **съзависимите майки от експерименталната група показват значими различия, преди и след обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост.**

Преди формиращия етап на експеримента, съзависимите майки от експерименталната група, прилагат значимо по-често неефективни стратегии за справяне със съзависимостта по сравнение с използването им след обучението $F=107,89$; $Sig=0,00$ с $M_{I\text{изсл.}}=39,23$; $SD=4,43$; $M_{II\text{изсл.}}=29,02$; $SD=5,46$. От представените резултати по **показател „много висока степен на съзависимост”** $F=83,78$; $Sig=0,00$ с $M_{I\text{изсл.}}=64,15$; $SD=8,09$ при $M_{II\text{изсл.}}=51,69$; $SD=7,93$ е видно, че средните стойности от първото изследване са по-високи в сравнение със следващите от второто изследване.

Същият резултат получаваме и тук при сравнение на двата вида тревожност $F=52,78; Sig.=0,00$ и $M_{\text{Изсл.сит.тр.}}=66,60; SD=5,58; M_{\text{Изсл.сит.тр.}}=60,74; SD=5,91; F=80,31; Sig=0,00$ с $M_{\text{Изсл.личн.тр.}}=69,22; SD=6,36; M_{\text{Изсл.личн.тр.}}=61,29; SD=4,58$, тоест както ситуативната, така и личностовата тревожност във второто изследване на съзависимите са значително по-слабо изразени.

Показаните резултати по отношение на **депресивността** $F=40,88;$

$Sig=0,00$ с $M_{\text{Изсл.}}=49,07; SD=3,23$ при $M_{\text{Изсл.}}=44,93; SD=2,87$, представят за пореден път разликите между първото и второто изследване при експерименталната група.

Изводът, който се налага е, че в процеса на обучението са формирани компетентности за по-често прилагане на по – ефективни копинг стратегии(модели) за справяне със съзависимостта, като по-честото прилагане на по-ефективни стратегии е повлияло в посока – занижаване на тревожността, депресията и стресовата симптоматика, при майките от експерименталната група. На основа на така установената взаимовръзка между избора на копинг стратегии и нивата на изследваните психични състояния **можем да обобщим**, че чрез приложената програма, съзависимите майки от експерименталната група са обучени за по-ефективно справяне със съзависимостта, което логично обяснява занижението по показател „много висока степен на съзависимост” при второто изследване в сравнение с първото.

4) Изводи и обобщения относно нивата на изследваните психичните състояния, и предпочитаните копинг стратегии (модели), при съзависимите майки от извадката, преди и след обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост, осъществено с експерименталната група

Преди обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост, *различията в средни стойности между двете групи съзависими майки по отношение на:* показател „много висока степен на съзависимост” $M_{\text{кг}}=64,15; M_{\text{ег}}=65,45$, тревожност и стресова симптоматика

$M_{\text{КГсит.тр.}}=65,28$; $M_{\text{ЕГсит.тр.}}=66,60$; $M_{\text{КГличн.тр.}}=68,93$, $M_{\text{ЕГличн.тр.}}=69,22$, депресия $M_{\text{КГ}}=48,18$; $M_{\text{ЕГ}}=49,07$, както и по фактор „неефективни стратегии” – $M_{\text{КГ}}=37,80$; $M_{\text{ЕГ}}=39,23$ – са слабо представени.

След обучението в компетентности за справяне с проблема съзависимост, *съзависимите майки от двете групи имат ясно представени различия в средните стойности по отношение на* показател „много висока степен на съзависимост”, $M_{\text{КГизсл.}}=63,84$; $M_{\text{ЕГизсл.}}=51,69$, тревожност и стресова симптоматика $M_{\text{КГсит.тр.}}=62,87$; $M_{\text{ЕГсит.тр.}}=60,74$; $M_{\text{КГличн.тр.}}=67,26$, $M_{\text{ЕГличн.тр.}}=61,29$, депресия $M_{\text{КГ}}=47,78$; $M_{\text{ЕГ}}=44,93$, както и по фактор „неефективни стратегии” – $M_{\text{КГ}}=37,34$; $M_{\text{ЕГ}}=29,02$.

