

Петър Кралев

Моделът „Минесота“. Симбиозата между „Анонимни Алкохолици“ и професионалната психотерапия

Истинските успехи в терапията на алкохолизма започват, когато в процеса на лечението се намесва психологията. Създателите на най-успешните психотерапевтични модели – Дан Андерсън и Албърт Елис – са психолози, разработените от тях подходи се използват и до ден днешен почти във всички стратегии за справяне с проблема – от групите за самопомощ до професионалната психотерапия. Благодарение на това от 60-те години на миналия век до днес успеваемостта в лечението на алкохолизма се е увеличила в пъти. Нещо, за което в България само може да се мечтае.

През втората половина на двадесети век в САЩ много професионалисти, лекари и психолози вече се осъзнава недостатъчната ефективност и не особено резултатност на „Анонимни Алкохолици“ – около 5 % по техни собствени признания - като едва ли не единствена форма, включваща елементи на някаква психотерапия по програма при лечението на алкохолизма. Въпреки че през четиридесетте години на 20 век алкохолизмът още не е обявен за болест, остро се усеща нуждата от професионална работа със засегнатите, от обучение на специалисти, от използване на актуални психологически, психиатрични, дори в някаква степен и педагогически знания. Както и от психотерапевтични умения. Без да се отхвърля изцяло ролята на „Анонимни Алкохолици“ – смеел ли някой да го направи! - дори в някаква форма на сътрудничество с движението, се върви към създаването на нов модел на лечение, който за първи път е изпробван в средата на двадесети век в щата Минесота в САЩ, откъдето остава и названието „Модел „Минесота“¹.

По думите на Джери Спайсър (Jerry Spicer), президентът на фондация „Хейзълдън“, изиграл голяма роля за доразвиването на модела, „Минесота“ започва като социално движение за реформи, които хуманизират лечението на увлечени по алкохола и други наркотици хора и превръщат централите за

терапия от ями на змии в места, където хората могат да съхранят достойнството си ².

"Минесота" не е психотерапевтичен модел. Това е модел на цялостно лечение, започващо със стационарен период, което включва и психотерапия - единственият модел на лечение при стационарни условия, който ще разгледам в тази книга. Правя го заради особената еkleктична форма, в която се преплитат работата на „Анонимни Алкохолици”, професионалната психотерапия и медицината, както и заради това, че точно тук, в по-късните форми на „Минесота”, вече започва работа и на индивидуално ниво с алкохолиците - обръща се внимание на чувствата и емоциите им като част от психичното ниво на болестта, с което трябва се работи. Разбира се, моделът има и два допълнителни периода след приключване на стационарния престой на пациентите, тогава те трябва да доразвият получената през първите седмици основа в групите на "Анонимни Алкохолици", чрез което да стабилизират състоянието си на трезвост.

За родители на „Минесота” се считат трима алкохолици, последователи на движението „Анонимни Алкохолици” - писателя Остин Риплей, адвоката Лин Коноил и един архиепископ в Сейнт Пол, Минеаполис. Те достигнали до оригинална концепция за помощ на свещеници с алкохолен проблем. Само че тогава през 1947 г., нещо не се разбрали за това, какво точно трябва да правят, и без малко да провалят начинанието заради разногласията си ³.

В последствие формулировката „за свещеници” отпаднала. Две години по-късно Ричард Койл Лили, известен в Средния Запад банкер от Center City, финансирал през фондацията си „Койл” с 50 000 долара закупуването на една ферма с 217 акра земя (известна като „Хейзълдън”), гористи местности и голяма къща със 17 стаи, която днес се нарича "Old Lodge” (Старата Къща). Всичко това трябвало да обслужва замисления по-рано център за възстановяване и през 1949 г. било регистрирано като фондация с идеална цел, с име „Хейзълдън” ⁴. За директор бил избран местния говорител на „Анонимни Алкохолици”, участвал и в началния замисъл, Лин Бърнърд Карол. Първият пациент бил приет през пролетта на 1949 г. ⁵

„Хейзълдън” била замислена като болница-корпорация, която да управлява санаториум за възстановяващи се алкохолици. Трябва да се подчертае, че мястото е великолепно избрано – мек климат, чист въздух, хубави големи гори, многобройни езера с огледална повърхност, тишина. Всичко в околността е витално и успокояващо, така съм си представял описаните от Дейвид Торо места край езерото Уолдън.

