

Theoretical Analyses

СПЕЦИФИКА НА СЪЗАВИСИМОТО ПОВЕДЕНИЕ И МОДЕЛИ В ТЕРАПИЯТА НА СЪЗАВИСИМОСТТА

Specificity of the Codependent Behaviour and Some Models in the Therapy of Codependency

Десислава Иванова (Desislava Ivanova)^{*a}^a ЮЗУ „Неофит Рилски“, Благоевград, България (South-West University “Neofit Rilski”, Blagoevgrad, Bulgaria).**Резюме**

Разглежда се спецификата на съзависимото поведение, моделите на терапевтично въздействие, тяхната научна обосновааност и практическа ефективност. Фокусът е върху възможностите на мотивационното интервюиране – една сравнително нова терапия в областта на зависимите поведения със специфични техники, които са насочени към проява и мобилизиране на вътрешните ценности и цели на съзависимите, техните ресурси за стимулиране на промени в поведението и формиране на по-ефективни копинг стратегии.

Ключови думи: съзависимост, съзависимо поведение, модели на терапия, мотивационно интервюиране

Abstract

This paper presents the specificity of the codependent behaviour, some models of therapeutical effect, their scientific validity and practical effectiveness. The focus is on the possibilities of motivational interviewing - one comparatively new therapy in the area of dependent behaviours with specific techniques, which are directed towards the act and the mobilization of the inner values and goals of the codependents, their resources for stimulating changes in behaviour and forming more effective coping strategies.

Keywords: codependency, codependent behaviour, models of therapy, motivational interviewing

Psychological Thought, 2012, Vol. 5(1), 22–32, doi:10.5964/psycyct.v5i1.13

Received: 2012-03-28. Accepted: 2012-05-10. Published: 2012-05-31.

*Corresponding author at: desi_hvr@yahoo.com.



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Терминът „съзависимост“ се използва за описание на хора, чийто живот е силно повлиян от взаимоотношенията им с човек, пристрастен към психоактивни вещества. Съзависимият развива нездравословен модел на справяне с живота като реакция на нечия чужда злоупотреба с вещества (Beattie, 2004, p. 72). За съзависимостта започва да се говори в края на седемдесетте години на XX век (Haaken, 1990, pp. 396-397). 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. Основната идея в случая е, че съзависимите са хора, чийто живот е станал неуправляем в резултат на обвързване със зависим (Gemin, 1997, pp. 249-250). Причините за съзависимото поведение се обсъждат от водещи експерти в областта на съзависимостта като Сондра Смоли (1972), Робърт Брадшоу (1973), Робърт Съби и Джон

Фрийл (1984) (in Beattie, 2004, p. 72). Започват да се търсят и психотерапевтични отговори за преодоляване на състоянието. Така проблемът заема своето място на психотерапевтичната сцена.

Специфика на съзависимото поведение

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, p. 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. Според В. 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 последствие 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 (Tzygankov, 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 (Moskalenko, 2000, p. 19).

Ние сме убедени, че при избора на модел на групова работа е необходимо да се вземе предвид следната специфика на поведение, диагностицирана от В. 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 тук 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”) (Moskalenko, 2009, pp. 22-23; Moskalenko, 2000).

Модели на терапевтично въздействие

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 (Dobrinov, 2007, p. 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” като опит за практическа реализация на идеите на „терапевтичната общност” и „терапевтичното съобщество”. От началото на 40-те години на ХХ век, движението на „Анонимните алкохолици” се разпространява по целия свят. На настоящия етап съществуват повече от 100 000 групи в над 200 страни (Voydilo, 2002, p. 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 (Kralev, 2008, p. 135).

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) и съвременна отвореност и приемане;
- модел на болестта, който изключва излекуване, но същевременно предоставя възможност за овладяване на неизлечимата болест.

Основен принцип на „Анонимните алкохолици” е анонимността (Dobrinov, 2007, p. 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, p. 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 АА (и други от типа АА), с някои психологични, психиатрични, социологични и антропологични концепции (Dobrinov, 2007, p. 20). Така през 40-те години на ХХ 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 за пациента, 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, сътрудници и т.нат.;
- 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 (Voydilo, 2008, p. 29).

