

## A MINNESOTA-MODELL A FÉLÚT CENTRUMBAN

Dr. Szentesi Péter – Hegyi Nóra – Tihanyi Rita

### Összefoglalás

A szerzők közleményükben vázolják az AA filozófiájára és módszereire tematikusan épülő Minnesota-modell létrejöttének történetét, elméleti hátterét. Rámutatnak az AA komoly, orvosi szemléletet módosító hatására, az alkoholizmus betegségként való megközelítésére. Ismertetik a Minnesota-modell USA-ban kialakult gyakorlatát, európai, illetve magyarországi megjelenését az alkohol- és drogbetegek, valamint a játékszenvedélyesek kezelésében. Részletesen foglalkoznak a Félúton Alapítvány létrejöttének történetével, mint olyan civil szerveződéssel, mely tíz évvel ezelőtti indulásakor egy Minnesota-modell szerint működő, alkoholbeteg-kezelő ambulancia megnyitását tűzte ki célul. Az öt éve megnyílt Félút Centrum működésének bemutatásán, a kezelői protokoll vázlatos ismertetésén túl írásukban bemutatják a Minnesota-modell helyi változatát, a háttérül szolgáló szakmai munkával együtt. A pszichoterápiás rezsimben működő team tevékenységének leírására elsősorban az analitikus szelfpszichológia fogalomrendszerét használják, melyen keresztül érzékeltetni próbálják, hogy a kezelői team szakmai munkája hogyan illeszkedik az AA-nak a betegek gondolkodásában megjelenő szellemiségéhez.

**Kulcsszavak:** AA; alkoholbetegség; Minnesota-modell; Félút Centrum; kezelői program; analitikus szelfpszichológia

### Abstract

The authors describe in their article the history and theoretical background of the Minnesota Model, which is based on the philosophy and methods of AA. They describe the approach of alcoholism as a disease. They outline the spreading of the model from the USA to Europe, particularly in Hungary. They deal with the history of the establishment of Félúton Alapítvány in detail. They present in their writing the local version of the Minnesota Model with the professional work behind it. They use the terminology of analytical self-psychology to describe the work of the team in the psychotherapeutic regime, trying to demonstrate the joining of the professional work of the treating team with the mentality of the AA.

**Keywords:** AA; alcoholism; Minnesota Model; Félút Centrum; treatment program; analytical self-psychology

## A modell megalkotásának története

A modell egyik szülőatyja az amerikai pszichológus, Dan Anderson volt, aki 2003. február 19-én halt meg, 81 évesen (Hahn 2003). Az 1950-es években kezdte el kidolgozni a módszert, egy kanadai orvossal, Nelson Bradleyvel, akivel a Willmar kórház pszichiátriáján dolgoztak együtt. Legfőbb célkitűzésük az alkoholizmus egy emberséges és hatékony kezelési módjának megalkotása volt. Anderson 1957-től Minnesotában, a kémiai függőségben szenvedő betegeket kezelő Hazelden Intézetben kezdett dolgozni. Megismertette kollégáival a kettejük által kidolgozott módszert, amit ekkor még Willmar-modellnek neveztek. Az elképzelést az ott dolgozó munkatársakkal tovább fejlesztették, és 1961-től, immár Hazelden-modellként, alkalmazták az intézetben. A Minnesota-modell elnevezés az 1970-es években terjedt el, ahogy a módszer egyre inkább népszerűvé vált az USA-ban.

Anderson azok között volt, akik elsőként elfogadták az AA azon álláspontját, hogy az alkoholizmus krónikus betegség, melynek önálló jogosultsága van a pszichiátriában, noha együtt járhat más kórképekkel. Ez a fajta megközelítés több szempontból is átütő erejű. Míg az 1940-es években a pszichológiai iskolák csak a környezet szerepét emelték ki a betegség magyarázatában, Anderson azt hangsúlyozta, hogy az alkoholizmus egy multifaktoriális betegség, melynek vannak fiziológiai, pszichológiai, szociális és spirituális összetevői is. Módszere interdiszciplinárisnak nevezhető, mind az embert sok irányból, mégis egységében tekintő és kezelő felfogásmód, mind pedig a gyógyítás különféle területein dolgozók együttműködése miatt.

Az alkoholizmus önálló kórképként való felfogása ugyancsak új volt akkoriban a pszichológia, pszichiátria számára. A szakemberek hajlottak arra, hogy az alkoholizmust egyfajta öngyógyító, másodlagos folyamatként tekintsék, más pszichés probléma megoldására tett spontán lépés következményeként. Ez jelenleg is élő elgondolás pszichiáterek körében, annak ellenére, hogy a betegségek klasszifikációja és az addiktológia hozzáállása mára már Anderson nézetét tükrözi.

Anderson álláspontja a betegség eredetére vonatkozólag ugyanakkor felmenti az alkoholbeteget a társadalmi pejoratív megközelítés, és egyben a morális önvád alól. Egészen odáig az alkoholistákról az volt a köztudatban, hogy akaratgyengék (ez a tévhit még napjainkban is általános). Az alkoholizmus betegségként való kezelése a környezet, valamint a beteg figyelmét is felhívja arra a tényre, hogy szüksége van segítségre, de mindenfajta morális felhang nélkül.