Първоначалният персонал бил малък – с една медицинска сестра, една прислужничка и охрана за алкохолиците, която да ги пази да не се напият. В последствие Карол се оттеглил, но усилено мислел над това, че освен да намерят условия и среда, при които да останат сухи, на алкохолиците е нужна и определена програма, която да ги образова в основните принципи и философия на „Анонимни Алкохолици”. Мислело се вече и за финансова политика – полици, сметки и пр. Имало много проблеми - парите, заплащани от пациентите, не стигали, а средства от другаде трудно се набирали, програмата не показвала особена ефикасност в този си вид. Банкерът Ричард Лили се разколебал и решил да се оттегли, като продал имота и фондацията на семейство Бътлър, собственици на железодобивни мини от североизточна Минесота. Точно Лорънс Бътлър бил първият пациент в "Хейзълдън", след него брат му Патрик бил лекуван там вече два пъти. Тези двама души и баща им се заели да оправят нещата и да помогнат и на други алкохолици. Съветът на попечителите се реорганизирил и Патрик Бътлър бил избран за негов президент, а жена му се посветила на организацията⁶. Ето и първите принципи, на които се базира работата в Хейзълдън:

- 1. В болницата действа принципа на уважителното отношение, разбирането и приемането на достойнството на всеки пациент.*
- 2. Лечението се основава на програмата на „Анонимни Алкохолици” и процеса на възстановяване се провежда по тази програма.*
- 3. Отъждествяването на пациентите с други алкохолици е важен компонент при преодоляването на зависимостта.*

4. *Прост и най-важен принцип на тази програма – посещаване на ежедневни лекции по анализ на програмата „Дванадесет стъпки” и беседи на пациентите помежду им за принципите и тематиката на групите в АА.*⁷

Така „Анонимни Алкохолици” излизат от съществуването си под форма на групи за самопомощ с централен офис в Ню Йорк и се намесват в юридически регламентираното възстановяване от алкохолизъм под формата на болница и санаториум. Създаден е и клуб на братството (Fellowship club), който освен това предоставя и приют за бездомни алкохолици в Сейнт Пол.

Започва активна дейност, включваща и ограмотяване на работодателите относно вредата от алкохола на работното място, създават се връзки с Йейлския университет, а Патрик Бътлър става член и на Националния Съвет по Алкохолизма в САЩ. Поставят начало и на издателска дейност с откупуването пак от Бътлър на правата за издаване на „Двадесет и четири часа в денонощието”, медитативна програма за алкохолици, което се оказва невероятно печеливш ход, книгата се преиздава и до днес. През 1954 г. Американската Асоциация на Болниците признава алкохолизма за болест и това отваря пътя към използване на нови подходи спрямо хора, които преди това често отказват медицинска помощ.

Новото начало за Хейзълдън е свързано с имената на доктор Нелсън Брадли и психолога Даниел (Дан) Андерсън, които се опитват да променят лечението на алкохолици в държавната болница „Willmar”, определяна за едно от пианските убежища на щата Минесота. *„Тогава – спомня си Дан Андерсън - алкохолиците имаха по-нисък статус от шизофрениците, клептоманите и педофилите”* Патрик Бътлър се свързва с двамата и се опитва да пренесе от там новостите в „Хейзълдън” - така наречения мултидисциплинарен подход, включващ лекари, медицински сестри, психолози, социални работници, духовници и възстановени алкохолици.

Дан Андерсън е поканен за консултант в „Хейзълдън”, но в началото среща твърд и догматичен отпор от групата анонимни алкохолици, занимаваща се с работата в санаториума, които остро възразяват против психологическите

аспекти на програмата, използвана в „Willmar”. След поредица от конфликти Андерсън все пак е избран за вицепрезидент на „Хейзълдън” – в новите времена, след като алкохолизмът е обявен за болест, на фондацията е необходима различен тип легитимация пред обществеността на Сейнт Пол и Минеаполис. Все пак вече започва да става дума и за бизнес. През 1961 г. Дан Андерсън става и президент на фондацията и започва да доразвива там идеите си от „Willmar”, станали известни по-късно като модел „Минесота” – един безкрайно удачен избор на президент, който предопределя доброто бъдеще пред „Хейзълдън”. По-късно през 1980 година той застава в основата на изграждането и на стационарния център за зависими на Бети Форд. Дан Андерсън и доктор Нелсън Брадли добавят още четири точки към първоначалната програма:

5. Общобразователни лекции по проявленията на болестта във всички сфери от живота на човека.

