

# A KÁBITÓSZER ÉS ALKOHOLFÜGGŐSÉG KEZELÉSÉNEK MINNESOTA MODELLJE

/Filozófia és program!/

## **Összefoglalás:**

A Minnesota-modell a kábítószer függőség gyógyításának absztinenciára orientált, átfogó, multiprofessionális szemlélete, mely az AA elvein alapul. Ez az elmélet elfogadja a kábítószer és alkoholfüggőség betegségélvét a felépülés ígérétevel, de nem a teljes gyógyulásával. A program intenzív: csoportterápiát, előadásokat és tanácsadást tartalmaz. A minta egy Minnesotában, az USA-ban az 1940-es évek végén, és az 1950-es években kifejlesztett modellen alapszik.

## **Bevezetés:**

A kábítószer függőség és visszaélés növekvő elterjedésekor nagy volt az igény egy absztinenciára orientált gyógymódra. Az alkoholisták kezelésében a szociális ivás lehetősége azonban megengedte az ivást /a teljes absztinencia helyett/. A Minnesota Modell (MM) a betegek e két csoportja gyógyításának egységes szemléletét képviseli.

## **Mi a Minnesota-modell?**

Négy kulcselem van a MM filozófiájában:

### ***I. A változás lehetősége***

Talán a MM filozófiájának legfontosabb eleme a hit, hogy az alkoholisták és a kábítószeresek megváltoztathatják hiedelmeiket, beállítódásukat, és viselkedésüket. Ez egy alapvető elv, amely a sikerben és a program híres résztvevőiben testesül meg és reményt ad az alkoholistának és kábítószer élvezőnek. A MM programban kezelték Elizabeth Taylor-t, Antony Hopkinst és Elton John-t.

### ***II. A betegség koncepció***

Az alkoholisták betegség koncepcióját gyakran Jellineknek tulajdonítják, aki valójában csak az alkoholtól való fizikai függést azonosította a betegséggel (gamma és delta alkoholizmus). Az alkohol- és drogfüggőség koncepcióját az AA, NA és az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) tartja fenn. Széles támogatókörre talál az amerikai pszichiáterek között, de erős kritika tárgya Angliában. A „betegség” kifejezést széles körben használják MM gyógyító központjaiban, a betegségkoncepciót a MM alaptanának mondják. A MM hívei egy kémiai anyagfüggőség fogalmára utalnak, mivel úgy gondolják, hogy a kábítószer élvezetre hajlamos emberek különböző hangulatot befolyásoló anyagokra érzékenyek és ez által sebezhetőek is. Azt vallják, hogy a MM hatásos a kábítószer függőség és az alkoholizmus, valamint mindkettő együttes kezelésében. A kémiai anyagfüggőséget többfázisúnak látják, mely a fizikai, pszichológiai és szociális tényezők mellett szellemi /spirituális/ komponenst is tartalmaz. A kémiai anyagfüggőségnek fő jellegzetessége az úgynevezett kontrollvesztés. Szigorúan véve a kontroll károsodott igazából, és nem elveszett. A kémiai függőség nem szinonimája sem valami anyag helytelen használatának, sem az anyagtól való függésnek. Így aztán nem meglepő, hogy a diagnosztikus folyamatok standardizálása hiányzik a MM központok között és így úgyszintén nehéz összehasonlítani más kezeléseket és a MM kezelés eredményeit. Az alkoholizmust primer, krónikus, progresszív betegségként szokták leírni, hangsúlyozva, hogy ez a beavatkozás központi része, tehát, hogy ez a betegség nem csupán egy másik betegség tünete. Azt is hangsúlyozzák, hogy ha ellenőrizetlenül marad a betegség, progressziót mutat.

### **III. A kezelés célja:**

Brissett és munkatársa (1980) Laudergeran (1982) és Gilmore (1985) két hosszútávú kezelési célt javasol – minden hangulatot befolyásoló kémiai anyagtól való tartózkodás – az életstílus megváltozása

Tehát az absztinencia önmagában nem szükségszerű, hogy biztosítsa a sikert. Laudergeran (1982) négy rövidebb távú célt tűz ki, mely segíti a hosszabbtávú célok megvalósítását.