## Az elméleti háttér

A modell filozófiája az AA (Alcoholics Anonymous) elvein alapul. Az Anonim Alkoholisták – Magyarországon is elterjedt – önsegítő csoportjának elsődleges célja “józannak maradni, és más alkoholistákat a józanság útjára segíteni”. A taggá válás egyetlen követelménye az ivás abbahagyásának vágya (Kelemen 1994).

Az AA elfogadja a betegségből való felépülés lehetőségét, de a teljes gyógyulást kizárja. Az alkoholfüggőségből való felépülésnél fontosnak tartják a személyiség integrációját (Szentesi 2000), illetve egy Felsőbb Erő elfogadását. Ez a szellemi erő, mint hangsúlyozzák, mindenkinek a saját felfogása szerinti Istent jelenti. Ugyanakkor spiritualitása kiegyensúlyozott, amennyiben az AA 12 hagyománya rögzíti, hogy „...nem kötődik semmiféle szektához, felekezethez, politikához, szervezethez vagy intézményhez...”.

Az AA az alkoholizmusból való felépülés útját 12 lépésben foglalja össze. A program lépései: „beismerni a tehetetlenséget a betegséggel szemben; elfogadni a segítséget; megosztani a többiekkel »hibáinak igaz természetét«; jóvátételt nyújtani, ahol csak lehetséges; a mindennapokban ezt gyakorolni; segíteni a többieknek a józanság elérésében és megtartásában” (Szikszay 1999: 221.).

## A modell céljai

A Minnesota-modell legjelentősebb újítása abban rejlik, hogy szakmai keretekben alkalmazza az AA hatótényezőit (Rácz 1999). Beavatkozásainak középpontjába az alkoholbeteget állítja, de rendszerszemléletű is, így a párkapcsolatok, családok társfüggőségi játszmáit, a tagadás családi kultúráját is a kezelésbe vonja (Bige 2004).

A cél az AA-ban végezhető felépülési munkába való bevezetés. Az egyik legfontosabb tematikus elem a 12 lépéses program, a kezelés megkezdésével egyidejűleg elkezdődik az első 3-5 lépés feldolgozása. A kapcsolódó irodalmat is megismertetik, az olvasottakat csoportban megbeszélik. Mintegy az AA gyűlésen történő őszinte megszólalást előlegezi meg az élettörténet megírása és a személyzet tagjainak távollétében a csoport előtt való felolvasása. Owen (2002) a modell elsődleges céljaként, az alkoholtól és más, hangulatmódosító szerektől való tartózkodás alapfeltétele mellett, a beteg és családja segítségét jelöli meg a józanság és a jobb életminőség kialakításában. A kezelés eszközei közül kiemeli a rendszeres találkozást más, felépülőben lévő emberekkel, vagyis a gyűléslátogatást, a napi viselkedés megváltoztatását a végső cél eléréséhez, a személyiségváltozáshoz, ami az értékrend, az ér-

zésvilág és a világ dolgaira adott válaszok megváltozásában mutatkozik meg. A modell szerint ez a változás alapvetően a spirituális élményhez kötött.

Laundergan (1982) szerint a Minnesota-modell több rövidebb távú célt tűz ki, melyek elősegítik a hosszabb távú célok megvalósítását. Elsősorban az anyaghasználót segíteni a betegség felismerésben és elfogadásában, majd egy személyes kép kialakításában arról, hogy mit jelent a betegséggel konstruktív módon együtt élni. Beláttatni vele, hogy segítségre van szüksége. Aktívan segíteni kell azon változások elérésében, melyek bázisán egy új életstílust tud kialakítani.

### **A modell keretelemei**

A program legegyszerűbb formájában bentlakásos keretek között zajlik egy intézményben. Időtartama az USA-ban 3–6 hét, Angliában 6–8 hét.

A terápiás rezsim alapeleme a csoportterápia, mely lehet problémamegoldó, de konfrontáló is; hogy melyiket alkalmazzák, függ a személyzet képzettségétől. A csoportok mindig jelenorientáltak, az „itt és most”-on van a hangsúly. A csoportok mellett fontos szerepet töltenek be az előadások; ezek lehetnek élő vagy video-előadások, melyet tanácsadók, szociális gondozók, papok, pszichológusok, pszichiáterek adnak elő. Témájuk az AA 12 lépése, hagyománya, valaki felépülésének története, pszichológiai védekező mechanizmusok, a kémiai függőség orvosi, pszichológiai és szociális komplikációi, a mindennapi problémákkal való megbirkózás módszerei, technikái és a kémiai függőség természete.

Lényeges elem a koncepcióban az, hogy a tanácsadók között felépülésben lévő alkoholbetegek dolgoznak, akik legalább 2 éves józanok és egyben professzionális segítői végzettséggel rendelkeznek. A team multiprofesszionális: orvos, szociális gondozó, ápolónő, pap, felépülésben lévő alkoholbeteg, addiktológiai tanácsadó dolgozik együtt a terápiás közösségben.

A programba beépült a családi tanácsadás, a családi, hozzátartozói csoport, a családoknak ajánlott előadás.