6. Посещение на групи на АА и срещи с представители на съобществото на „Анонимни Алкохолици”.

7. Разработване съвместно с всеки пациент на особеностите в индивидуалния му план за неговото по-нататъшно възстановяване и преодоляване рецидивите на болестта.

*8. Психокорекционни въздействия в малки групи.*⁸

Другото ново, което успяват да направят с помощта на законодателните органи на щата "Минесота", е да осигурят за членовете на екипа – непиещите алкохолици, които идват от АА - платени длъжности като консултанти по алкохолизма, което представлява първия в света опит да се привлекат в терапевтичния процес на една болница хора, които не са медицински лица, и сами са зависими. В лечебния процес програмата „12 & 12” остава водеща. Ето как описва състоянието на нещата по онова време Дан Андерсън:

„До това време главният психологически подход към алкохолизма беше психоаналитичния подход, използващ идеята на Фройд за фиксацията в предгениталния или оралния стадий. ...Обаче психоанализата не помагаше на нашите пациенти алкохолици да оставят пиенето, освен това много от тях

не можеха да си позволят години наред да участват в дълбинна психотерапия. Затова решихме да се съсредоточим на главния проблем, т.е. на алкохолната зависимост. Приехме, че проблемите, свързани с "алкохолната личност" нямат първостепенен характер. Благодарение на непиещи участници в АА, с които много пъти беседвахме, разбрахме, че алкохолизмът е обусловен от много фактори и че следва да го разглеждаме в категориите на физическите, психологическите, социалните и духовните проблеми. Решихме да започнем лечение на алкохолизма, имайки предвид всички тези сфери, и занимавайки се с тях, да се съсредоточим преди всичко на зависимостите." (White, Slaying the Dragon, USA, 1998)⁹



Fellow Ship (Клубът на братството)



Дан Андерсън

И тъй, алкохолизмът вече започва да се разглежда като сложно физиологическо-психическо-социално заболяване. Моделът „Минесота“ се основава на няколко нови важни положения:

- Алкохолизмът за пръв път се третира като **първично психично разстройство**, тъй като то не е проявление или набор от симптоми на друго, съществуващо преди него заболяване, след отстраняването на което престава да съществува. Нито пък е следствие от друго заболяване.

- Алкохолизмът е **хронична, прогресираща болест**, която не възниква по вина на болния.¹⁰ С това се сменя моралната отговорност за появата на заболяването, но не и за оздравяването.

Подходът при лечението задължително трябва да е систематичен и с мултидисциплинарен екип от кадри, в който съществена роля играят обучените специалисти, опиращи се на програмата на „Анонимни Алкохолици” с дългогодишна трезвеност. За добрите резултати е необходимо да се включат и близките на пациента, за които също се твърди, че са засегнати от неговата болест. Тук за първи път е използвано и понятието „съзависимост”, по-късно в Хейзълдън се издават много книги, свързани със съзависимостта, у нас е позната една от тях, превърнала се в бетселър: „Никога повече съзависим” на Мелъди Бийти. *„Съзависим – казва Мелъди Бийти – е онзи, който е позволил да бъде повлиян от поведението на друг човек и е обсебен да контролира поведението на този човек”*¹¹. Съзависимостта е плод на постоянните сътресения в дома на част от алкохолиците – манипулациите, страховете, безкрайните, превърнали се в навик неефекасни опити да им се помогне с грижи, докато пият, с което пък по парадоксален начин се разпъва своего рода чадър над тяхното пиене. Хората, наричани "съзависими" развиват особено чувство за контрол и напрежение, прехвърлящо се и над останалите близки. Интересно е да се отбележи, че често пъти съзависимите хора търсят след развод или раздяла тип партньор, когото да могат да контролират и обгрижват – обикновено човек, склонен към алкохолизъм или със зависимост. Но и това не бива да се абсолютизира, тъй като много хора не развиват съзависимост - все пак и тази черта също предполага склонност към зависимост. Опасността при подобен подход е в това, че етикета „съзависим” обикновено се лепва автоматично върху близкия (съпруг, роднини, деца) на алкохолика, често пъти без изобщо да се провери дали това в действителност е така.