Ezek a következők:

1. Segíteni a kémiai anyagtól függő embernek abban, hogy felismerje a betegségét és, hogy ez mit jelent.
2. Segíteni abban, hogy elismerje, segítségre van szükség, és hogy belássa, meg kell tanulni élni ezzel a betegséggel, konstruktív módon erre kell összpontosítani.
3. Segíteni abban, hogy *rájöjjön*, hogy pontosan miket kell megváltoztatnia ahhoz, hogy konstruktív módon tudjon élni betegségével.
4. Segíteni a betegnek aktívan ama változások elérésében, amelyek fontosak, szükségesek ahhoz, hogy megnövekedjen a funkcionáló-képessége, és ki tudjon alakítani egy új életstílust.

A kémiai függőséget gyógyíthatatlannak tartják. (Anderson 1981, Gilmore 1985) A MM-t mint egy gondozó, nem pedig gyógyító modellt látják. Azokról a betegekről, akik absztinenciát érnek el a kezelés által, és akik folyamatos, személyes fejlődést tapasztalnak más területeken is, tehát róluk azt mondják, hogy „felépülőben vannak”, amely tehát egy folyamatos, életre szóló növekedése a belátásnak és a változásra való elszántságnak.

### **IV. Az AA és az NA az alkoholizmusból vagy kábítószeresérből való felépülés elveit 12 Lépésben foglalja össze:**

Ezek a Lépések nagyon erős spirituális töltettel rendelkeznek és a 2. lépés „nálunk Nagyobb Erő” fogalmát kétség kívül Isten helyettesíti. Ezek a Lépések hangsúlyozzák azt, hogy a másokkal való kapcsolatokat újra kell szervezni, át kell alakítani; és hogy segíteni kell más alkoholistákat és kábítószereseket. Ezek a Lépések magukban foglalják azt a buzdítást, hogy minden egyes alkoholista vagy kábítószeres képes arra, hogy döntsön, hogy változzon, változtasson, még ha az erő, hogy ezt a változást végrehajtsa nincs is meg, vagy nem megfelelő mértékben. Ez a 12 Lépés alapvetően hozzájárult a MM filozófiájához.

Laudergeran a program alapjaként 3 célt lát:

- a transzcendentális lelki öntudatra ébredés, öntudatnövekedés – a választási és személyes felelősség felismerése -sorstársak kapcsolatainak elfogadása

A program elemei és szerkezete:

Legegyszerűbb formájában felvétel egy bentlakásos intézetbe, az USA-ban 3-6 hétre, Angliában 6-8 hétre. Ezt utókezelés követi, amely többnyire egy AA vagy egy NA intézményben való intenzív kezelést jelent. Jobban kifejlesztett formájában az USA-ban egy egész sor különböző szolgáltatást foglal magában, mely a felépülés különböző stádiumainak felel meg.

Ez a következő szolgáltatásokat jelenti:

- információs és referáló központ, diagnosztikus központ, detoxikációs ill. felvevő központ, elsődleges rehabilitáció (kezelés), kiterjesztett rehabilitáció (terápiás közösség- 60 napig vagy több hónapig), félút intézmény, járó beteg kezelés (ez alternatív a bentlakásossal szemben)

*Az utókezelés:* AA és NA gyűlések (meetingek), egyéni-, csoportterápia és tanácsadás, családi-, házaspári tanácsadás és családi program, mely bevonja a családot az elsődleges és az utókezelésbe is.

A *detoxikáció* a legtöbb központban a hagyományos orvosi módszert követi, de rövid ideig alkalmazzák ezt a gyógymódot. A technikák különböznek országonként. A terápiás csoportokon való részvételt már nagyon korai szakaszban kívánatosnak tartják, és biztosítják, még mielőtt az elvonási tünetek megszűntek volna.