Постепенно моделът „Минесота“ достига такова ниво на разпространение, както и програмата на „12-те стъпки“ (Oshatinski, 2003, p. 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 (as cited in Krlev, 2008, p. 112). Освен това в своята същност моделът „Минесота“ представява модел на лечение, т.е. модел на подход към терапията на зависимостите и съзависимостите. Разбираемо е, че моделът на

подход адекватно отразява спецификата на феномена. Но оценката на степента на адекватност на модела по отношение на терапията е възможна, само ако съществува модел на феномена, в рамките на който намират обяснение всички известни прояви на феномена, а също така се дава обяснение на техния произход и динамика. *В случая не съществува дотолкова удовлетворителен модел на съзависимостта, с който бихме могли да съгласуваме моделът на терапия, в рамките на обсъждания подход. 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 (Dobrinov, 2007, p. 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 (Haaken, 1990, p. 57).

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 (Sved, 2001, p. 38). Не са изградени достъпни терапевтични общности (само две платени: терапевтична общност „Феникс“ и рехабилитационен център „Ново начало“), 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. Кисъев – гр. Раднево», шесто мъжко отделение под супервизията на д-р Иван Добринов (Dobrinov, 2007, p. 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 (Beattie, 2004, p. 79). Очевидно е също така, че в структурата на комплексно терапевтично въздействие, ключова роля имат груповите форми на работа със съзависимите (Bryzhahina, 2010). Груповата терапия на съзависимите може да протича, както паралелно с лечението и рехабилитацията на зависимия, така и независимо от тях (Voydilo, 2008, p. 59). Анализът на литература, разглеждаща груповите форми на терапия, доказва възможността да бъдат прилагани различни модели на терапевтично въздействие:

- Психодинамично ориентирани групи въз основа на изследванията на Стърп и Байндър (1984) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);
- Дискусионни групи по модела на Р. Драйкурс (1984) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);
- Групи, основани на идеите на хуманистичната психология на Олпорт и Маслоу (1964), Роджърс (1972) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);
- Бихевиорално ориентирани групи по модела на А. Бандура (1953) и Дж. Ротър (1966) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);
- Групи, основани на идеите и принципите на транзакционния анализ на Е. Берн (1964) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);
- Групи, чиято работа е свързана с религиозните възгледи за възпитанието на децата и възрастните според Д. Кембъл (1965), Ан. Берестов (1999) (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62);

- Групи, в които се прилагат принципите на мотивационното интервюиране – Проходка и Диклеме (1984), Ролник и Милер (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 (in Miller & Rollnick, 2010, p. 62).

От обзора 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 (in Miller & Rollnick, 2010, p. 313).

Предвид паралелизмът в проявите на зависимостта и съзависимостта, както и предвид установените специфики на съзависимото поведение, считаме, че този терапевтичен метод би бил особено подходящ в работата със съзависими лица, поради което ще представим неговата същност. 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, p. 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 (in Miller & Rollnick, 2010, pp. 60-61). По агресивните стратегии при други модели на групова работа (дискуссионни 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, p. 58).

В процеса на мотивационното интервюиране, водещият групата се стреми да изясни и разреши противоречията в обстановка на уважително консултиране (Miller & Rollnick, 2010, p. 62). 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, p. 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, p. 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. Въсщност 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 (Miller & Rollnick, 2010, p. 63). Основни принципи в процеса на груповата работа при мотивационната терапия са:

- Емпатия;
- Развитие на противоречията;
- Избягване на конфронтациите;
- Работа със съпротивите;
- Поддържане на самоефективността.

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

- Емпатия

Терапевтът или консултант, водещ мотивационното интервюиране, трябва да има високо ниво на терапевтична емпатия, както я определя К. Роджерс (in Klaus et al., 1989, p. 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, p. 56).