Близките се включват пълноценно в терапията на алкохолиците - под формата на семинари и тренинги понякога участват и цели семейства, които там се учат да комуникират по нов начин помежду си, да изразяват свободно чувствата и емоциите си, без да се обиждат един друг.

Счита се, че първоначалната мотивация на зависимите не влияе на крайния успех. Важно е пациентът да се идентифицира със симптомите на собствената си болест, за да се предизвика у него желание да внесе промени в живота си.

Признава се, че едно от най-важните проявления на болестта е нейното отрицание – и то не само от алкохолици, но и от техни близки, които са съзависими¹². Като най-важна цел се счита дългосрочното, дори доживотно въздържание – не само от алкохол, но и от употреба на каквито и да било психоактивни вещества, тъй като се приема, че контролираното пиене на алкохол е невъзможно при алкохолиците. В тая насока по-късно започва една своеобразна война относно използването на кафето в Хейзълдън - вреди ли то или не вреди на пациентите - която придобива комична известност чрез пресата. Опазването на личното достойнство на всеки пациент в Хейзълдън трябва да се зачита задължително.

Друго ново е индивидуалната работа с алкохолици – в малки групи, но във всяка от тях всеки пациент има свой собствен път за борба с болестта, както и свои собствени способности да избягва и предотвратява срывовете. Това всъщност са местата за същинска психотерапия. В тях се търси откритостта като форма на комуникация, правят се опити пациентите да бъдат поставени в по-тесен контакт със собствените си чувства и потребности, от които те дълго време са се отдалечавали по време на пиенето. В стационарния център за зависими в Розвадов, Полша, където се работи по „Минесота”, присъствах на такъв опит: на един от пациентите там беше поставена за домашна задача да напише писмо до самия себе си, но такъв какъвто е бил на десет години – целта беше да се постави в контакт с една ранна, но здрава част от самия него. На другия ден той прочете това писмо пред друга алкохоличка, която в рамките на психодраматична ситуация играеше ролята на неговото десетгодишно АЗ – нещо което отприщи невероятно количество подтискани емоции – мъка, съжаление за пропилените години, срам, осъзнаване колко много детски мечти са били разрушени от алкохола.

По време на работата в групата се поставят задачи, зависимият с помощта на психолога или терапевта определя насоката на своята индивидуална работа и това се обсъжда всяка седмица, като резултатите от напредъка му се записват. В по-късните години се използват и елементи от рационално-емотивната психотерапия на Албърт Елис, на която ще се спра в следващата

глава. В групата се води и образователна работа със широк спектър от теми, които не касаят само алкохолизма. Предлагам тук един списък с теми и въпроси така, както ги е предложила и Ева Войдилло – Ошатинска в очерка си за полския опит с „Минесота”¹³.

1. Алкохолното семейство (съзависимост, порасналите деца на алкохолици)

2. Интимността и любовта в трезвия живот

3. Поправяне на отношенията с близките хора

4. Връщане на работа (търсене на работа) след лечението

5. „Дванадесет стъпки” във всекидневния живот (HALT)

6. Духовност и трезвеност

7. Как да се справим с трудните емоции (рационално-емотивна терапия)

8. Здрав живот (психическа хигиена, грижа за себе си)

9. Хумор в трезвостта

10. Скръбта след загубата

11. Самосъжалението

12. Срамът и съзнанието за вината

13. Зависимостта от хората

14. Как да се справим с раздразнението и агресията

15. Рецидивите на болестта.

а) Как да ги разпознаваме? б) Стратегии за справяне

16. Очакването като източник на разочарование

17. Опознаване на самия себе си

18. Промяната като процес

19. Съсредоточаване на лечението

20. Груповата терапия

21. Чувства и емоции: как да ги преживяваме

22. Чувството за нашата собствена ценност

Занятията в група се водят от психолог. За да съществува ритмичност в работата, новите пациенти се приемат, когато в дадена група се освободят места. От момента на приема всеки участник е задължен да посещава всички

терапевтични занятия, те се водят ежедневно, включително и в неделя. Изучаването в хода на терапията на дванадесетстъпковата програма на АА и участие в срещите на АА е задължително. Един журналист, посетител на „Хейзълдън“, се впечатлил от това, че на много стени висят надписи *"Тишина! Развива се пета стъпка."*, както и от това, че едно от крилата (единиците) на Хейзълдън носи името на Сам Шумейкър, помощника на Бучман¹⁴.

