

Szentesi P. Hegyi N. Tihanyi R. (2004): A Minnesota Modell a Félút Centrumban.  
Addiktológia, 03: 146-160

-

[Dr. Szentesi Péter](#), Hegyi Nóra, Tihanyi Rita

[A Minnesota-modell a Félút Centrumban](#)

- [Összefoglalás](#)
- [Abstract](#)
- [A modell megalkotásának története, elméleti háttere](#)
- [Filozófiai alapok: Az AA](#)
- [A módszer](#)
- [A modell elterjedtsége](#)
- [A Félút Centrum létrejöttének története](#)
- [A kezelési program általános leírása](#)
- [A terápiás rezsím működtetése, a team háttértevékenysége](#)
- [IRODALOM](#)

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 játék szenvedélyesek kezelésében. Megemlítik a 12 lépéses módszert használó az AA-n kívüli, más önszorgító csoportokat. 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 megnyíló Félút Centrum működésének bemutatásán, a kezelői protokoll vázlatos ismertetésén túl írásukban megjelenítik a Minnesota-modell helyi változatát, a háttérül szolgáló szakmai munkával együtt. A pszichoterápiás rezsímben működő team tevékenységének leírására első sorban az analitikus self pszichológia fogalom rendszerét használják, melyen keresztül érzékeltetni próbálják a kezelői team szakmai munkájának illesztését az AA, betegekben megjelenő szellemiségével.

Kulcsszavak: AA; alkoholbetegség; Minnesota-modell; Félút Centrum; kezelői program; analitikus self pszichológia

Minnesota Model in the Félút Centrum

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 point to such serious

effect of AA that has modified the medical attitude, the approach of alcoholism as a disease. They outline the practice of the Minnesota Model developed in the USA, and its appearance in Europe and in Hungary, applied for the treatment of alcoholics, narcotics, and gamblers. They mention other self-help groups beside the AA, which use the 12-step method. They deal with the history of the establishment of Félúton Alapítvány in detail, which is such a civilian organisation that from the beginning, 10 years ago, set its aim on opening an ambulance where they would treat alcoholics according to the Minnesota Model. Beyond the introduction of The Félút Centrum, opened 5 years ago, and the description of the protocol of the treatment 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; treating programme; analytical self-psychology

#### A modell megalkotásának története, elméleti háttere

A modell egyik szülőatyja az amerikai pszichológus, Dan Anderson volt - 2003. febr. 19-én halt meg (Hahn, 2003) 81 évesen. Az 1950-es években kezdte el kidolgozni a módszert, egy kanadai orvossal, Nelson Bradleyvel, akivel a Willmar kórház pszichiátriáján dolgoztak együtt. Legfőbb célkitűzésük volt az alkoholizmus egy emberséges és hatékony kezelési módjának megalkotása. 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 sokszor együtt járhat más kórképekkel. Ez a fajta megközelítés többféleképpen is átütő erejű. Egyrészt, mert az 1940-es években a pszichológiai iskolák általában csak a környezet szerepét emelték ki a betegség magyarázatában. Anderson ezzel szemben azt hangsúlyozta, hogy az alkoholizmus egy multifaktoriális betegség, melynek vannak mind fiziológiai, pszichológiai, szociális és spirituális összetevői is. Kidolgozott módszere, mint látni fogjuk, interdiszciplinárisnak nevezhető, mind az embert sok irányból, mégis egységében tekintő és kezelő felfogás-mód, 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

segítség igénybe vételére, az orvoslás szükségességére, de mindenfajta morális felhang nélkül.

Filozófiai alapok: Az AA

A Minnesota-modell legjelentősebb újítása abban rejlik, hogy a betegek rehabilitációjában fontos szerepet tulajdonít az önsegítő csoportoknak. Ez a nézet több területen is megmutatkozik.