## **Többnyire 12 elem van az elsődleges kezelési programnak.**

### **1. Csoportterápia**

Laundergan (1982-ben) két elemet lát, mely a pszichoanalitikus megközelítéssel közös. Először is, az alkoholista személyisége passzív, függő, érzelmileg éretlen, ill. nehézséget talál abban, hogy értelmes módon kapcsolódjék, kötődjék másokhoz. Másodsorban annak tudatosságát alakítják ki a betegek, hogy milyen megalégedést nyújt az, ha értelmes módon közeledünk másokhoz (így megtörve az ÉN tagadásban összpontosuló védelmi rendszerét, amely nagyon mélyen rögzülve található meg a legtöbb alkoholistában). Azonban Laundergan eltérést talál a pszichoanalitikus megközelítéstől, abból a szempontból, hogy a terapeuta ideiglenesebb, konfrontálóbb és gondoskodóbb, mint a pszichoanalitikus megközelítésű terapeuta. Még a következőket mondja: A betegeket arra bátorítják, hogy aktív szerepet vállaljanak a terapeutákkal és kortárscsoport tagjaival, hogy alakítson ki emberi kapcsolatokat, hogy a valósággal való kapcsolatát és az ehhez fűződő érzelmeket tisztázza. A tagadó rendszer megtörése egy alapvető célja a kezelésnek és a pszichoanalitikus modellől eltérően nem a múltra és az ok-okozati összefüggésekre irányul. A Hazeldeni-modell az erős AA befolyással nem összpontosít az ok-okozatra, és a múlttal is csak annyiban foglalkozik, amennyiben a múlt segítségével a figyelmet a jelenre és a jövőre lehet irányítani.

Laundergan a behavioristákkal való egyetlen közös pontot abban találja, hogy ők is abban hisznek, hogy a viselkedés megváltoztatható. Talál néhány közös vonást az alkoholizmus szociális modelljével is, abból a szempontból, hogy a terápiás közösségen belül el lehet érni reszocializációt.

A csoportok különbözőek lehetnek:

– Problémamegoldó csoportok: konkrét, személyes esetekkel foglalkoznak, döntésekkel, melyek az alkohol és kábítószer használatára vonatkoznak.

– Konfrontáló csoportok: Pl. "forró szék", amelyet Anderson és Burns írnak le. Itt a betegek felváltva a csoport figyelmének központjába kerülnek, hogy értékeljék negatív és pozitív személyiségjegyeiket, és a beteg minden egyes emberre odafigyel, mikor értékeli őt fejlődésében, a kortársaihoz való viszonyában és hogy hogyan birkózik meg a problémával.

Valószínű, hogy az összes programelemből a csoportterápia (és az egyéni és családi tanácsadás) az, amelyik leginkább különbözik a különböző helyeken. Attól függően, hogy a személyzet tapasztalata, képzettsége milyen, hogy milyen az arány a szakemberek, a terapeuta, és az idősebb terapeuták között. Így aztán a központok különböző formában lesznek konfrontálóak, ill. különböző terápiás technikákat alkalmaznak.

## **2. Előadások**

Didaktikus előadások videóval vagy magnókazettával- melyeket tanácsadók, szoc. gondozók, papok, pszichológusok, pszichiáterek adnak elő. Témái:

- Az AA és az NA 12 Lépése, 12 Hagyománya
- Valaki felépülésének személyes története
- Pszichológiai védekező mechanizmusok
- A kémiai függőség orvosi, pszichológiai és szociális komplikációi -A kémiai függőség természete
- A mindennapi problémákkal való megbirkózás módszerei, technikái (racionális emocionális terápia)

## **3. Felépülésben lévő kábítószer élvezők és alkoholisták mint tanácsadók**

Bekerüléskor minden beteg mellé rendelnek egy tanácsadót, aki legtöbbször saját maga is alkoholistája vagy kábítószeres és a felépülés folyamatában van. Az ilyen tanácsadók képzéséről a Hazelden központban ír Lauderger, Flynn és Gaboury (1986). Az ilyen tanácsadóvá válás kritériuma az, hogy két év szermentesség legyen. Hasonló a követelmény más központban is. A tanácsadók gyakran vagy rendszeresen találkoznak a betegekkel, egyben modellül szolgálnak. Ezen kívül családi és csoportos összejöveteleket vezetnek, és fontos szerepet játszanak a beteg fejlődésének tervezésében, ellenőrzésében az egész terápiás program alatt.