Az egész egy jól strukturált napirendet, életvitelt jelent. Miután a beteget az intézetből elbocsátják, különböző utókezelési programok állnak rendelkezésre (egyéni, csoportos, családi). Mindazonáltal, a felépülési folyamat alapját a helyi AA csoportok biztosítják. Maga az AA is az „újaknak” a mindennapos gyűlésre járást javasolja 3 hónapon keresztül: „90 nap – 90 gyűlés”. Ez nemcsak a közösségbe való beilleszkedést segíti elő, hanem az AA nyelvezetének és filozófiájának megismerését, elsajátítását is.

## A modell elterjedtsége

Az USA-ban az 1980-as évek közepére a kémiai függőségeket kezelő központok 96%-a a Minnesota-modellt használta módszerként (Rosengren 2002).

Európában az egyik leghíresebb Minnesota-modellt alkalmazó intézet a Nagy-Britanniában működő Promis központ, mely Robert Lefever vezetésével működik. A szenvedélybetegek mellett foglalkoznak kényszerbetegekkel illetve depressziósokkal is. Az elsődleges kezelés Kentben zajlik, ekkor a 12 lépés megismertetése áll a központban. Ezután mehetnek a betegek a másodlagos kezelésre, Londonba, amely már inkább a külvilágba, a normál életbe való visszatérés elősegítését célozza.

Magyarországon is már többféle szenvedélybetegség kezelésre alkalmazzák a modellt. Alkoholbetegekkel a szigetvári kórház dr. Szikszay Petronella vezette osztálya és az osztály mellett működő Lehetőségház foglalkozik 1990 óta (Szikszay 1999). Intézményünk, a Félút Centrum Budapesten 1999 óta működik. Pécsváradon, a „Változóház”-ban elsősorban opiátfüggőket kezelnek, de jelentkezhetnek amfetamin- illetve más szerfüggők is. A budapesti Nyírő Gyula Kórház játékszenvedélyesek segítésére használja a Minnesota-modellt.

## A Félút Centrum létrejöttének története

1993-ban, a Névtelen Alkoholisták (AA) önszervező mozgalmaiban pár éve józanodó alkoholbetegek elhatározták, hogy egy alapítvány keretében próbálnak segíteni a még italozó sorstársaikon. Dr. Kelemen Gábortól, aki külföldön tanulmányozta az AA programját magukba építő kezelési metódusokat, megkapták egy USA-ban működő kórház kliensmappáját, és megfogalmazódott bennük, hogy egy hasonló ellátási formát ők is képesek megvalósítani. Tudták, hogy lehetséges, hiszen akkor már működött a Minnesota-modell (MM) szerint egy alkoholbetegeket kezelő osztály Szigetváron, dr. Szikszay Petronella vezetésével.

Az alapítók kemény munkája és számos, a cél fontosságát átlátó ember segítségével nyomán (Szász 2000) a Félúton Alapítvány 1994 januárjában kezdte meg működését.

Az Alapítvány szakmai vezetője dr. Szentesi Péter lett. Mint alkoholbetegek kezelésével foglalkozó orvost keresték meg. Korábban ismerték az alkoholbetegek kényszerkezelését ellenző álláspontját (Szentesi 1986), a betegekkel kapcsolatos osztályos munkáját, örömet a betegeknek az AA-ban való józanodása miatt.

Elkészült az első tervezet egy MM-intézmény működtetésére mint bemutatkozó anyag. Beindultak a pályázások minden lehetséges kiírásra, minden elérhető fórumon. Minden alkalommal újra kellett írni a pályázatok szakmai, jogi és költségvetési anyagát, és személyesen kellett érvelni a miniszteriális, önkormányzati, kórházi vezetőknél a támogatásuk elnyerése érdekében.

Teamépítés, egymásra hangolódás, szakmai képzések és önismereti csoportélmények biztosítása mind olyan erőforrások voltak, melyek meghatározták az évtizedes haladást.

Az Alapítvány alkohol- és drogprevenciót végzett, kiadványokat és újságot jelentetett meg, de tevékenységének középpontjába a félútház megteremtését helyezte.

A tárgyalások első szakaszában, a 90-es évek első felében és közepén, az intézményi és miniszteriális vezetők elgondolásaiban és hangvételében erősen érezhetőek voltak a szocializmus idejéből az egészségügy rendszerében és sokszor a vezetői fejekben visszamaradt sztereotípiák. Konkrétan: a társadalombiztosítás zárt kasszája kialakult, csak úgy volt elképzelhető egy ilyen típusú intézmény működtetése, ha a betegellátás területén már működő egészségügyi monstrumok, a sok száz vagy akár ezer fölötti ágyszámmal dolgozó kórházak befogadják az új ellátási formát. Láthatóan érdekharcok kereszttüzebe került az elképzelés, és sok-sok tárgyalás hiúsult meg a központilag és helyileg alakuló ágyszám- és kórház-átalakítási koncepciókon, kompetenciakérdéseken stb.