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 (akárcsak Anderson) elfogadja a betegségből való felépülés lehetőségét, de a teljes gyógyulást kizárja. Jung úgy írta le az alkoholista alkohol iránti vágyát, mint a "teljesség iránti spirituális vágyakozást" (Selby, 2001). Az alkohol függőségből való felépülésnél fontosnak tartják a személyiség integrációját, illetve egy Felsőbb Erő elfogadását. Ez a szellemi erő, mint hangsúlyozzák, mindenkinek a saját felfogása szerinti Istent jelenti. Az AA egyik alaptétele, hogy "...nem kötődik semmiféle szektához, felekezethez, politikához, szervezethez vagy intézményhez."

Az AA az alkoholizmusból való felépülés útját 12 lépésben foglalja össze. A lépések hangsúlyozzák a betegség beismerését, az önismeret fejlesztését, a másokkal való kapcsolatok újra szervezését, a spiritualitást, illetve más alkoholisták segítségét a józanodásban. Mint az előbbieken láthattuk, Anderson tudományos felfogásával teljesen egybevágnak e területek hangsúlyozása a betegség kialakulásának magyarázatakor.

Oven (2002) a modell elsődleges céljaként az alkoholtól és más, hangulat módosító szerektől való egész életen át tartó absztinenciát és a jobb életminőség kialakítását jelöli meg. A 12 lépéses filozófia lényegének alkalmazását, rendszeres találkozást más, felépülőben lévő emberekkel, a napi viselkedés megváltoztatását eszközként tekinti a végső cél eléréséhez, a személyiségváltozáshoz, ami az értékrend, az érzésvilág, és a világ dolgaira adott válaszok megváltozásában mutatkozik meg. A modell szerint ez a változás alapvetően a spirituális élményhez kötött.

A program résztvevőitől elvárják, hogy rendszeresen eljárjanak már a kezelés időtartama alatt is az AA gyűlésekre. Ennek betartása, az AA-hoz való csatlakozás elővételezi ugyanakkor, hogy a beteg a kezelés befejeztével sem marad magára.

A professzionális munkatársak mellett a betegek gondozásában fontos szerepet kapnak az AA 12 lépéses programját követő, minimum két éve absztinens alkohol betegek is. Ők önsegítő tanácsadóként működnek együtt a többi szakemberrel.

A módszer

Mint a fentiekben már láthattuk, az absztinencia tehát önmagában még nem szükségszerűen biztosítja a sikert.

Lauderger (1982) több rövidebb távú célt tűz ki, melyek a hosszabb távú célok megvalósítását elősegítik. Elsősorban az anyaghasználót segíteni a betegség felismerésében és, hogy ez a valóságban mit jelent. Arra a belátásra segíteni, hogy elfogadja a segítséget. A betegnek meg kell tanulnia konstruktív módon együtt élni a betegségével. Aktívan segíteni kell a betegnek azon változások elérésében, melyek bázisán egy új életstílust tud kialakítani.

A program legegyszerűbb formájában bentlakásos keretek között történik egy intézményben. Időtartama az USA-ban 3-6 hét, Angliában 6-8 hét. A bentlakásos kezelést utókezelés követ, ami többnyire az AA-ban való aktív részvételt jelenti.

A felépülés folyamatában különféle szolgáltatások nyújtanak segítséget egyének, illetve házaspárok, családok részére is (Bige, 2004). Ezek egy terápiás rezsím alkotó elemei is. Az egész bázisa a csoportterápia, mely lehet probléma megoldó, de konfrontáló is, az, hogy melyiket alkalmazzák, függ a személyzet képzettségétől. A csoportok mindig jelen orientáltak, az "itt és most"-on van a hangsúly. A csoportok mellett fontos szerepet töltenek be az előadások, ezek történhetnek videóról vagy magnókazettáról, 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. A team multiprofeszionális: orvos, szociális gondozó, ápolónő, pap, felépülésben lévő alkohol beteg, addiktológiai tanácsadó dolgozik együtt terápiás közösségben. Az amerikai programok régebben 6-7 órai munkát tartalmaztak, mára ezek rövidebbek, közvetlenül terápiás feladatok váltották azt fel (pl.: önéletrajz írás). A programba beépült a családi tanácsadás, az alkoholista családját diszfunkcionálisként kezelik, a program módot ad a többi családtagnak is a problémájuk kezelésére, megosztására, illetve előkészíti a viselkedés, kommunikációs minták megváltoztatását családi szinten is. Egyik legfontosabb tematikus elem a 12 lépés 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. Az AA gyűléseken való részvétel azért fontos, mert ezzel indul az AA világába való belépés. Lényeges a rekreáció és testi aktivitás lehetővé tétele, fizikai mozgás, torna, cselekvéses aktivitás.