Според концепцията за алкохолизма на „Минесота“ не е възможно да се оздравее (веднъж алкохолик - цял живот алкохолик), затова се приема, че е възможно само да се задържи развитието на болестта, което съвсем не означава, че засегнатият от нея няма да е в състояние да разгърне своите способности и резерви и да промени поведението, мисленето и възприятието си на реалността. Думата „оздравяване“ се заменя от понятието „възстановяване“ (recovery), използвано от „Анонимни Алкохолици“ в „Голямата Книга“ и емблемата им.



Много от зависимите, водени от страха пред алкохола и наркотиците, от мисълта, че вследствие на доживотната формула за болестта цял живот им предстои да се чувстват застрашени от нея, както и от това, че лечението е недостатъчно като време, се заселват по бреговете на едно от околните на Сейнт Пол езера или някъде наблизо, купуват си места, строят си къщи, започват да работят наоколо. Не знам дали това е добро за един алкохолик - по този начин той се закрепостява и пространствено към болестта си, като скъсва окончателно с предишния си начин на живот. Впрочем тази формула – болест до живот – е оспорвана много сериозно от по-късни познавачи на алкохолизма (професор Вейлант), както и от повечето представители на модерните психотерапевтични направления. Но затова – по-нататък.

Казахме, че алкохолизмът се приема за първична болест, която започва да се разглежда на три нива – биологично, психологично и социално - а акцентът се измества от причините (етиологията) към симптоматиката. Т.е. към безконтролното пиене, поведението, свързано с него, психическите поражения - деформациите в мисленето и нарушената емотивност – както и социалните последици. *„Влияе ни – казва полският специалист по „Минесота” Богдан Воронович – най-близкото семейство, учителя, възпитателя, колегите на работа. От всички тях зависи до голяма степен с какъв багаж на опита и доколко приспособени ще навлезем в зрелия си живот.”*¹⁵ Дан Андерсън казва: *„Нашият девиз стана шегаджийската поговорка: „Не почесвай мястото, което не сърби.” С две думи, в основата се захванахме със зависимите форми на поведение, оставяйки на времето лечението на повече или по-малко дълбоките причини.”*¹⁶ Както се вижда, чиста форма на бихейвиористичен подход.

Стационарната част от лечението по „Минесота” протича в рамките на четири седмици, 28 дни – има един симпатичен филм със Сандра Блок с такова заглавие. Тя включва и детокс, по време на който е допустимо използването на либриум – след комичната война против кафето в Хейзълдън и либерализирането на политиката му.¹⁷ (И въпреки програмната декларация за въздържане от психоактивни вещества). Редовно се провеждат срещи между пациентите и консултантите от АА с психиатри. Цената за тоя престой към 2000 година е 15 000 долара. В този контекст нека споменем нещо важно: на Бродли и Андерсън се удава да привлекат капитали и да финансират програмата, използвайки средства от медицински застраховки – компаниите отпускат пари точно за толкова време: четири седмици. Мисля, че това е смешно малък срок. Днес сред спонсорите на Хейзълдън са такива компании и банки като I.T.T. CBS и Goldman, Sachs. Само издателската дейност носи на по-късен етап по 20 милиона долара печалби годишно на фондацията. От 1949 г. до 1997 г. през Хейзълдън преминават около 100 000 души с различни форми на зависимост - от алкохолизъм до наркотици и поведение, зависимо от хазарта, секса и свръхконсумацията на храна.

Споменах, че за финал на лечението е приета формулата на "Анонимни Алкохолици" „възстановяване от алкохолизма”, а не „излекуване”, т.е. говори се за възстановени, а не за излекувани алкохолици, така както е записано в Big Book и в емблемата на АА (recovery), което новите терапевтични движения също оспорват и считат за ненаучно. Подобна идея - за възстановяване, а не за излекуване - се поддържа и от Богдан Воронович, който постави началото на "Минесота" и в Полша, в Центъра за лечение на зависимости към Института по психиатрия и неврология във Варшава, само че в стационарен период от шест седмици.