Egyre élesebben fogalmazódott meg bennünk az a gondolat, hogy a félútháznak bizonyos, a szakmával kialakuló együttműködése mellett önálló intézménynek kell lennie, saját mozgástérrel. Ezért az Alapítvány 1997-ben együttműködési szerződést kötött az Országos Alkohológiai Intézettel, amely szakmai-szervezeti jelenlétet, kapcsolatot jelentett, minden egyéb elkötelezettség nélkül, meghagyva az Alapítvány szuverén döntési lehetőségeit.

1997-ben az Alapítvány megszervezte „Az alkoholizmusról másképpen” című konferenciát, melyen Robert Lefever, az angliai Promis MM rendszerű intézmény vezetője is részt vett dr. Kelemen Gábor mellett. Robert Lefever előadásai, a vele történt beszélgetések hozzásegítettek bennünket valamiféle vízió kialakításához a majdani intézményünkről.

A team „próbálta tartani az irányt”, persze belső indulatoktól és meghasonlásoktól sem mentesen. A szerepek kialakítása, a feladatokra önként és ellenszolgáltatás nélkül vállalkozó és alkalmas emberek munkájának felépítése, a munkában résztvevők együttműködésének lehető legjobb biztosítása persze nem ment konfliktusok nélkül. A team tagjai ezek mentén is, de a feladatok iránti szakmai elvárás növekedése miatt is fokozatosan cserélőd-

tek. Voltak, akik a közös munka során olyan fontosnak érzett részterületre bukkantak, melynek további művelésére önállósodtak.

Újabb pályázatok után sikerült egy magántulajdonú házat vennünk a jelenlegi működési helyünkön (1172 Budapest–Rákosliget, Liget sor 26.). Itt, a szükséges engedélyeztetési eljárások után, 1999-ben nyitottuk meg a szenvedélybeteg-ambulanciánkat Félút Centrum néven. Az Országos Addiktológiai Intézettel való együttműködésünk konkrétá vált, amennyiben az ÁNTSZ-előírások szerint elvárt létszámú személyzet bérköltségeit az OAI fedezte, ennek ellenében megkapta a betegek ellátási kódjait, és ezzel úgy bővült a szenvedélybeteg-ellátás, hogy a születő intézménynek minden rezsijét és más dolgozók bérét az Alapítvány állta a szerződés alapján.

2003-ban alakult ki az intézmény mai formája, mely már kizárólag az alkoholbetegek ambuláns ellátásának felel meg.

1999-ben kezdődött a teamépítés, saját élményű tanácsadókkal, akik részben rendelkeztek csak szakirányú képesítéssel. Az első két évben az ambulancia működése részben folytatása volt az alapítványi tanácsadó szolgáltatásnak, másrészt a rendszerbe illesztett csoportokkal és előadásokkal már az első formáját jelentette a Centrum Minnesota-modelljének. A 12 lépés első 4 lépésével ismertette meg a betegeket, és az egész program az AA szellemiségét próbálta közelebb vinni hozzájuk.

A mai protokoll megalkotását több, egyre határozottabban jelentkező szempont diktálta. Az első a betegeknek nyújtott szolgáltatás hatásának intenzívebbé tétele, amikor a kezelés menetében reggeltől estig az új szemléletmóddal való ismerkedés, az ehhez segítő rezsimeaktivitások töltik ki a betegek napjait. Másrészt olyan protokoll kidolgozása felé haladtunk, ahol az egyéni tanácsadásról a csoportfoglalkozások felé tolódik a hangsúly, és nem utolsósorban minimum addiktológiai tanácsadói végzettséggel bíró munkatársak vezetnek a csoportokat. Fontosnak éreztük, hogy az addig használt rezsimelemek módszerekben gazdagodjanak.

Az új protokoll kialakítása az új évezred kezdetére esett. Ebben a folyamatban segítséget kaptunk Balogh Pétertől, aki az amerikai MM alapú ambuláns szolgáltatás tapasztalataival ismertetett meg bennünket. Megoldási javaslatai strukturálisan nehezen voltak beilleszthetőek, mert a mai magyar egészségügyi, biztosítási és jogi viszonyok óriási eltérése az USA-beliéktől alapvetően más meghatározókat jelentettek. Ugyanakkor esetünkben az állami-önkormányzati kórházi ellátástól független, új szakmai program indításáról volt szó, az Alapítványt önfenntartásra képessé tevő fizetős MM-program létrehozásáról, civil szervezet bázisán, szerződéses viszonyban az OAI-val, a finanszírozási viszonyok korrekt szétválasztásával.

2002 végére az Alapítvány tulajdonát képező épületek átalakítása is befejeződött, kialakítottunk egy 12 ágyas hotelrészleget vidéki betegek részére,

így számukra is elérhető lett az ambuláns program. 2003-ban kapta meg az ambulancia a közigazgatási hivataltól a működési engedélyt.

### **A kezelési program általános leírása**

A Félút Centrum kezelési programjában csak alkoholbeteg és családja kezelhető magát. A beteg, telefonos bejelentkezése során, időpontot kap, majd lehetőleg családjával együtt, többnapos szeszmentesség állapotában tájékoztató beszélgetésre jön, és hozza az orvosi papírjait is.