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

Magyarországon is már többféle szenvedélybetegség kezelésre alkalmazzák a modellt. Alkohol betegekkel a szigetvári kórház dr. Szikszay Petronella vezette osztálya és az osztály mellett működő Lehetőségház foglalkozik, illetve intézményünk, a Félút Centrum, Budapesten. Pécsváradon, a "Változóház"-ban első sorban opiátfüggőket kezelnek, de jelentkezhetnek amfetamin illetve más szerfüggők is. A budapesti Nyíró Gyula Kórház játékszenvedélyesek segítésére használja a 12 lépéses programot.

### A Félút Centrum létrejöttének története

1993-ban, a Névtelen Alkoholisták (AA) önszorgalmazó 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 a terv, hogy egy hasonló ellátási formát ők is képesek megvalósítani. Tudták, hogy lehetséges, hiszen akkor már működött a Minnesota modell (MM) szerint egy alkoholbeteget kezelő osztály Szigetváron, dr. Szikszay Petronella vezetésével.

Az alapítók kemény munkája és számos, a cél fontosságát átlátó ember segítsége nyomán (Szász, 2000) a Félúton Alapítvány 1994 januárjában kezdte meg működését. Mint alkoholbetegek kezelésével foglalkozó orvost kerestek meg, hogy vegyen részt az alapítvány munkájában és biztosítsam, építsem fel a program szakmai oldalát. Ismerték az alkoholbetegek kényszerkezelését ellenző álláspontomat (Szentesi, 1986) a betegekkel kapcsolatos osztályos munkámat. Tudták, hogy különféle pszichoanalitikusan orientált csoport és egyéni pszichoterápiás kezeléseken vesznek részt a betegek, vagy, hogy éppen egy olyan mozgásterápiás csoporttechnikát próbálgatok, melyet alkoholbetegeknek dolgoztam ki.

A józanodó alkoholbetegekből és belőlem kialakuló alapítványi team a XII. kerületi Családsegítő szolgálat által hétvégére átengedett helyiségben ülésezett és próbálta felépíteni a jövőt. Elkészült az első tervezet, egy MM intézmény működtetésére, mint bemutatkozó anyag. Beindultak a pályázatok minden lehetséges kiírásra, minden elérhető fórumon a szükséges eszközök beszerzésére. Az Alapítvány vezetőjével, Kovács Csabával, rendszeresen újraírtuk a pályázatok szakmai, jogi és költségvetési anyagát és személyesen mentünk érvelni a miniszteriális, önkormányzati, kórházi vezetőkhez a támogatásuk megnyerése érdekében.

Team építés, egymásra hangolódás, intézményszerűen szervező teljesen együtt töltött hétvége intézmény nélkül, szakmai képzések és önismereti csoportélmények biztosítása, mind olyan erőforrások voltak, melyek meghatározták az évtizedes haladást.