След стационарния период започва втората, амбулаторна част от лечението, която е поддържаща, самообразоваща и продължава до една година, тя включва посещение на групи и срещи на „Анонимни Алкохолици”, системни консултации за обратна връзка с водещия психолог или терапевт от Хейзълдън. Съществува и възможност човекът със зависимост да остане в Сейнт Пол и да посещава срещу заплащане клуба на братството, за да продължи да работи там по програмата на АА, като се установи някъде около Хейзълдън – за тая цел фондацията купува и хотел недалече от центъра.

Хейзълдън отваря свои дневни стационари, които работят по сходен начин и в други градове – Чикаго, Ню Йорк и West Palm Beach. Постепенно програмата се превръща в главна основа за възстановяване от всякакъв род зависимости в САЩ. Дълбоко в себе си обаче дълго време центровете, работещи по нея, страдат от същите недостатъци, каквито и клубовете на АА – липса на прозрачност, липса на изследвания относно успеваемостта, липса на клинични трудове. Това, заедно с натиска и недоволството от страна на застрахователните компании, които влагат огромни средства, без да получават кой знае колко надеждни данни за успеваемостта на лечението, става причина през 90-те години на миналия век много от стационарните центрове в САЩ, работещи по „Минесота”, да бъдат затворени, въпреки че програмата и Хейзълдън имат лоби дори в сената. Аргумент били и недотам добрите им резултати. „Огромните цени, които се плащат за този тип възстановяване, са престъпление” – заявява доктор Дейвид Люис, завеждащ Центъра за

изследвания върху алкохола и зависимостите към университета „Браун“¹⁸. Има и друг тип критики към минесотския модел – Christopher Cook (1986) се спира на „изчерпващата догматична идеология“ на модела „Минесота“¹⁹, което също се подлага на критика. Има пациенти, които възразяват и се съпротивляват на религиозно-духовната страна на програмата и вследствие на конфликта по тези въпроси с консултантите от АА били обвинявани и в съпротива към самото лечение, макар че съпротива е единствено към участие в АА. *„Ако имаш психика на победител след успешен бизнес трудно можеш да приемеш безсилието като опорна точка за възстановяването си - казва още д-р Дейвид Люис“²⁰. – Не мога да си представя Тед Търнър да го направи.“* Отчасти в тази реакция се крият причините и за възникването на новите, алтернативни групи за самопомощ като „Smart Recovery“ и „SOS“²¹. Друг често срещан конфликт е между частта от екипа, включваща психолози и лекари от една страна, и консултантите на АА от друга, които не винаги били на ниво и не винаги достатъчно образовани за подобен тип работа. Има и още един голям проблем, който се отбелязва в изследванията на Питър Хийдън (Peter Hayden), директор на рехабилитационен център по „Минесота“ за афро-американци пак в Сейнт Пол. Според него афро-американците, индианците и други цветнокожи групи в САЩ отхвърлят изобщо работата по програмата на АА¹⁰⁰. Но въпреки това моделът "Минесота" остава популярен в САЩ.

Първите научни клинични проучвания над този модел, както и на динамиката на болестта при отделни зависими, вече след сериозен обществен натиск, особено от страна на застрахователите, започват да се правят в началото на деветдесетте години на миналия век. Според едно от тях 14 % пациенти, преминали курс по „Минесота“, остават трезви до една година, 26.3 % от въздържалите се от рецидив при завършването на последната трета част от лечението успяват да останат трезви и повече от една година²².

Съществува едно любопитно изследване²³ от 1991, 1997, позволяващо оценяването на ефективността при различните модели за справяне: 1/ хоспитализация в стационар по „Минесота“; 2/ посещение на „Анонимни Алкохолици“; 3/ други методи, неизползващи програмата на АА. Най-

значително подобрене и най-дълга ремисия имат алкохолиците, преминали курс по „Минесота” (23 %), а най-ниско – тези, избрали само посещаване на АА групи. Според полския екип, работещ по „Минесота” в стационарния център на Розвадов, тяхната успеваемост е около 20 %, на работата по „Минесота” в Розвадов съм се спрял в последната глава на това изследване.

