****

**Bohdan T. Woronowicz MD, PhD**

**MODEL MINNESOTA**

Najbardziej znanym „wkładem” Wspólnoty AA w terapię osób uzależnionych od alkoholu, a później również od innych substancji psychoaktywnych jest tzw. model Minnesota. Idea podejścia do alkoholizmu i jego leczenia wg tzw. modelu Minnesota narodziła się pod koniec lat 40. w szpitalu w Willmar (Willmar State Hospital, stan Minnesota, USA), z inicjatywy dwóch młodych specjalistów - psychologa i psychiatry. Nie można wykluczyć, że jeden z nich, a może nawet obaj byli jednocześnie zdrowiejącymi alkoholikami. Wstępne założenia modelu polegały na połączeniu doświadczeń profesjonalistów oraz alkoholików zdrowiejących przy pomocy Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, na zindywidualizowanym podejściu do leczenia, z aktywnym udziałem rodziny pacjenta, realizowanym w warunkach intensywnego (7 dni w tygodniu), stacjonarnego, 28-dniowego programu. Opisywany był jako metoda charakteryzująca się „multidyscyplinarnym podejściem do choroby przewlekłej” i traktowany jako: „nierozerwalnie związany z programem, praktyką i filozofią Anonimowych Alkoholików”.

Pierwszy ośrodek realizujący ten model utworzony został w 1948 r. przez niedochodową organizację – „Hazelden Foundation” (funkcjonuje do dnia dzisiejszego), a kolejny to prywatny Pioneer House w Minneapolis (ośrodek funkcjonował w latach 1953-1978). Stopniowo powstawały podobne ośrodki w innych stanach Ameryki Północnej i uzyskiwały akredytację medycznych instytucji ubezpieczeniowych. Z czasem, osoby przeszkolone w Hazelden, zaczęły tworzyć podobne ośrodki na terenie Europy.

W Polsce, elementy modelu Minnesota zostały zastosowane po raz pierwszy w Oddziale Odwykowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (dzisiejszym Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN), w połowie lat 80. Założenia modelu Minnesota leżą u podstaw wielu programów terapeutycznych placówek leczących osoby uzależnione w Polsce.

Model Minnesota ulegał poprzez lata ewolucji i na dzień dzisiejszy do jego podstawowych założeń należą:

1. traktowanie alkoholizmu jako choroby znacząco różniącej się od innych zaburzeń czy chorób psychicznych,

2. traktowanie alkoholizmu jako choroby pierwotnej (nie jest to bowiem przejaw innych zaburzeń, po których rozwiązaniu alkoholizm przestanie istnieć, jak również nie wynika on z jakiejkolwiek innej choroby, ponieważ sam w sobie jest chorobą);

3. traktowanie alkoholizmu jako choroby przewlekle postępującej, śmiertelnej i co istotne — niezawinionej, na której powstanie złożyło się wiele różnych czynników (polietiologia);

4. traktowanie z należytym szacunkiem i zrozumieniem osób, które cierpią na tę chorobę oraz szanowanie ich osobistej godności;

5. przekonanie, że wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wynikach leczenia;

6. dążenie do umożliwienia osobie uzależnionej identyfikacji z objawami choroby, co może wywołać u niej potrzebę dokonania zmian w swoim życiu;

7. uznawanie, że jednym z najważniejszych objawów choroby jest zaprzeczanie (często słyszy się, że *alkoholizm to choroba zaprzeczeń i nawrotów*), przy czym istnieniu choroby zaprzecza również najbliższe otoczenie chorego;

8. stawianie jako cel długofalowy dożywotniej abstynencji od wszelkich substancji psychoaktywnych;

9. systemowe podejście do choroby uwzględniające jednocześnie aktywny udział w procesie terapeutycznym - osób najbliższych;

10. prowadzenie terapii poprzez małe grupy, w których każdy pacjent traktowany jest jednak indywidualnie, ma bowiem ustaloną swoją indywidualną drogę wychodzenia z choroby oraz własne sposoby zarówno unikania powrotu do picia jak i zapobiegania nawrotowi choroby;

11. maksymalne wykorzystanie potencjału wielodyscyplinarnego zespołu terapeutów, w którym istotną rolę odgrywają odpowiednio przeszkoleni specjaliści wywodzący się spośród alkoholików bądź narkomanów zdrowiejących w oparciu o program AA lub NA (ich zatrudnianie rozpoczęto w Ośrodku Hazelden w 1954 roku);

12. wykorzystywanie w terapii Programu Dwunastu Kroków i filozofii Anonimowych Alkoholików oraz systematyczny udział osób leczących się w spotkaniach Wspólnoty.