Az Alapítvány rövidesen alkohol- és drogprevencióba kezdett általános és középiskolákban, majd kiadványok, újság megjelentetésébe is belevágott, de tevékenységének középpontjába a félútház megteremtését helyezte. A prevenció módszer, vagyis a szakmai háttér érthető előadása mellett a lényeges és a gyerekek érzelmeit mélyen megmozgató az volt, hogy alkoholbetegek őszintén voltak képesek a saját mélybezuhanásukról és józanodásuk élményéről beszélni. Az Alapítvány igyekezett megjelenni minden olyan helyen és fórumon, ahol egyrészt az önszorgalmazó alapú szenvedélybetegség-megelőzés, vagy a betegségről, kezelésről információ a betegekhez, érdeklődőkhöz közelebb vihető volt (Diáksziget szinte a kezdetektől, Szendélyek Napja, melynek kitalálója Kovács Csaba, stb.) másrészt más intézményekkel kapcsolat volt kiépíthető.

A tárgyalások első szakaszában, a 90-s 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 monstrok, a sok száz vagy akár ezer fölötti ágyszámmal dolgozó kórházak befogadják az új ellátási formát. Láthatóan érdeklődés kereszttüzébe került az elképzelés, és sok-sok tárgyalás hiúsult meg a központilag és helyileg alakuló ágyszám és kórház átalakítási koncepciókon, kompetencia kérdéseken, stb.

Egyre élesebben fogalmazódott meg bennünk az a gondolat, hogy a félútháznak bizonyos, a szakmával kialakuló együttműködése mellett, önálló intézménynek kell lennie, saját

mozgástérrel, mert az egészségügyi rendszer válsága, a modell elfogadása esetében is veszélyeket jelenthet az új intézmény fennmaradására. Ne feledjük el, hogy ez volt a pszichoterápiás rezsimben működő osztályok bezárásának időszak.

Ezért az Alapítvány 1997-ben együttműködési szerződést kötött az Országos Alkoholológiai Intézettel, amely szakmai -szervezeti jelenlétet, kapcsolatot jelentett, minden egyéb elkötelezettség nélkül, meghagyva az Alapítvány szuverén döntési lehetőségeit.

1997 azért is jelentős év volt az Alapítvány életében, mert megszervezte "Az alkoholizmusról másképpen" című, számunkra mindenképpen nagyszerű 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 a majdani intézményünkéről valamiféle vízió kialakításához.

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

Mélyreható vita zajlott pl. arról, hogy az Alapítvány keretein belül, az ott kitűzött célokért dolgozók, egyben AA tagok, mennyire egyeztethetik össze józanodásukkal, de az AA hagyományaival is az Alapítványon belüli tevékenységüket. Az erről az AA-n belül indult párhuzamos vita lényegesen meghatározta az Alapítvány profiljának tisztázódását.

A társadalmi előítéletek is behatárolták lehetőségeinket. Amikor annyi pénzt össze tudtunk pályázni, amennyiből egy Buda környéki községben egy telket vásároltunk építkezés céljából, rövidesen megkaptuk a helyi képviselő testület döntését, hogy alkoholbetegek kezelése, rehabilitációja céljából a községben semmit sem tehetünk. A telek eladása, 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 konkrétta vált, amennyiben az ÁNTSZ előírások szerint elvart személyzet bérkölségeit 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.

Újabb vásárlás és emeletráépítést követően, 2003-ban alakult ki az intézmény mai formája, mely már kizárólag az alkoholbetegek bennfekvő és bejárós formában való ellátásának felel meg. Minden részletezés nélkül megjegyezzük, hogy erre a folyamatra is jellemzően rátelepedett minden olyan személyi, anyagi és technikai valamint jogi nehézség, mely egy új intézmény létrehozása, átépítése, engedélyeztetése körül manapság meg szokott jelenni.