Според Прохазка и Диклементе (1998) уважението и разбирането са базисни умения за терапевта в процеса на мотивационното интервюиране (in Miller & Rollnick, 2010, p. 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 придържахме към емпатичния подход, членовете на групата ще чувстват, че са приети, съпротивите им ще намаляват и самоефективността им ще нараства (Miller & Rollnick, 2009, p. 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.

- 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, p. 57). Съзависимите много болезнено приемат всяка неприятна информация за своето поведение (Miller & Rollnick, 2010, p. 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 (Tzygankov, 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 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 (in Miller & Rollnick, 2010, p. 550).

- Избягване на конфронтациите

Най-важно е да се избягват конфронтации, в които водещият групата се заема да защитава своето мнение по повод проблемите 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, p. 58). Непродуктивна 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. Диагностичните „етикети“, характеризиращи проблемите на съзависимостта, са абсолютно неуместни (Miller & Rollnick, 2009, p. 531).

- 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 (Miller & Rollnick, 2010, p. 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, p. 536).

- Поддържане на самоефективността

Според Цвебен и Зукоф (1999) главната роля на терапевта е да изяснява и усилва вътрешната, присъща на хората, мотивация за промяна (in Miller & Rollnick, 2010, p. 429). Съотнесено към нашата работа със съзависими, тази подпомагаща роля може да включва точно вградени в беседата *елементи на обучението* 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, p. 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, p. 533). Предвид усилията ни да променим продължително прилаганите модели на неефективен копинг при съзависимите и да подпомогнем апробирането на нови по-ефективни копинг стратегии, ние бихме заложили пет групови срещи.

Мотивационната терапия включва в себе си структурирана оценка на информацията (Miller et al., 1995, p. 55). Ето защо в процеса на нашата груповата работа ние планираме да проучим историята на развитие на съзависимостта (темпо, влияещи фактори), последици върху здравето и качеството на живот, формиране на поведението, довело до съзависимостта, индивидуално-личностни, междуличностни и социални фактори, семейна история, актуално физическо състояние и социален статус. За тази цел в общуването със съзависимите е удачно да бъдат използвани отворени въпроси и рефлексивно слушане (in Miller & Rollnick, 2010, p. 541). Те са определящи и за установяването на работен съюз с цел успешно провеждане на мотивационното интервюиране. Тези данни ще се използват като опора в процеса на груповата работа. По този начин на базата от проведената структурирана оценка на факторите на взаимодействие между членовете на групата и средата, историята и последиците от съзависимото поведение, ще планираме

поддържащи и развиващи стратегии, които понижават съпротивите на съзависимите и ги подготвят за промени. В зависимост от степента на готовност на групата, терапевтът ще определя темите на всяка сесия, 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 (Moskalenko, 2009, p. 46).

В духа на мотивационното интервюиране груповите срещи ще започват с отворени въпроси и ще завършват с изводи (Miller & Rollnick, 2009, p. 533). Срещите се планират предварително, макар че в хода на тяхното провеждане структурата им може да се измени. Важно е да не се променя позицията и да се съхрани центрираността към проблемите на групата. Ключови стратегии 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;
- Оптимизъм по отношение на промените;
- Умение навреме да се внуши увереност във възможността за промени (Miller et al., 1995, p. 55).

Методите за работа по мотивацията на съзависимите започват своето развитие в последните двадесет години, 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 (Beattie, 2004, p. 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. Във връзка с това очевидна необходимост е да се работи по мотивацията на всички етапи и стадии от терапевтичния процес (in Miller & Rollnick, 2010, p. 550). Преминването към по-ефективни копинг стратегии и преодоляване 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.