## **4. Multiprofessionális team**

A személyzet különböző foglalkozású emberekből áll: orvos, szoc. gondozó, ápolónő, pap, felépülőben lévő beteg. Ezt, a személyiség igényeit szélesan átfogó megközelítést a MM-ben komprehensív megközelítésnek nevezzük. Mivel a manapság szokásos pszichiátriai kezelések szintén interdiszciplináris megközelítéseket alkalmaznak, a MM-ről nem állítható, hogy az egyetlen átfogó, multiprofessionális megközelítés.

## **5. A MM által kitűzött célokat terápiás közösségen belül lehet elérni.**

Hangsúlyozzák, hogy a terápiás közösség az egész személyzet, de legfőképpen a beteg is részt vesz benne. Ez a közeg hasonló elemeket tartalmaz, mint a Kennard által leírt terápiás közösség.

- A- A terápiás programban a csoportoké a vezető szerep. Mindenki részt vesz a közösségért való munkában. Közösségi a hangulat, a döntéshozatal megoszlik a betegek és a személyzet között.
- B- Értékek és hitek: Néhány pszichodinamikai alapelv elfogadása, minden tag egyéniségének felismerése és egy ideológiai alap, amelyet nem kérdőjeleznek meg, és nem vitatnak.

## **6. Munkamegosztás**

Az amerikai programok eredetileg napi 6-7 óra munkát tartalmaznak pl.: mosdai munka, takarítás, karbantartás. Ma az ilyen feladatok már rövidebb ideig tartanak és más, közvetlenül terápiás jellegű feladatok helyettesítik ezeket pl.: önéletrajzírás (melyben fel kell sorolni, hogy az alkohol milyen károkat okozott magának vagy másoknak), részleteket olvasnak fel a „Kék könyvből”

Napirend: 7.45-23.00 óráig teljes mértékben strukturált: meditációs előadások, előadás megbeszélése, csoportterápia, élettörténetek, kortárs csoport, előadás vagy egyéni tanácsadás, csoportterápia, egyéni tanácsadás, relaxáció.

## **7. Családi tanácsadás**

Ez mind a beteg, mind pedig a család hasznára van. A családtagokat, a családot úgy fogják fel, mint aki családi betegségtől szenved. A családtagok eltussolják a beteg cselekedeteit, vagy kivédik annak

hatását, és ez elősegíti a beteg függését a kémiai anyagtól azáltal, hogy az összes következménytől mentesítik valamilyen módon. Tehát, mikor a beteg visszatér a családjába, a felépülés közben egy nagymértékű bizalom vagy megbocsátás szükségeltetik a családja részéről. A korábbi viselkedési sémák már nem megfelelőek és nem is segítenek.

### **8. A 12 Lépés lépcső-programja**

A betegeket biztatják, ill. elvárják, hogy dolgozzanak az AA első 3 ill. 5 Lépésén, amelyet a 12 Lépéses programban találhatunk. Amint a kezelés elkezdődik, a 3-5 Lépés átdolgozása a cél.

### **9. Napi olvasó csoportok**

Ezeken az AA és NA nagykönyvből tartanak felolvasást, majd más irodalmat olvasnak és dolgoznak fel, beleértve a 12 lépés 12 hagyományt. Az olvasmányok felolvasása után meditáció következik ill. annak megbeszélése, hogy a betegek a felvetődő problémákkal hogyan azonosulnak.

### **10. Élettörténet**

Ez lehet egy írott feladat, amit be kell mutatni, vagy fel kell olvasni a csoportnak, amikor a team tagjai esetleg nincsenek jelen. Ez elősegíti a csoportbizalom kialakulását, a belátás kialakulását.