1999-ben kezdődött a team építés, saját élményű tanácsadókkal, - akik részben rendelkeztek csak szakirányú képesítéssel, - az ÁNTSZ által minimum követelményként elvart, szakorvossal - részállásban dolgoztam az ambulancián, miközben főállásom egy pszichoterápiás ambulancia volt - egy a pályáját az alapítványi ambulancián kezdő pszichológussal és egy diplomás ápoló asszisztenssel. A pszichológusnak azért kellett pályakezdőnek lennie, mert úgy gondoltuk, hogy az önségítő rendszerek működését és az MM felépítését jobb, ha az egészségügyi ellátás szemléletformáló hatása előtt ismeri meg. Az első 2 évben az ambulancia működése inkább folytatása volt az alapítványi tanácsadó szolgáltatásnak, bizonyos - a 12 lépéses program szerint tematizált - pszichológiai és szakorvosi teljesítményekkel kiegészítve. A rendszerbe illesztett csoportok és előadások már

lépést jelentettek a MM felé, amennyiben szintén tematikusan a 12 lépés első 4 lépésével ismertették meg a beteget, és az egész program az AA szellemiségét próbálta közelebb vinni a betegekhez.

A kezelési protokoll megalkotását több, egyre határozottabban jelentkező szempont diktálta. Az első a betegeknek nyújtott szolgáltatás hatásának intenzívebbé tétele, bizonyos értelmű professzionalizálásának szándéka volt. Olyan protokoll kidolgozása felé haladtunk, ahol az egyéni tanácsadásról a csoportfoglalkozások felé tolódik a hangsúly, ahol a kezelés menetében reggeltől estig az új szemléletmóddal való ismerkedés, az ehhez segítő rezsimelemlétségek töltik ki a betegek napjait, és ahol minimum addiktológiai tanácsadói végzettséggel bíró munkatársak vezetnek a csoportokat. Fontosnak éreztük, hogy az addig használt rezsimelemlétségek módszerekben gazdagodjanak.

Szempont lett a beteglétszám és a ráfordított munka arányának változtatása is. A teljesítmény értékelése nemcsak nárcisztikus szempontokból nyert jelentőséget, hanem az OAI-val való viszonyunkban, ahonnan kifejezett nyomás ugyan soha nem nehezedett az ambulanciára, de tudtuk, hogy ez, mint minden egészségügyi ellátónak, kiemelt finanszírozási szempontjuk.

A protokollépítés egyben teamépítés ill. változás folyamatává is vált. Az alapítványi munkából már ismert volt a team kisebb nagyobb fokú cserélődése, ami több szempontból elemezhető. Az új feladatoknak való megfelelés és a ráhangolódás igénye felől, a team belső érzelmi és kapcsolati változásai irányából, a munka biztosította élet és érvényesülési lehetőségek alapján, de szemlélhető a vezetés stílusa és módszerei felől is, mennyire volt a team vagy egyes team tagok által igazi érték közvetítőnek átélhető ez utóbbi. Mindez bőven feldolgozható anyagot jelent. Felvetődik a fluktuáció hátterét tekintve a kiégés kérdése is.

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 javaslatok ugyanakkor, az új kezelési program intézményi működtetése értelmében, strukturálisan nehezen illeszthetőek voltak, mert a mai magyar egészségügyi, biztosítási és jogi viszonyok óriási eltérése az USA-beliéktől alapvetően más meghatározókat jelentettek. Ne felejtsük el, hogy esetünkben nem állami - önkormányzati kórházi ellátásba illesztett új szakmai program indításáról volt szó, hanem egy az Alapítványt önfenntartásra képessé tevő fizetős MM program létrehozásáról, civil szervezet bázisán, szerződéses viszonyban az OAI-val, a finanszírozási viszonyok korrekt szétválasztásával.

A vele való munka szemléletmódok kölcsönös tisztázódását vonta maga után, így alakult ki az egymástól független kezelési programok megalkotásának szándéka. A team látásmódjának bővülését tekintve sokat köszönhet a közös munkának.