Като цяло **в обобщение**, можем да кажем, **че при второто изследване** се констатира значимо по-ниски резултати по изследваните психични състояния (тревожност, депресия и стресова симптоматика), както и по показател „много висока степен на съзависимост”, а също и значимо по-ниски средни стойности по фактор „неефективни копинг стратегии” при майките от експерименталната група в сравнение със средните стойности по изследваните психични състояния и по показател „много висока степен на съзависимост”, а също и значимо по-ниски средни стойности по фактор „неефективни копинг стратегии” при изследваните от експерименталната група.

Изводът, който се налага е, че факторът, детерминиращ тези различия е проведеното обучението в компетентности за справяне със съзависимостта на майките от експерименталната група във формиращия етап на експеримента.

5) Интерпретация и обобщения на резултатите от експеримента и изводи за обогатяване на психологичната теория и практика относно работата със съзависими лица.

В нашето изследване, **се установи** значимо занижаване в нивата на изследваните психични състояния (тревожност, депресия и стресова симптоматика) и по показател „много

висока степен на съзависимост” като резултатите показват силно понижение ($M_{\text{изсл.}}=39,23$; $M_{\text{IIизсл.}}=29,02$) в използването на неефективни стратегии за справяне при второто изследване на майките от експерименталната група по сравнение с първото.

Също така при второто изследване на *майките от контролната група* в сравнение с първото се наблюдават статистически значими разлики в нивата на изследваните психични състояния и по показател „много висока степен на съзависимост” при наличие на статистически значимо понижение в използването на неефективни стратегии за справяне, които са много по-слабо представени ($M_{\text{изсл.}}=37,80$; $M_{\text{IIизсл.}}=37,34$) в сравнение с тези между първото и второто изследване на експерименталната група ($M_{\text{изсл.}}=39,23$; $M_{\text{IIизсл.}}=29,02$).

Изводът, който се налага от представения емпиричен материал е, че в процеса на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта са занижени нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика в резултат на формираните компетентности за по-често прилагане на по-ефективни копинг стратегии (модели) за справяне със съзависимостта при майките от експерименталната група, което логично обяснява занижението по показател „много висока степен на съзависимост” при тях $M_{\text{изсл.}}=64,15$; $SD=8,09$ при $M_{\text{IIизсл.}}=51,69$; $SD=7,93$.

На основа на получените резултати, **можем да обобщим**, че след проведеното обучение с майките от експерименталната група, те значимо по-рядко прилагат неефективни копинг стратегии за справяне, което води до занижения по изследваните психични състояния и по показател „много висока степен на съзависимост”, **но следва да се има предвид, че тези резултати са следствие от еднократен групов тренинг.**

Относно „проблемно- фокусирани” и „емоционално фокусирани” копинг стратегии от „Въпросник за предпочитани стратегии за справяне със стреса” – и по двата фактора не се наблюдават статистически значими различия (по групи и по

периоди), тъй като се установява ниво значимост по-голямо от 0,05. Въз основа на тези резултати можем да направим изводи в две посоки: *проведеното от нас обучение във формиращия етап на експеримента – не оказва влияние по отношение на проблемно- фокусираните и емоционално фокусирани копинг стратегии при съзависимите; проблемно- фокусираните и емоционално фокусирани копинг стратегии при съзависимите се повлияват по-трудно в сравнение с неефективните копинг стратегии.*

Предвид това, препоръчваме следващите научни разработки в областта на съзависимото поведение, да бъдат обвързани с изследване спецификата на „*проблемно-фокусираните*” и „*емоционално-фокусираните*” копинг стратегии при съзависимите. *Задълбочено проучване е необходимо и по отношение на наблюдаваното от нас, при някои от съзависимите, в групите - фокусиране само върху негативните емоции и изразяването им (вентилиране на емоциите) като устойчив неефективен копинг, тъй като в съвременни изследвания, Бутеир (Bouteyre et al., 2007) открива положителна корелация между вентилирането на емоциите и депресивните симптоми (по Иванов и Куков, 2011:106). Други фактори, свързани с преодоляване на съзависимото поведение, като подкрепата от близкото социално обкръжение, ефективност при комбиниране на групова и индивидуална терапия и др., също се нуждаят от задълбочено проучване при разработване на бъдещи програми за справяне със съзависимостта.*

Като цяло, **можем да обобщим** – в резултат на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта, проведено с майките от експерименталната група се установиха значими различия при второто изследване в сравнение с първото по отношение на изследваните психични състояния и по показател „много висока степен на съзависимост”, а също така и по фактор „неефективни стратегии” на експерименталната група, както и между повторните изследвания на контролната и експерименталната група, **които налагат извода, че съзависимото поведение може да бъде интервенирано ефективно, при групова работа, насочена към формиране на по – ефективни копинг**

стратегии (модели) за справяне. Това предопределя необходимостта от продължаващо изследване на възможностите за повлияване на съзависимото поведение и изучаване на механизмите за неговото преодоляване, а на тази основа разработване на програми с практическа насоченост.