Programy leczenia w oparciu o Model Minnesota obejmują: detoksykację; ocenę stanu psychicznego; spotkania grupowe (80- 90 % zajęć ma charakter grupowy); edukacja/wykłady (15-30 min. a następnie pytania i wypowiedzi pacjentów), a na koniec skierowanie do dalszych form wsparcia i pomocy w celu kontynuowania rozpoczętego podczas terapii zdrowienia.

Programy te, prowadzone w stacjonarnych ośrodkach, funkcjonujących wg powyższych zasad, zachęcają do aktywnego uczestnictwa w realizacji programu Dwunastu Kroków AA, są intensywne i nie pozostawiają zbyt wiele czasu na inne zajęcia oprócz terapeutycznych. Wszystko to zmierza w kierunku uruchomienia głębokiej i radykalnej zmiany w życiu uzależnionej osoby w ciągu bardzo krótkiego czasu (28 dni).

Zakładane cele leczenia to doprowadzenie pacjenta do tego, by:

• uznał i zaakceptował swoją bezsilność wobec alkoholu oraz

• uznał potrzebę zmiany i nauczył się korzystać z pomocy innych ludzi.

Najważniejsza zmiana dotyczyć ma stylu życia, co wiąże się z „przeprowadzeniem” pacjenta przez pierwsze 3-5 Kroków z programu AA. Po detoksykacji i usunięciu objawów zespołu abstynencyjnego pacjenta dokonuje się wstępnej diagnozy (*assessment*, czyli „ocena stanu pacjenta w chwili przybycia na terapię”) — pozwala to rozpoznać najpilniejsze potrzeby terapeutyczne, co pozwoli przystąpić do indywidualnego planowania procesu terapii i ustalania kolejności zadań terapeutycznych. Wielodyscyplinarny zespół opracowuje indywidualny program terapii, który w miarę czasu jej trwania i postępów pacjenta podlega weryfikacji i modyfikacji. Taki „indywidualny program terapii” każdego pacjenta składa się z dwóch części tj. ogólnej, takiej samej dla wszystkich pacjentów oraz indywidualnej, która jest dostosowana do osobistych potrzeb pacjenta. Każdy pacjent ma swojego „doradcę” (*counselor* — „konsultant” nazywany w Polsce „instruktorem terapii uzależnień”); towarzyszy on pacjentowi w realizacji całego programu terapeutycznego i spełnia rolę osobistego opiekuna, powiernika, będąc jednocześnie wzorem do naśladowania — ponieważ oryginalnie, w Modelu Minnesota jest to zwykle zdrowiejący alkoholik.

Zajęcia związane z odczytywaniem pisemnych prac zadawanych pacjentom prowadzone są przez „konsultantów” w małych grupach stwarzających korzystne warunki do dzielenia się informacjami zwrotnymi po odczytaniu przez wyznaczonych pacjentów konkretnych zdań pisemnych.

Jak wspomniano, podczas terapii według Modelu Minnesota dużo czasu poświęca się edukacji oraz „oswojeniu” z Programem Dwunastu Kroków. Pacjenci uczestniczą kilka razy w tygodniu w mityngach AA (niektóre odbywają się na terenie placówki i umożliwiają uczestnictwo osób spoza terapii, jak również wszystkich pacjentów i trzeźwiejących terapeutów. W ramach części edukacyjnej, pacjenci otrzymują podstawową literaturę AA.

W Modelu Minnesota lekarz i psycholog są dostępni przez kilka godzin w tygodniu w celach konsultacji w konkretnych sprawach medycznych lub psychologicznych (np. przeprowadzenie określonych badań czy testów) wobec konkretnych pacjentów. Po zakończeniu leczenia w ośrodku stacjonarnym wszystkim zaleca się uczestniczenie mityngach AA (najlepiej na początek 90 mityngów w 90 dni) oraz znalezienie „sponsora”, czyli zaprzyjaźnionego opiekuna w AA w pobliżu miejsca zamieszkania. Wszystkim pacjentom kończącym terapię zaleca się kontynuowanie terapii w warunkach ambulatoryjnych oraz udział w AA, natomiast osobom w trudnej sytuacji mieszkaniowej lub rodzinnej umożliwia się zamieszkanie przez jakiś czas w specjalnym hostelu (*half -way house* - dom w pół drogi), gdzie można w bezpiecznych warunkach uczestniczyć w mityngach AA oraz znaleźć i podjąć pracę. W stanach Zjednoczonych ośrodki takie, zwykle bardzo skromne, prowadzone są przez trzeźwiejących alkoholików; wszystkie prace porządkowe i remontowe, a także aprowizacja i konieczne opłaty należą do obowiązków mieszkańców i są regulowane zależnie od aktualnej możliwości poszczególnych osób.