2002 végére az Alapítvány tulajdonát képező épületek átalakítása is befejeződött, kialakítottunk egy 12 ágyas hotelrészeletet vidéki betegek részére, így számukra is elérhető lett az ambuláns program. Ehhez konyha, étkezésre alkalmas tér, mely egyben csoportozáshoz ill. szakmai összejövetelek rendezésére is alkalmas, lett kialakítva. Mindez igen kemény törvényi és környezeti elvárásoknak megfelelően, peres ügyek bonyolódása közben. Ezek lezáródása után, 2003-ban kapta meg az ambulancia a közigazgatási hivataltól a működési engedélyt.

Az intézményesedés hatalmi viszonyai együtt jártak a jó hangulatú kezdőcsapat feloszlásához. A 2003-ban megírt protokoll, - az előző kezelési eljárás mintájára szintén minőségbiztosítási folyamat alá került - mely 28 napos, azaz 6 hetes betegre és családjára kialakított MM szerinti kezelést ír elő, új bővített team kialakításához vezetett, jelentős számban új szakemberek felvételével. Így most az ambulancián, az intézmény általános vezetését ellátó szakemberen kívül és a szakfőorvoson, diplomás ápolón kívül, félállású másik orvos, két pszichológus két addiktológiai tanácsadó, négy éjjel-nappali műszakba

szervezett ápoló - akik recepciós feladatot is ellátnak - és konyhai-takarító munkatársak dolgoznak.

#### A kezelési program általános leírása

A Félút Centrum kezelési programjában csak alkoholbeteg és családja kezelteheti magát. A beteg telefonos bejelentkezése során, lényegében annyit tud meg, hogy egy kölcsönös tájékoztató beszélgetésre jó, ha minél hamarabb bejön egy megbeszélte időpontban, több napos szeszmentesség állapotában, lehetőleg családtaggal, és hozza az orvosi papírjait is. A tájékoztató beszélgetés ingyenes.

A tájékoztató beszélgetés részeként zajlik a kezelési 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. A társadalmi újraelosztás múltban súlyosan eltorzult rendszere az ellátásban résztvevők önképére (annak morális részére kiemelten) egy sajátos ideológiailag-politikailag színezett társadalmi konstruktum vonásait erőltette, (ill. az önképnek ez felelt meg), ahol a közösségi finanszírozás nárcisztikus-függőségi viszonyai a résztvevők hozzáállását játszma részévé tette. Ez alól csak a magánygyakorlat volt kivétel, pszichoterápiás vonatkozásban elméletileg is letisztázott módon a pszichoanalitikus magánygyakorlat. 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 ezekkel kapcsolatos befektetéseit tanulmányai, munka és effektív anyagiak formájában, s melyek familiárisan és transzgenerációsan is meghatározottak. Mindez részét képezi betegségének, ennek története lényegében a betegségben való visszaélés története is. Az interjú korrekt végig vitele azért is fontos, mert a betegség életmódba ágyazottsága itt rajzolódik ki mérhető, számokban és veszteségekben kifejezhető módon. Azon kívül, hogy mindez saját életének egy addig végig nem gondolt oldalával szembeesíti a beteget, a fokozatosan kialakuló és egyénre szabott térítés körvonalazni kezdi a kezelési programban kezdődő ráfordításai, most már a józansága építésébe kialakított befektetési mértékét. Az kezdettől nyilvánvaló, hogy az önszolgáltató rendszer önfenntartó és kvázi ingyenes a résztvevők számára, de befektetési mértékét egyéb vonatkozásaiban is bizonyos fokig megmutatja a programunkban kialakult térítés nagysága, jellege (környezete, részletei). Mindez korrekt 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, akik elváltozásai illetve társult betegségei a kezelést az intézményünkben lehetetlenné teszik. Súlyos praedeliriumos, deliriumos 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 - manipulativnak tűnő - okokból jönnek a programba (pl. antiszociális személyiségzavar esetében).