Необходимо е да кажем нещо и за руския опит при въвеждането на „Минесота” в лечението на алкохолици, предимно в наркологическите отделения на страна. В началото всичко в Москва започва обнадеждаващо и с голям ентузиазъм, но впоследствие около 2000 година се появяват ред проблеми, свързани с организацията и методологията, по които става внедряването на програмата на „Анонимни Алкохолици” „12 & 12” - самите те почти я провалят. Няма никакви ясни критерии по отношение на образователното ниво и практическите умения на възстановените алкохолици от АА, които се използвали като консултанти. Не била ясна сферата на взаимодействие с тях от една страна, както и начина, по който да се адаптира програмата „Дванадесет Стъпки” към болничното лечение. А от друга страна, работейки с пациенти по програмата, „кадрите” на АА саботирали открито работата на останалата част от екипа. Не са били определени рамките на образователния материал, нямало рамкови регламенти между формите на стационарните структури и амбулаторните групи на "Анонимни Алкохолици". Всичко това снижава резултатността на лечението, вместо помощ се предлага някаква самодейност на ниско ниво, без никаква терапевтична логика, което води до спад в доверието към тази – по думите на авторите – „комерсиална програма”, което пък довежда до съкращение на персонал, леглова база и изобщо на центрове, където се експериментира с „Минесота”²⁴. В момента се експериментира с нов, близък до „Минесота” модел, който също се опитва да работи с трезви алкохолици от АА под названието „Програма "Решение"”²⁵, който обаче не е предмет на разработката ми.

Може би в края е важно да изложа и моето мнение по темата за модела „Минесота”. Безспорно, важно е да се използва опита на групите за самопомощ в рамките на едно стационарно лечение, което включва и специалисти от областта на психологията, медицината и социалното дело. Най-малкото алкохолици-консултанти с многогодишна трезвеност биха били ценен пример за хората със зависимост и с все още непреодолян проблем, че все пак възстановяването е възможно. Те могат да допринесат много и със споделянето на собствен опит. Самата статистика показва, че успеваемостта, когато се работи професионално, в сътрудничество с групи за самопомощ, е много по-голяма. От друга страна пък без образователен ценз, без лицензирането им като консултанти или психотерапевти, което в България на този етап е невъзможно, без ясно ограничаване на правомощията им, без ясен регламент на взаимоотношенията с останалата част на екипа, при всички случаи ще се стигне до посочените по-горе конфликти – самата програма „Дванадесет стъпки – Дванадесет традиции” го съдържа като възможност в себе си. Познавам лично хора, чието състояние рязко се е влошавало заради това, че се отказват под въздействие на стъпковата програма да употребяват лекарства или заради това че се е увеличило недоверието им към всеки професионалист, който не е алкохолик. Съвсем реалистично е предположението, че привържениците на АА ще се опитат да се конфронтират с хората на лечение, които не приемат понятието "висша сила", останалите постулати на движението и определенията за алкохолизма отпреди 75 години в „Голямата Книга”.

От друга страна не е маловажен опитът и на хора, които по друг начин, без помощта на АА успяват да запазят трезвеността си – например познавачи на рационално-емотивната терапия на Елис, хора които с помощта на психиатър, на психотерапевт или след прекарано лечение в терапевтична общност у нас или в чужбина също са придобили опит и имат дълга ремисия. Ако единствените алкохолици, които ще имат достъп до болниците, бъдат представители на „Анонимни Алкохолици”, това не вешае нищо добро. Отдавна центрите в Хезълдън и на други места в САЩ, които работят по

„Минесота” са се превърнали в своеобразни канали, по които в групите на „Анонимни Алкохолици” се излива значителна членска маса – би следвало от предишната ми глава да е станало ясно защо. Много хора, работещи със зависимости в САЩ се противопоставят енергично на това. А освен всичко друго все пак живеем в различна в културно отношение страна, където проблемът с алкохолизма е доста по-малък, пък и коренно различен.

Използвани източници и обяснителни бележки

1. Татьяна Ковалева, Дариуш Сковроньский, „Атлантис”, Stefan Batory Foundation, гл. "Минесота", автор Ева Войдилло - Ошатинска, стр. 148. (Това изследване, което ще цитирам на още няколко места, няма официално издание с ISBN, то е предназначено само за специалисти, на които фондация „Стефан Батори” го предоставя разпечатано за работата им.)