A tájékoztató beszélgetés részeként zajlik a kezelői program egyénileg kialakított árara vonatkozó interjú, mely a magyar egészségügy elmúlt évtizedeiben megtanult gyakorlathoz képest mind szakmailag, mind az ellátás strukturális egységeként egy teljesen új műfaj. Azzal együtt, hogy esetünkben is az intézmény működtetését lehetővé tevő szakmai-gazdasági szerződésrendszer húzódik a háttérben, a beteggel és hozzátartozójával folyó tájékoztató-tájékoztató beszélgetés során e mellé kerül a beteggel kötött gazdasági szerződés lehetősége.

Ennek interjú része megpróbálja a beteggel felszínre hozni, megfogalmaztatni életének gazdasági, anyagi-pénzügyi viszonyait, az egészségével és betegségével kapcsolatos befektetéseit, tanulmányai, munkája és effektív anyagiak formájában. Ezek családilag és transzgenerációsan is meghatározottak. Mindez részét képezi betegségének, ennek története lényegében a betegségben való visszaélés története is. Az interjú korrekt végigvitele azért is fontos, mert a betegség életmódba ágyazottsága itt rajzolódik ki mérhető, számokban és veszteségekben kifejezhető módon. Azonkívül, hogy mindez saját életének egy addig végig nem gondolt oldalával szembesíti a beteget, a fokozatosan kialakuló és egyénre szabott térítés körvonalazni kezdi a kezelési programban kezdődő ráfordításai, most már a józansága építésébe való befektetéseit mértékét. Az kezdettől nyilvánvaló, hogy az önsegítő rendszer önfenntartó és kvázi ingyenes a résztvevők számára, de befektetéseit mértékét egyéb vonatkozásaiban is bizonyos fokig megmutatja a programunkban kialakult térítés nagysága, jellege (környezete, részletei). Mindez rendezett adminisztratív háttérrel történik.

Amennyiben a tájékoztató beszélgetés során a betegben és hozzátartozójában az a döntés születik, hogy egy állapotfelmérő kiértékelést is kérnek, akkor a folyamat orvosi és pszichológiai vizsgálatokkal folytatódik. Alapvetően a betegség testi, lelki-szellemi, életvezetési következményeire vagyunk kíváncsiak a betegre szabott egyéni kezelési terv kialakításához, másrészt ez egy differenciál-diagnosztikus folyamat is, mely során ki akarjuk szűrni azokat a betegeket, akiknek elváltozásai, illetve társult betegségei a kezelést az



intézményünkben lehetlenné teszik. Súlyos praedelíriumos, delíriumos állapotot, egyéb pszichotikus állapotokat, végállapotkép elváltozásait mutató betegek kezelését nem vállaljuk. Szintén nem vállaljuk azoknak a kezelését, akik láthatóan betegségtudat nélkül, saját elhatározás hiányában, vagy egyéb – manipulatívnak tűnő – okokból jönnek a programba (pl. antiszociális személyiségzavar esetében).

Azoknak a betegeknek, akik bekerülnek a programba – annak rendszerű foglalkozásain kívül – próbáljuk az általunk elérhető és biztosítható legteljesebb ellátást nyújtani. Bentlakást és étkezést a vidékről érkező betegeknek, ebédet a Budapestről bejáróknak, vagyis ésszerű körülmények között mindent, ami a kezeléshez szükséges megfelelő alaphangulathoz kell. Mindezt a beteggel kötött szerződés keretei között.

Az egészségügyi szolgáltatások a kezelői programon kívül kiterjedhetnek társuló betegségek szakkonzílium szintű ellátására, illetve amennyiben ezek pszichiátriai vagy pszichoterápiás ellátást igényelnek, akkor azt is biztosítjuk.

A Centrum alapszolgáltatása a hathetes Minnesota-modell szerinti kezelés alkoholbetegeknek és hozzátartozóiknak. A meditációs és „mai nap csoportok”, valamint a megbeszélő csoportok direktívek, a 6 hét alatt a Névtelen Alkoholisták 12 lépéséből az első négyet járják körül. Emellett minden nap levetítünk egy-egy, az alkoholbetegséget különböző oldalokról megközelítő rövid, az AA szellemiségét és a betegségről felhalmozott tapasztalatait közvetítő, illetve bizonyos, a betegségtudat kialakításához alapvetően szükséges előadást. A csoportokat vezető addiktológiai konzultánsok vagy pszichológusok biztosítják ehhez a kereteket, elősegítik a témákhoz kapcsolódó érzelm- és élményanyag felszínre kerülését, de viszonylag keveset értelmeznek. Megpróbálják a pácienseket annak átéléséhez eljuttatni, hogy egy csoport biztonságot nyújthat, hogy nincsenek egyedül, hogy az eddig tabuként kezelt, szégyellt dolgokról lehet beszélni. Együttal megismertetik őket azzal az értékrenddel, azokkal a normákkal, amelyekkel az önsegítő rendszerben találkozni fognak (pl. „légy őszinte”, „beszélj egyes szám első személyben”, „ne ítéld meg, helyette hallgass meg, fogadj el” stb.).