Azoknak a betegeknek, akik bekerülnek a programba - annak rendszerszerű 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 korrekt 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, csoportos kezelés, amelynek programja több szempontból is közvetlenül támaszkodik az önsegítő rendszerre. A kezelés elsődleges célja az önsegítő rendszer használatára szocializálni a hozzánk forduló alkoholbetegeket. Ezzel valójában egybe ötvöződve ill. ennek módszereként pszichoterápiás hatások is érvényesülnek, de a lényeg mégis a teljes életmódváltás elősegítése, illetve a majdani, az AA-ban végzett munka hatására bekövetkező életmódváltásra való előkészítés.

Ennek megfelelően a csoportok egy terápiás csoportnál direktívebbek, 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 csoportot 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. Egyúttal megismertetik őket azzal az értékrenddel, azokkal a normákkal, amikkel az önsegítő rendszerben találkozni fognak (pl. "légy őszinte", "beszélj egyes szám első személyben", "ne ítélezz, helyette hallgass meg, fogadj el"). 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) foglalkoznak a kliensek délután négyig-ötig, amikor együtt (de tanácsadók nélkül) elindulnak a város különböző pontjain megtalálható AA gyűlések valamelyikére. 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 hetente egy napon a közeli hozzátartozókkal együtt várjuk a pácienseket. Ilyenkor közös és hozzátartozói csoportok is vannak. Ennek az a szemlélet az alapja, hogy az alkoholizmus családi betegség, vagyis családi kontextusban értelmezhető és kezelhető hatékonyan. Nem gondoljuk, hogy ennyi idő (6 alkalom) elegendő lenne a teljes családi játszma-rendszer átdolgozására, de megpróbáljuk felébreszteni az ezzel kapcsolatos reflektivitást, illetve, ha lehet, megpróbáljuk a hozzátartozókat is eljuttatni a megfelelő önsegítő csoportokba (Al-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 fordulók 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, hogy az, hogy az intézmény szinte "kötelezővé" teszi a gyűlésre járást, egyes könyvek elolvasását, és ez ellenkezik az önszorgító rendszer alapelveivel, mert az, az önkéntességre épül. Ezeket a kifogásokat általában a helyzetnek megfelelően ellenállásnak, kibúvó keresésnek, 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 "karban tartani" az állapotát, vagyis életmódját, napi tevékenységét minden egyes nap tudatosan úgy építi fel, hogy az józanságának megtartását, illetve élethosszig tartó józanodását szolgálja.

Végül egy más jellegű problémáról: 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. Ugyanakkor nem feltétlenül lenne szerencsés, ha 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 hosszútávon (ti. hol túl nagy a megterhelés, hol túl kicsi). Mindez jelentős feszültségek forrása, és a kiégés kockázatát veti fel.

#### A terápiás rezsim működtetése, a team háttértevékenysége

A reggeli megbeszélés váza a mindennapos információs osztozás az intézményben történekről. Ebből indul el a hangolódás aznapi formája a csoportok és az egyes betegek irányában, illetve a munkatársak és a team-teljesítmények 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 az interszubjektív tér tartalmát (Karterud-Monsen, 1999). Akár egyes esetek referálása, akár csoportfolyamat, családi esemény, de legfőképpen az AA 12 lépéses programja és tevékenysége formájában jelentkező józanodási folyamat megjelenésének kérdései töltik ki. Mivel a reggeli és délutáni team beszélgetés is mindennapos, ezért ennek egy hosszmetzeti formája, egyfajta folyamatosságot képviselő struktúrája van. Egy csoportnarratíva képződik, melynek részleteiben az egyes team tagok aktualitás tartalmaitól széles történeti ív húzódik a visszajáró betegcsoporton megjelenő régi betegek saját és közösségi mítoszai. A részt vevő team tagok és a már réges-régen az intézetből távozott betegek közt feltelt 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 rezsim 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 tagadás sok-sok megjelenési formája az érzelmek felemelkedésének állja utját, az őszinte megnyílásnak. 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 hátterét adták, ezt próbáljuk mindennap illeszteni a betegeknek keresztül - a mindennapos gyűlésre járás eredményeként - a team átélésebe beáramló AA-s csoportteljesítménnyel, annak a betegekben 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 eléréseért, 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, ill. érezhetik magukénak. Saját életükben is átélhetik a csoport összteljesítményének nevesíthetetlen és a spirituális átélésben megjelenő erejét. Innen bontható ki az a sajátos csoportvezetési koncepció, mely a kezelői program meggondolásainak részét képezi, és amely a csoportvezetők gyakorlatában konkrét feladatokat ad.