### **11. AA és NA meetingeken való részvétel**

Ilyen találkozót a kezelési központokban ill.. a helyi csoportokon tartanak.

### **12. Rekreációs és testi aktivitás**

Fizikai mozgás, séták, torna, cselekvéses aktivitás.

Az itt felsorolt programok egy jól strukturált napirendet, életvitelt jelentenek. Miután a beteget az intézetből elbocsátják, különböző utókezelési programok állnak rendelkezésre (egyéniek, csoportos, családi), azonban ennek a kezelési szakasznak legnagyobb részét a helyi AA és NA csoportok biztosítják.

Ezen csoportok ülésén való részvétel nagyon sok időt jelent, eleinte mindennapos elfoglaltságként ajánlják: „90 nap alatt 90 gyűlés” (az utolsó ivás után). A betegek egy része még félúti intézménybe kerülhet.

### **A M.M. története**

A XIX. sz.-i Amerikában a mértékletességi mozgalom azt az álláspontot terjesztette el, hogy a megszokásból részeg egy áldozat, aki szeretetet és együttérzést érdemel, és betegségtől szenved. Azonban a XIX. sz. vége felé az alkoholista már egy kártevőnek, ill. veszélynek látták. Az 1930-40-es években a szesztilalom vége után a teljes absztinencia népszerűtlenné vált. Egy új betegség-modellt kezdtek elfogadni, melyben az egyéni alkoholista sebezhetősége és nem maga a kábítószer vagy maga a szer volt a szenvedély oka. Ez az álláspont összeegyeztethető mind az alkoholista felé irányuló szimpatikus vagy megértő nézőponttal és az új középosztály tovább folytatott szociális ivásával, tehát a nem alkoholista emberek ivásával. Ezek voltak az alapjai a MM születésének.

Ez a szociális kontextus azt sugallja, hogy a széles szociális hozzáállásban való változás megfordíthatta volna a M M népszerűségét. Mint ahogy ez bekövetkezett a washingtoni mozgalommal, amely megpróbálta a részegeket kigyógyítani a XIX.sz.-ban azonban az utóbbi nem tartalmazta az AA mozgalom néhány erős oldalát, hasonló módon, mint a XIX. sz.-i morális kezeléseket.

Anderson a MM eredetét három, alkoholistákat kezelő központ megalakításával azonosítja: Pioneer House, Hazelden, Willmar State Hospital (melyeket 1948-49-50-ben alapítottak).

**Pioneer House** (úttörő-ház), történetét Pearson írta le.

Mineapolisban a korai 40-es években a város rájött, hogy az alkoholizmus költségei nagyon nagyok, és úgy lehetne megtakarításokat elérni, ha segítenek az alkoholistáknak abban, hogy absztinensekké váljanak. Ezért 1946 októberében bentlakásos intézetet nyitottak az alkoholisták számára. Az első igazgató az AA-nak volt tagja, aki 9 évi józansági rekordot tartott. Az „Úttörőház” filozófiai elvei nem tisztáztak, csupán annyiban, hogy az AA elveit követik. Nyilvánvaló egy multidiszciplináris hozzáállás, de a hangsúly az igazgatón és a tanácsadón volt, akik, úgy tűnik, hogy nem voltak hivatások (szakképzettek). A későbbi MM program előadásait Pearson nem említi, de a jelenlegi MM több eleme úgy tűnik, jelen volt.