A program szigorúan strukturált, egy-egy nap szinte minden perce meghatározott tevékenységgel, feladattal telik. Délelőtt és kora délután csoportfoglalkozások zajlanak, ezután bizonyos napokon témába vágó filmeket vetítünk, más napokon a jelentős mennyiségű házi feladattal (a témához kapcsolódó olvasmányok, bizonyos témák írásbeli kifejtése, meditáció, önéletrajz-írás) foglalkoznak a kliensek délután négyig-ötig, amikor együtt (de tanácsadók nélkül) elindulnak a város különböző pontjain megtalálható AA-gyűlések valamelyikére. A programban részt vevő minden beteg két alkalommal mondja el életét, életének irányíthatatlanná válását az alkohol miatt,

a szpíkergyűlésnek megfelelően, csak a betegek jelenlétében. A gyűléseken átélt érzelmek, a beteg saját életéből felmerülő élmények a másnapi megbeszélő csoportok fontos témáját képezik.

A kezelés része az úgynevezett családi program, ami azt jelenti, hogy hétenként egy napon a közeli hozzátartozókkal együtt várjuk a pácienseket. Ilyenkor közös és hozzátartozói csoportok is vannak. Nem gondoljuk, hogy ennyi idő (6 alkalom) elegendő lenne a teljes családi játszmarendszer átdolgozására, de megpróbáljuk felébreszteni az ezzel kapcsolatos reflektivitást, illetve, ha lehet, megpróbáljuk a hozzátartozókat is eljuttatni a megfelelő önszolgáltató csoportokba (AI-Anon, ACA).

A program pontos menetrendje az idők során többször átalakult, és továbbra is folyamatos változásban van, tekintve, hogy különböző elvi és gyakorlati problémák vetődnek fel vele kapcsolatban. Ezek közül néhány:

Régebben a csoportok zártak voltak, azaz a csoporttagok egyszerre kezdték meg a kezelést; menet közben bekapcsolódni nem lehetett. Erre azért volt szükség, mert a különböző témák részben egymásra épülnek. Hamar kiderült, hogy ez a szempont bármilyen lényeges is, fontosabb lenne, hogy a hozzánk fordulóknak viszonylag hamar (lehetőleg azonnal) valamilyen segítséget kapjanak. Kompromisszumos megoldásként jelenleg két folyamatosan működő nyitott csoport van, a „kezdő” csoportból 14 nap elteltével lép át valaki a „haladó” csoportba. Az egyes napok programját megpróbáltuk úgy felépíteni, hogy az a később érkezők számára is átlátható és követhető legyen. Ily módon a megfelelő kiértékelés és a kezelési terv elkészítése után azonnal megkezdhető a kezelés.

Gyakori szemrehányás a kliensek részéről, hogy a menetrend feszített, fárasztó, túl sok a feladat. Rafináltabb kifogás az, hogy az intézmény szinte „kötelezővé” teszi a gyűlésre járást, egyes könyvek elolvasását, ami ellenkezik az önszolgáltató rendszer alapelveivel, mert az az önkéntességre épül. Ezeket a kifogásokat általában a helyzetnek megfelelően ellenállásnak, kibúvókeresésnek, az alkohol számára nyitva hagyott kiskapunak értelmezzük. A tapasztalat ugyanis az, hogy ezzel a betegséggel csak olyan módon lehet együtt élni, ha az érintett soha nem szűnik meg „karbantartani” az állapotát, vagyis életmódját, napi tevékenységét minden egyes nap tudatosan úgy építi fel, hogy az józanságának megtartását, illetve élethosszig tartó józanodását szolgálja.

A heti nagycsoportok a kezelői program gyakorlati oldaláról szólnak, és lehetőséget adnak az elérhető jó alaphangulat és ennek nyomán az intézmény, a kezelői program, a kezelők nyújtotta megkapaszkodási felület biztosítására. A nagycsoport feladata – jellegénél fogva – a indulatok és agressziók kifejezése is, azok kezelésbe csatolása.

## A terápiás rezsim működtetése, a team háttértevékenysége

A reggeli megbeszélés váza az aktuális információk megosztása egymással az intézményben történekről. Ebből indul el a hangolódás aznapi formája a csoportok és az egyes betegek irányában, illetve a munkatársak és a teamteljesítmények felé. A közös elemzés megpróbálja a történéseket a kapcsolati viszonyok bonyolult rendszerében elhelyezni, elsősorban arra törekedve, hogy a kezelői programot konkrétan lebonyolító kollégák teljesítménye és a különféle, az 1–4. lépéshez kötött munkaanyagokban rejlő lehetőség reflektív és kifejezetten önreflektív munkára ösztönözze a program résztvevőit.

A délutáni szupervíziós óra konkrétan és mélységében próbálja elemezni a terápiás közösség interszubjektív terének tartalmát (Karterud–Monsen 1999). Ez kiindulhat akár egyes esetek referálásából, akár csoportfolyamatok elemzéséből, a betegek családi eseményeinek, a játszómázásnak hatásaiból, de ezt a beszélgetést is, alapvetően, a betegek új életét kitöltő új és meghatározó viszonyrendszer strukturálja. Ez az AA és az AA 12 lépés programjának, ennek nyomán a józanodási folyamatnak a megjelenése a betegek mindennapjaiban, élményeiben, reakcióiban, valamint a kezelők erre adott válaszaiban.