Az AA-ban nincs folyamatot elejétől végéig vezető, kontrolláló, meghatározó személy, a gyűléslevezetés 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 játszmaállító módja, az előbb említett vezetőnélküli állapot megakadályozza a konkrét személyre, a csoportvezetőre való vetülését és így a csoportattételi, viszont-attételi folyamatok az egyes résztvevőket a spirituális értékek elfogadása felé tolják.

Ennek a folyamatnak a kezelői programban való segítése nem egyszerű akkor, amikor a professzionális csoport vezetővel megy, és a csoportban a reflektálás a másik csoporttag megnyilvánulásaira megengedett. A csoportvezető ezért tudatosan segíti az interakciókban a beteg számára a sajátélmény-, és érzés megfogalmazását, saját szerepét pedig a csoportattétet 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, egyébként is nagy segítséget jelenthet a saját felfogás szerinti spiritualitás kialakításában.

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 betegek és a kezelők által az interszubjektív térbe behozott indulatok kezelése folyamatos feladatunk. Ennek egyik korrekt munkát lehetővé tevő kerete a külsős szupervizorral kialakított team szupervíziós csoport, mely a betegekkel végzett intenzív munka veszélyét, a kiégést is hivatott megelőzni. Ez a rezsimelem még nincs, de létrehozását tervezzük.

#### IRODALOM:

Bige Á, Cs.: (2004) Az addiktológiai konzultáns helye és szerepe a Minnesota modellben. Szakdolgozat.

Hahn T.: (2003) Dan Anderson, pioneer of the Minnesota Model for addiction treatment, dies

at 81 [www.startribune.com/466/3663084.html](http://www.startribune.com/466/3663084.html)

Karterud, S. Monsen, J. T.: (1999) Szelfpszichológia, a Kohut utáni fejlődés. Budapest: Animula

Kelemen G.: (1994) Az addikciók széles spektruma. OAI. Budapest.

Laundergan, J.C.: (1982) Easy Does It! Alcoholism treatment outcomes, Hazelden and the Minnesota Model. Center City, Minn. Hazelden.

Owen, P.: (2002) Description of Counseling Approach National Institute on Drug Abuse- Approaches to Drug Abuse counseling

[www.dualdiagnosis.org/library/nida\\_004151/index.html](http://www.dualdiagnosis.org/library/nida_004151/index.html)

Rosengren, J.: (2002) The Model Maker <http://www.johnrosengren.net/model.htm>

Selby, S.: (2001) A keresztfüggőségről, Félúton Alapítvány

Szász A.: (2000) A Félút Centrum. <http://www.szochalo.hu/esely/esely2000szasz01ny.htm>

Szentesi P.: (1986) Az alkoholisták kényszergyógyítása és az alkoholizmusellenes társadalmi

küzdelem. In: Skrabski Árpád (szerk.): Az alkoholizmus megelőzését szolgáló program. Transinnov. Budapest.

Néhány, a Minnesota-modell alapján működő intézmény internetes elérhetősége  
<http://hazelden.org/newsletter> (Hazelden honlapja)  
[www.feluton.hu](http://www.feluton.hu) (Félút Centrum honlapja)  
[www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/rehabilitacio/Pecsvarad](http://www.kollegium-bbogl.sulinet.hu/Drog/rehabilitacio/Pecsvarad) (Változóházzal)  
<http://promis.co.uk/> (Promis Recovery Centre honlapja)