6) Изводи и обобщения за взаимовръзките между предпочитаните копинг стратегии за справяне и нивата на изследваните психични състояния, както и относно въздействието на обучението в компетентности за справяне със съзависимостта върху избора на копинг стратегии при съзависимите майки от експерименталната група.

- **Работна хипотеза №1 се доказва,** тъй като след провеждането на формирация етап на експеримента се установяват значими различия, с ниво на значимост до 0,05, между резултатите от първото и второто изследване у експерименталната група, както по отношение на изследваните психични състояния и съзависимостта, така и по отношение на предпочитаните копинг стратегии, което се индикира чрез сравняване на *статистическите показатели на средните стойности*.

За следващи научни разработки, препоръчваме да се изследва влиянието на „проблемно-фокусираните” и „емоционално-фокусираните” копинг стилове върху модела на съзависимост.

- **Работна хипотеза №2 се доказва частично,** тъй като при контролната група, резултатите по отношение на изследваните психични състояния, съзависимостта и предпочитаните копинг стратегии *се запазват относително еднакви при първото и второто изследване*, но се установяват занижения при второто изследване по сравнение с първото, с ниво на значимост до 0,05.

- **Работна хипотеза №3 се доказва**, тоест, установява се взаимовръзка между тревожността, депресията, стресовата симптоматика, съзависимостта и копинг стратегиите. Като при *експерименталната група*, занижаването на тревожността, депресията, стресовата симптоматика са свързани с *избора на по-ефективни копинг стратегии* и *занижаване на съзависимостта*, а при *контролната група*, запазването на нивата на тревожност, депресия, стресова симптоматика е свързано с поддържането на неефективни копинг стратегии и запазване на съзависимостта.

- **Извод от основната хипотеза:**

Нашата основна хипотеза се доказва: Установените *занижения* в нивата на изследваните психични състояния (тревожност, депресия, стресова симптоматика) и съзависимостта при второто изследване на експерименталната група в сравнение с първото, ни позволяват убедително да заявим, че промяната в избора на копинг стратегии с по-ефективни, **е вследствие от** влиянието на въведената от нас независима променлива – обучението на майките от експерименталната група в компетентности за справяне със съзависимостта (формиращ етап на експеримента).

За следващи научни разработки, препоръчваме изследването на включването на значими други (чрез терапии, създадени специално за използване в двойки) като фактор в процеса на справяне със съзависимостта.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В предложената от нас работа, разгледахме взаимовръзката между избора на копинг стратегии и нивата на изследваните психични състояния – тревожност, депресия, стресова симптоматика при съзависимите (майки на зависими лица). В хода на изследването, ние проведохме обучение в компетентности за справяне със съзависимостта с майките от експерименталната група. Установихме, че понижаването на тревожността, депресията, стресовата симптоматика при тях, са свързани с избора и по-честото прилагане (вследствие на приложената програма) на по-ефективни копинг стратегии и занижаване на съзависимостта, а при контролната група, запазването на нивата на тревожност, депресия, стресова симптоматика е свързано с подържането на неефективни копинг стратегии и запазване на съзависимостта.

Представеният от нас модел на работа със съзависимите, дава конкретна основа и структура за провеждане на групови тренинги с родители и близки на зависими лица. Резултатите от приложената програма убедително доказват, че съзависимото поведение може да бъде интервенирано успешно при целенасочено обучение на съзависимите в компетентности чрез формиране на по-ефективни копинг стратегии (модели) за справяне с проблема.

Следва да се отбележи, че спазването на принципите на мотивационното интервюиране в процеса на груповата работа (разбиране без осъждане; водещият и групата си партнират и се „движат“ в синхрон; не се дават „експертни съвети“, готови решения и оценки; мотивацията за промяна идва от самите съзависими, а не им се натрапва отстрани), позволи да се разкрият сложните, противоречиви и много лични страни на съзависимото поведение.