W Modelu Minnesota przyjmuje się założenie, że uzależnienie od alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych jest chorobą nieuleczalną. Należy to rozumieć tak, że nie ma powrotu do tzw. kontrolowanego picia czy zażywania narkotyków. A zatem leczenie w ramach tego modelu nie prowadzi do wyleczenia, lecz jedynie do zatrzymania rozwoju choroby. W pewnym sensie nie jest to tradycyjnie rozumiane „leczenie”, lecz raczej opieka i doradztwo w radzeniu sobie z chorobą oraz pomoc w przebudowie sposobu życia dzięki uruchomieniu istniejących w człowieku rezerw umożliwiających zmianę odczuwania, przeżywania, reagowania, postępowania itp. Najważniejszym procesem w tym modelu powrotu do zdrowia (mimo nieuleczalnej choroby) jest nabywanie nowych, trzeźwych n a w y k ó w , które z czasem stają się coraz łatwiejszym i nie wzbudzającym ostrego niepokoju, strachu ani bezpośredniego zagrożenia nawrotem choroby. Wynika to nie tylko z zasadniczej zmiany stylu życia i wycofania się z nietrzeźwego środowiska, ale na głębokim poziomie, że zmiany tożsamości (z „osoby pijącej”, na osobę „niepijącą” według analogii, że „osoba paląca” może się stać „osobą niepalącą” itd.). W tej złożonej zmianie osobowej najważniejszą cechą staje się przemiana z kogoś, kto „chce” pić, na kogoś, kto „nie chce” pić. Mimo, że wydaje się to pozornie proste i łatwe, w przypadku zachowań uzależnionych przemiana taka wymaga wielu zmagań, ćwiczeń, reedukacji i uformowania kompletnie nowych nawyków behawioralnych.

W jednym z pierwszych badań oceniających skuteczność różnych podejść terapeutycznych zajmujących się uzależnieniami, a zwłaszcza alkoholizmem stwierdzono, że program leczenia według modelu Minnesota może skutecznie pomagać osobom uzależnionym od alkoholu w zmniejszaniu ilości spożywanego alkoholu i utrzymywać tę redukcję po odbyciu terapii. Badania oceniające skuteczność modelu Minnesota w Ośrodku Hazelden, przeprowadzone na grupie 1083 osób leczonych tam w latach 1989-1991 wykazały, że po upływie jednego roku 53% osób utrzymywało abstynencję, a kolejne 35% znacznie ograniczyło używanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Podkreślały też ważną rolę ciągłości opieki w trybie *aftercare*  (opieka poszpitalna). Opublikowane w 1998 roku badania przeprowadzone na grupie 3018 mężczyzn leczonych wg modelu Minnesota wykazały, że po upływie roku od zakończenia terapii, osoby uczestniczące w grupach pracujących na Programie Dwunastu Kroków miały dłuższą abstynencję i lepsze wskaźniki psychospołeczne w tym pracę, partnerów, przyjaciół oraz mniej problemów prawnych.

Pacjenci uczestniczący po leczeniu stacjonarnym wyłącznie w mityngach AA uzyskali lepsze wyniki niż pacjenci uczestniczący wyłącznie w terapii ambulatoryjnej. We wnioskach podkreślono, że najlepsze wyniki daje połączenie terapii ambulatoryjnej z uczestnictwem w mityngach AA. Z wielu badań naukowych prowadzonych w ostatnich dziesięcioleciach w USA i Europie Zachodniej wynika, że skuteczność terapii może zależeć od tego, na ile przygotowała ona pacjenta do korzystania z grup samopomocowych. Brytyjscy badacze stwierdzili na przykład, że „regularny udział w mityngach AA może być narzędziem utrwalającym korzyści uzyskane podczas terapii”. Uznano więc, że dobrą praktyką są kontakty pomiędzy placówkami terapeutycznymi i okolicznymi grupami AA, w tym zapraszanie na spotkania z pacjentami gości z AA, którzy gotowi byliby stać się „sponsorami” osób kończących terapię.

Uczeni portugalscy zbadali też losy nastolatków-narkomanów (12-18 lat), po 6 i 12 miesiącach od ukończenia lub przerwania leczenia ambulatoryjnego lub stacjonarnego wg modelu Minnesota oraz oczekujących na takie leczenie. Okazało się, że nie zaobserwowano różnic w utrzymywaniu abstynencji między grupą leczonych ambulatoryjnie i stacjonarnie. Nastolatki, które ukończyły program leczenia, 2-3 razy częściej utrzymywały abstynencję. Ci, którzy zgłosili się z powodu uzależnienia od marihuany, przerywając abstynencję zaczynali częściej pić alkohol. Przy tej okazji warto zwrócić uwagę na częste występowanie coraz to nowych uzależnień po osiągnięciu abstynencji dotyczącej wcześniejszego uzależnienia. W takich przypadkach zalecane jest powtórzenie całego programu terapii, a następnie zintensyfikowanie terapii poszpitalnej z naciskiem na zapobieganie nawrotom choroby.

***ad@batory.org.pl***