Mivel a reggeli és délutáni teambeszélgetés is mindennapos, ezért ennek egy hosszmetzeti formája, egyfajta folyamatosságot képviselő struktúrája van. Ez a folytonosság reprezentálja a beteg életében addig tudattalanul létező józan kötődés intencionális tartalmait, a most induló józan élet, most már tudatosan átélhető érzésszel, érzelmi, vágy-, vélekedésvizonyait, egy újfajta lelki folytonosságot (Gergely–Watson 1998; Fónagy–Target 1998). Egy csoportnarratíva képződik, melynek részleteiben az egyes teamtagok aktualitástartalmaitól széles történeti ív húzódik a visszajáró betegcsoporton megjelenő régi betegek saját és közösségi mítoszáig. A részt vevő teamtagok és a már réges-régen az intézetből távozott betegek közt fellelt narratív azonosság a legtágabb értelemben vett józanodási keretet biztosítja a folyamatot újként átélő, a programba és ezen keresztül az AA szellemi terébe belépőnek. *A program beléptető azonossága a résztvevők számára tudatosan tartott.*

A terápiás közösség interszubjektív terében az egyes szereplők hangolódása más és más, és jellegénél fogva a kapcsolati tér eltérő minőségű tartalmait közvetítik, teszik az átélhető közösség részévé. A közösségben osztozás érzését, a biztonságérzést és bizalmat kialakítani, melynek átélése a betegnek bizonyos fokú rálátást nyújt a korábbi alkoholos visszaéléssel terhes élményeire, átéléseire, azokra a társfüggőségi viszonyulásokra, melyek a visszaélés társas háttérét adták, ezt próbáljuk mindennap illeszteni – a mindennapos gyűlésre járás eredményeként – a betegeken keresztül a team átélésebe beáramló AA-s csoportteljesítménnyel, annak a betegeken megjelenő képével, a betegben alakuló új önképpel.

Az egész struktúra alapja a beteg ráfordítása a saját józansága, önbecsülése, önmagába vetett hite, önmagára és másokra irányuló szeretete eléréséért, jövője, felépülése érdekében. Ebbe beépülnek a segítő ráfordításai. Jelenleg a betegekkel konkrétan együtt dolgozó szakemberek nem saját élményű AA-ban józanodók, de többen az ACA programját követik, illetve érezhetik magukénak. Saját életükben is átélhetik a csoport összeteljesítményének nevesíthetetlen és a spirituális átélésben megjelenő erejét. Innen bontható ki az a sajátos csoportvezetési koncepció, mely a kezelői program meg gondolá-sainak részét képezi, és amely a csoportvezetők gyakorlatában konkrét feladatokat ad.

Az AA-ban nincs folyamatot elejétől végéig vezető, kontrolláló, meghatározó személy; a gyűlésvezetés folyamatosan cserélt szerep, ami a függőségi igény vándorlását és hatalmi játszmában való konzerválódását előzi meg, és aminek a spiritualitás kialakulására jelentős hatása van. A csoportpszichoterápiából ismert „csoportszemélyiség” az AA-gyűléseken is kialakul, de a kommunikáció játszmaleállító módja, az előbb említett vezető nélküli állapot megakadályozza a konkrét személyre, a csoportvezetőre való vetülését, és így a csoportáttételi, viszontáttételi folyamatok az egyes résztvevőket a spirituális értékek elfogadása felé irányítják.

Ennek a folyamatnak a kezelői programban való segítése nem egyszerű akkor, amikor a professzionális csoportot szakember vezeti, és a csoportban megengedett a másik csoporttag megnyilvánulásaira való reflektálás. A csoportvezető ezért tudatosan segíti az interakciókban a beteg számára a saját élmény és érzés megfogalmazását, saját szerepét pedig a csoportáttét kezelésében – amikor a „csoportszemélyiséggel” őt azonosítják – *a betegeknek a függőségi helyzetüket meghatározó viszonyt gyászoló és elengedő folyamatához köti*. Úgy tűnik, hogy a gyászfolyamat segítése, kinek-kinek az elérhető legszemélyesebb és legkonkrétabb szinten, nagy segítséget jelenthet a saját felfogás szerinti spiritualitás kialakításában.

Egy-egy csoport minden tagjának minden percét kézben tartani, mellette az egyes tagok érzelmi rezdüléseire folyamatosan érzékenynek és nyitottnak maradni – ez meglehetősen megterhelő feladat a csoportvezetőnek. A megfelelően nyitott és érzékeny csoportvezető a projektív identifikáló folyamatokon keresztül a betegek tehetetlenségének és az irányíthatatlanságnak minden kínját, indulatát mint sajátot élheti át. Ugyanakkor nem feltétlenül lenne szerencsés, ha a terhelésre reakcióképpen minden nap más-más csoportvezető, más-más típusú csoportokat tartana. Így viszont a munka még nagyjából sem oszlik meg egyenletesen, sem a személyzet tagjai között, sem egy-egy tanácsadó esetében hosszú távon (ti. hol túl nagy a megterhelés, hol túl kicsi). Mindez bizonyos feszültségek forrása, melyeket a kiégés kockázata miatt is kezelni kell. Azok a betegek, akik nem élik át érzelmeiket, s

azokat a tagadás legváltozatosabb formáival leplezik (Litowitz 1998), a társfüggőségi szerep felé tolnák a tanácsadót illetve a team tagjait, és ez is növeli a kiégés veszélyét.