**Hazelden** történetét Crewe írta le. Ezt a projektumot először 4 AA tag hozta létre, Mineapolisban, St. Paulban, 1948-ban. Anyagi hozzájárulást először egy helyi bankártól kaptak, aki csodával határos módon egy közlekedési balesetből menekült meg, amely az erős ittasságának hatására következett be. Az első 2 éve bizonytalan volt, de amint a volt betegek javaslatai alapján híre ment ennek az intézménynek, megnőtt a betegek száma, akik idejöttek, nőtt a személyzet száma, az épületet kibővítették és félig bentlakásos házat is alapítottak. Az 1950-es években a Willmar State kórház pszichológusa Dan Anderson hetente egy napra ideérkezett Hazeldenbe konzultánsként és 61-ben ő lett az igazgató. Úgy tűnik, hogy az ő tapasztalata Willmarban nagyon nagy mértékben hozzájárult a program mai arculatának kialakulásához. 65-70 között új intézményt nyitottak és 66-ban egy tanácsadóképző tanfolyamot indítottak be. Korábbi betegeket bátorítottak arra, hogy vegyenek részt a képzésben, amelyet a szükségszerűség ösztönzött, hogy egyre több beteget kezeltek (nagyon jelentős volt Hazelden növekedése)

**Willmar állami kórház** először úgy szerepelt, mint a részegek kórháza 1912-ben és az alkoholisták a bezárt osztályokat közösen használták a pszichiátriai betegekkel. 1950. júliusában egy új, részegeket kezelő programot vezettek be, amely nagyon sokban hasonlít a MM-hez. Egy multiprofesszionális program volt, az AA-t és a csoportterápiát hangsúlyozva. Egy átfogó „előadásprogram” is található. A felépült alkoholisták, akiknek legalább 10 évig nem voltak ivási gondjaik (tehát józanok voltak), őket alkalmazták tanácsadóként.

Egy utókezelő programot is létrehozta, amely hídként szerepelt a kórház és a közösség között. Úgy tűnik, hogy a Pioneer Housban volt az első MM kezelési központ, bár nem egészen egyértelmű, hogy mennyi ötletet kölcsönöztek Bridge Houstól és a Portal Hous Chicagótól. Szintén tisztázatlan, hogy hatott-e a másik kettő központ (Willmar, Hazelden) Anderson javaslata szerint ez a 3 központ viszonylag önállóan kezdte el működését. Ez meglehetősen csodálatra méltó, hiszen Hazelden ugyanabban a városban 5 hónappal később alakult, mint a városban működő Pioneer House, és a Willmar State Hospital csak 2 évvel később alakult és 100 mérföldnyire a Pioneer Housétól. A fejlődés és nem csak az alapítás Hazelden-ben nyilvánvalóan köszönhető Willmar State Hospital hatásának, hiszen programja sokkal jobban kifejlődött, amikor Hazelden még korai, bizonytalan szakaszát élte. A talán legmegdöbbentőbb, csodálatraméltóbb a különbség az 50-es években a Willmar State Hospital programja, a Pioneer House és a Hazelden programja között az, hogy ez a kórházi program professzionális kezelési közegben alakult, míg a másik kettőt az AA tagok alapították. Ennek ellenére mindhárom esetben az AA központi szerepet játszott.

**M.M.:**

A MM filozófiájában és gyakorlatában mindenütt nagy a hasonlóság; részletbeni különbségek vannak. Az utóbbi időben jelennek meg kritikák. Johnson (1980) a „Holnap abba hagyom" c. könyvében sehol nem említi a modellt annak ellenére, hogy a Johnson intézmény egyike a fő központoknak, amelyek a MM-t alkalmazzák. Weimann a 13 amerikai kezelőközpont közös elemeit írja le, melyek a következők: interdiszciplináris személyzet, AA program, betegségkonceptió, alkohol-absztinencia, családszemléletű megközelítés, és a helyi AA meetingeken való részvétel, mint utókezelés. Hasonló programokon alapszik a Hazelden alapítvány, mely 11 elemet hordoz. A MM hány elemének kell megszűnni, hogy megszűnjön MM-ként szerepelni? Elképzelhetőek alternatív modellek is. Nagyon sok más kezelési program van, amely még kevesebb közös programot tartalmaz, de megérdemli a multidiszciplináris komprehensiv jelzõt.

Azok számára, akik használják a MM-t értéket és értelmet hordoz.

British Journal of  
Addiction /1988/  
83 Part 1.