References

- Beattie, M. (2004). *Nikoga večje sazavisim: Kak da prestanem da kontrolirame drugite i da započnem da se grižim za sebe si* [Co-dependent no more: How to stop controlling others and start caring for yourself]. Sofia: Kibea.
- Bryzhahina, Z. (2010). *Organizacionnye aspekty vyâvleniâ i preodoleniâ sozavisimosti u rodstvennikov bolnyh narkomaniej. Avtoreferat disertacii na soiskanie naučnoj stepeni kandidata medicinskij nauk* [Organizational aspects of identifying and

- overcoming codependency in relatives of drug addicts. Abstract of dissertation for the scientific degree of Candidate of Medical Sciences]. Gosudarstvenny medicinskoy universitete Semej, Respublika Kazahstan, Retrieved in 2012, from <http://www.sgma.kz/GosZakup/2010/btyzhakhinaaf.doc>
- Dobrinov, I. (2007). Opit za prilagane na sistemen podhod v lečebnite programi za zavisimi v Daržavna psihiatrična bolnica – Radnevo [Attempt to implement a systematic approach to treatment programs for addicts in the State Psychiatric Hospital in Radnevo]. *Arka. Bûletin na komisiâta po vapro site na obrazovanieto v oblastta na zavisimostite kam Fondaciâ – Stefan Batori*, 8, 17-20.
- Fischer, J. L., & Crawford, D. W. (1992). Codependency and parenting styles. *Journal of Adolescent Research*, 7, 352-363. doi:10.1177/074355489273005
- Gemin, J. (1997). Manufacturing codependency: Self-help as discursive formation. *Critical Studies in Mass Communication*, 14, 249-266. doi:10.1080/15295039709367014
- Haaken, J. (1990). A critical analysis of the co-dependence construct. *Psychiatry*, 53(4), 396-406.
- Johnson, B. (1993). A developmental model of addictions: It's relationships to the twelfth step program of alcoholics anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), 23-34. doi:10.1016/0740-5472(93)90095-J
- Klaus, G., Kulka, H., Lompšer, J., Riosler, H.-D., Timpe, K.-P., Forverg, G., & Kliks, F. (1989). *Rečnik po psihologijâ* [Dictionary of psychology]. Sofia: Nauka i izkustvo.
- Krlev, P. (2008). *Psihoterapiâ na alkoholizma. Četivo za specialisti i za hora s alkoholen problem* [Psychotherapy of alcoholism. Reading for professionals and for people with alcohol problem]. VelikoTarnovo: Faber.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Toward a theory of motivation interviewing. *The American Psychologist*, 64(6), 527-537. doi:10.1037/a0016830
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2010). *Motivacionno intervûirane; Podgotvâne na horata za promâna* [Motivational interviewing: Preparing people for change]. Sofia: LIK.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., Handmaker, N., Miller, J., Nash, E., Simpson, T., & Yahne, C. (1995). *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Albuquerque, New Mexico: Department of Psychology and Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), The University of New Mexico, Retrieved in 2010, from <http://motivationalinterview.org/Documents/METDrugAbuse>
- Moskalenko, V. D. (2000). *Sozavisimost' – Harakteristiki i praktiki preodoleniâ* [Codependency – Features and practices overcome]. Moskva: Per Se.
- Moskalenko, V. D. (2009). *Zavisimost' – Semejnaâ bolezn'* [Dependence – The family disease]. Moskva: Per Se.
- Oshatinski, V. (2003). *Grâh ili bolest* [Sin or disease]. Sofia: Pandora Prim.
- Sved, A. (2001). Lična istoriâ na zavisimostta [Personal history of addiction]. *Arka. Bûletin na komisiâta po vapro site na obrazovanieto v oblastta na zavisimostite kam Fondaciâ. Stefan Batori*, 3, 37-40.
- Tzygankov, V. (2009). *Psihologijâ sozavisimosti pri alkogolizme. Ruskaâ liniâ – vzglâd praktikuûšego psihologa* [Psychology of codependency with alcoholism. Russian line – look practicing psychologist]. Retrieved in 2012, from <http://rusk.ru/st.php?idar=113659>

Voydilo, E. (2002). *Izbiram svobodata* [I choose freedom]. Sofia: Pandora Prim.

Voydilo, E. (2008). *Da ozdraveeš ot zavisimostta* [To recover from addiction]. Sofia: Knižen tigar.

About the Author

Desislava Asenova Ivanova is a PhD student at the South-West University “Neofit Rilski” in Blagoevgrad, Bulgaria. She works as a psychologist at the Preventive-Information Center at Municipality Council for Narcotic Substances – Blagoevgrad.