Тъй като на този етап, в България, липсват програми за работа със съзависимите, считаме, че разработеният от нас модел, би бил полезен за психолозите, терапевтите, социалните работници и други специалисти от помагащите професии, които работят с родители и близки на зависими лица. С тяхно съдействие, предложената програма би могла да подпомогне груповата работа със съзависимите на – специалистите в Общинските съвети по наркотични вещества,

Превантивно-информационните центрове към тях, както и екипите на терапевтичните общности, които оценяват работата с родителите, паралелно с работата със зависимите, като част от процеса за оздравяване на семейната система.

Това от своя страна, би спомогнало да се генерира повече информация относно факторите, които повлияват съзависимото поведение и които би следвало да се вземат предвид при бъдещи изследователски програми за справяне със съзависимостта.

ПРИНОСИ

- Направен е задълбочен теоретичен анализ, който разглежда и интерпретира развитието на съзависимостта при майките като детерминирана от зависимостта към психоактивни вещества на децата им.
- Разкрита е взаимовръзката между предпочитаните от съзависимите (майки на зависими лица), копинг стратегии (моделите) за справяне – и нивата на тревожността, депресията и стресовата симптоматика.
- Описана и анализирана е програма за групова работа със съзависими, базирана на принципите на мотивационното интервюиране и на системата за преодоляване на съзависимостта, разработена от руската нарколожка Валентина Москаленко.
- За първи път в България е проведено обучение със съзависими (майки на зависими лица), чрез което са формирани компетентности за прилагане на по-ефективни копинг стратегии (моделите) за справяне със съзависимостта. Получени са емпирични данни, които потвърждават ефективността на обучението.
- Изведени са обобщения и препоръки от практическата работа със съзависимите (майки на зависими лица), които могат да бъдат използвани като основа при бъдещи изследователски програми за справяне със съзависимостта, а също така да служат като методическо ръководство за обучение на съзависими лица.

Публикации

1. Иванова, Д.(2006). Психологически характеристики на личността на съзависимия в семействата на зависими лица. Модели на поведение на съзависимите в семейството и в социалната среда. Сборник с доклади от Национална конференция с международно участие „Личност, социална среда, активност”, ЮЗУ „Н. Рилски”, Благоевград, стр.336-344.
2. Иванова, Д.(2010). Концептът съзависимост и проблемите на съзависимото поведение. Сборник с доклади от Научна конференция с международно участие „Психологията – Традиции и Перспективи”, ЮЗУ „Н. Рилски” Благоевград, стр.299-303.
3. Иванова, Д.(2011). Проблемът зависимост в съвременната теория за наркоманиите. Годишник по психология, издание на Катедра „Психология”, Философски Факултет, ЮЗУ “Неофит Рилски” – Благоевград.
4. Мавродиев, С., Иванова, Д.(2011). Психологични аспекти на съзависимостта. Сборник научни доклади от VI-ти Национален Конгрес по психология, София 18-20. XI 2011, Българско списание по психология, брой 3-4, стр.591-596.
5. Иванова, Д.(2012).Специфика на съзависимото поведение и модели в терапията на съзависимостта. Електронно издание на списание „Психологическа мисъл”, брой №1 , 2012г. (Psychological Thought, 2012, Vol. 1(1), 1-99).
6. Иванова, Д.(2012). Съзависимост и психологически особености на дисфункциите в поведенческия модел на съзависимите. Сборник с доклади от Единадесета научна конференция с международно участие , "Приложната психология и социална практика”, Варна , ВСУ „Черноризец Храбър”, стр.600-606.

Участие в научно-изследователски проекти:

2012г. – участие в колективен научно-изследователски проект с вътрешно финансиране от Югозападен университет „Неофит Рилски“, номер на проекта: SRP-C 12/12.

Тема на проекта: Силове на взаимодействие между преподаватели и студенти в европейски университети

Ръководител: доц. д-р Мария Мутафова

2012 – участие в колективен научно-изследователски проект, финансиран от Югозападен университет „Неофит Рилски“, по Наредба №9, номер на проекта: SRP-B 8/12.

Тема на проекта: Младите хора: между риска, превенцията и безразличието

Ръководител: доц. д-р Жеко Кьосев