2. Eric Newhouse, „Minnesota facility has good success rate”

<http://www.gannett.com/go/difference/greatfalls/pages/part12/success.html>

3. “Hazelden Foundation, Company History”

<http://www.fundinguniverse.com/company-histories/Hazelden-Foundation-Company-History.html>

4. "Hazelden Foundation, A.A., the Bedrock of Hazelden Foundation: 1940s--50s”

<http://www.fundinguniverse.com/company-histories/Hazelden-Foundation-Company-History.html>

5. „Стационарная программа психотерапии и реабилитации больны алкохолизма и наркомании”. „Програма „Решение”, теория и практика” Батищев В.В., Батищева Н.В., Гл. 1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН „12 шагов”, Миннесотская модель”, стр.27

http://www.economy.gov.ru/social_develop/Applications/6.3/6.3.2.doc

6. "Hazelden Foundation, A.A., the Bedrock of Hazelden Foundation: 1940s--50s”

<http://www.fundinguniverse.com/company-histories/Hazelden-Foundation-Company-History.html>

7. „Стационарная программа психотерапии и реабилитации больны алкоголизма и наркомании“. „Програма „Решение“, теория и практика” Батищев В.В., Батищева Н.В., Гл. 1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН „12 шагов”, Миннесотская модель”, стр.28

http://www.economy.gov.ru/social_develop/Applications/6.3/6.3.2.doc

8. Пак там

9. Татьяна Ковалева, Дариуш Сковроньский, „Атлантис”, Stefan Batory Foundation, гл. "Минесота", автор Ева Войдилло - Ошатинска, стр. 149-156

10. Богдан Воронович, „Зависимость от алкоголя как болезнь, которую можно лечить”

http://health.osf.lt/en/archive/2001/Alcohol_October/Russian/woronowicz_treatable_ru.htm

11. Мельди Бийти, „Никога повече съзависим”, изд. „Кибеа”, 2004, гл. „Отделяне”, стр. 85-87

12. Богдан Воронович, „Зависимость от алкоголя как болезнь, которую можно лечить”

http://health.osf.lt/en/archive/2001/Alcohol_October/Russian/woronowicz_treatable_ru.htm

13. Татьяна Ковалева, Дариуш Сковроньский, „Атлантис”, Stefan Batory Foundation, гл. "Минесота", автор Ева Войдилло - Ошатинска, стр. 149-156

14. David Samuels, "Saying Yes to Drug”

<http://alcoholismagain.com/library/drugs.html>

15. Богдан Воронович, „Зависимость от алкоголя как болезнь, которую можно лечить”

16. Татьяна Ковалева, Дариуш Сковроньский, „Атлантис”, Stefan Batory Foundation, гл. "Минесота", автор Ева Войдилло - Ошатинска, стр. 149-156

17. David Samuels, "Saying Yes to Drug”

<http://alcoholismagain.com/library/drugs.html>

18. Пак там.

19. Роджер Д. Вейс (Roger Weiss), „Стационарное лечение”

http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/23drugusers.php

20. David Samuels, "Saying Yes to Drug”

<http://alcoholismagain.com/library/drugs.html>

21. Роджер Д. Вейс (Roger Weiss), „Стационарное лечение”

http://www.afew.org/russian/drugusers_articles/23drugusers.php

22. David Samuels, "Saying Yes to Drug”

<http://alcoholismagain.com/library/drugs.html>

23. „Стационарная программа психотерапии и реабилитации больны алкоголизм и наркомании”. „Програма „Решение”, теория и практика” Батищев в.в., Батищева Н.В., Гл. 1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН „12 шагов”, Миннесотская модель”, стр. 33

http://www.economy.gov.ru/social_develop/Applications/6.3/6.3.2.doc

24. D. C. Walsh, по Батищев – Батищева, „Стационарная программа психотерапии и реабилитации больны алкоголизма и наркомании”. „Програма „Решение”, теория и практика” Гл. 1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН „12 шагов”, Миннесотская модель”, стр. 33-34

http://www.economy.gov.ru/social_develop/Applications/6.3/6.3.2.doc

25. „Стационарная программа психотерапии и реабилитации больны алкоголизма и наркомании”. „Програма „Решение”, теория и практика” Батищев В.В., Батищева Н.В., Гл. 1.5.2. Лечебные стационарные программы, основанные на методологии сообщества АА/АН „12 шагов”, Миннесотская модель”, стр. 1-2.

http://www.economy.gov.ru/social_develop/Applications/6.3/6.3.2.doc