A betegek és a kezelők által a terápiás közösség interszubjektív terébe behozott indulatok valamint a tagadás kezelése folyamatos feladatunk, hiszen a hangolódás és a közösség kialakulása az indulatok és a háritások széles skáláján is megtörténik. A tagadás áttörése a betegekben nem a protokoll és nemcsak az AA-s metodika alkalmazásának következménye, hanem meghatározott dinamikai, érzelmi változások bekövetkezése szükséges a folyamatos interszubjektív hangolódás nyomán. Ennek az AA-gyűlés a leghitelesebb terepe, de a Minnesota-modell struktúrájában, a terápiás közösség interszubjektív terében is meg kell történnie.

A tagadás átterjedése a teamre (a feldolgozatlan projektív identifikációk, az áttét nyomán), a team kiégési (társfüggőségi) folyamatával együtt, megszünteti a tagadás áttörésének lehetőségét. Ebben az esetben a kezelő közlésében a jelölő funkció veszne el, az, hogy a beteg közlésére, melyből a tagadás folytán az érzélem, a személyes átélés hiányzik, *a kezelő a tükrözésen túl a saját érzelmek, érzések vállalhatóságát válaszolja*, és így segítse az identitásnak a betegség vállalásával való kiteljesedését, és ezen keresztül is jelezze a beteg elfogadhatóságát. Ez a reflektív funkció (Fónagy–Target 1998) erősödését jelenti.

Az őszinte megbeszélés lehetőségét biztosítani, ez a terápiás rezsim minden elemének a célja. A teamtagok között ennek egyik korrekt munkát lehetővé tevő kerete a külsős szupervizorral kialakított teamszupervíziós csoport, mely, többek között, segíti a viszontáttételi folyamatok ellenőrzését, és a kiégést, a társfüggőségi helyzet kialakítását is hivatott megelőzni. Lényegében lehetőséget biztosít a team tagjai számára érzéseik átélésére, mellyel segíti munkájuk érzelmi részét, az előbb említett jelölő funkciót. Ezzel zárul be egy dinamikai kör, mely lehetővé teszi a betegnél a tagadás áttörését.

## Irodalom

- Bigé Á. Cs. (2004): Az addiktológiai konzultáns helye és szerepe a Minnesota-modellben. Szakdolgozat.
- Fónagy, P.–Target, M. (1998): A kötődés és a reflektív funkció szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9: 5–43.
- Gergely Gy.–Watson, J. S. (1998): A szülői érzelmi tükrözés biofeedback modellje: a csecsemő érzelmi öntudatra ébredése és az önkontroll alakulása. *Thalassa*, 9: 56–106.

- Hahn, T. (2003): Dan Anderson, pioneer of the Minnesota Model for addiction treatment, dies at 81.
- Karterud, S. – Monsen, J. T. (1999): *Szelfpszichológia. A Kohut utáni fejlődés*. Budapest, Animula.
- Kelemen G. (1994): *Az addikciók széles spektruma*. Budapest, OAI.
- Launders, J. C. (1982): *Easy Does It! Alcoholism treatment outcomes, Hazelden and the Minnesota Model*. Center City, Minn. Hazelden.
- Litowitz, B. E. (1998): An expanded developmental line for negation: rejection, refusal, denial. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 46/1. 121–148.
- Owen, P. (2002): Description of Counseling Approach National Institute on Drug Abuse- Approaches to Drug Abuse counseling
- Rác J. (1999): *Addiktológia*. Budapest, HIETE.
- Rosengren, J. (2002): The Model Maker.
- Szász A. (2000): A Félút Centrum.
- Szentesi P. (1986): Az alkoholisták kényszergyógyítása és az alkoholizmussal szembeni társadalmi küzdelem. In: Skrabski Árpád (szerk.): *Az alkoholizmus megelőzését szolgáló program*. Budapest, Transinnov.
- Szentesi Péter dr. (2000): Az önségítés elvén alapuló rehabilitáció lelki vonatkozásai. In: *APRÓ LÉPÉSEKBEN... Szenvedélybetegség – hajléktalanság – rehabilitáció*. Szerk.: Oross Jolán. Budapest, kiadja a Szociális és Családügyi Minisztérium Szociális Szolgáltatási Főosztálya és a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet PRO DOMO Peremhelyzetű Csoportok Főosztálya, 2000. /PERIFERIA SERIA 7./
- Szikszay Petronella (1999): A Minnesota Modell (M. M.). In: Kelemen Gábor (szerk.): *Téle-dialógus*. Pécs. /Pannónia Könyvek./
- Néhány, a Minnesota-modell alapján működő intézmény internetes elérhetősége:  
<http://hazelden.org/newsletter> (a Hazelden honlapja)  
[www.feluton.hu](http://www.feluton.hu) (a Félút Centrum honlapja)  
[www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/rehabilitacio/Pecsvarad](http://www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/rehabilitacio/Pecsvarad) (a Változóházzól)  
<http://promis.co.uk/> (a Promis Recovery Centre honlapja)