

Modelul Minnesota

- abordarea bio-psiho-socio-spirituală) în recuperarea din dependența de alcool –

asistent social / master în consiliere și psihoterapie și consilier în adicții, **Nicoleta Amariei**



Fără îndoială, “căminul” programelor de recuperare din adicții și cercetării științifice în domeniu îl reprezintă Statele Unite. Acesta a fost spațiul în care în anii 1930, în orașelul Akron, Ohio, ‘au apărut’ primii *Alcoolici Anonimi (A.A.)*, cei care aveau să pună bazele unui fenomen și program unic în istoria omenirii – recuperarea pe baza celor 12 Pași (Anexa 4). Prin întâlnirea dintre doi alcoolici care se luptau cu alcoolismul de ani de zile, Bill W., un agent de bursă și dr. Bob, un chirurg, avea să ia ființă o comunitate în care astăzi, conform datelor furnizate de A.A. General Service Office din New York, își mențin abținerea de la alcool peste 2 milioane de alcoolici în 98.000 de grupuri din 150 de țări (Alcoolicii Anonimi, 2000). Însă, datorită specificului comunității (respectarea anonimului, participarea la ședințele de grup doar atunci când cineva simte nevoia, lipsa unui sistem de monitorizare a prezenței și de evaluare a abținerei etc.), nu există cercetări acurate care să indice procentul celor care își păstrează abținerea frecventând AA-ul. Un studiu al lui Ouimette, Finney și Moss (1997, după Barlow & Durand, 2002) arătau că cei care participă la AA și urmează programul acestora obțin rezultate similare cu cei care urmează un tratament cognitiv-comportamental. Modelul celor 12 Pași a fost mai apoi extins pentru a-i sprijini pe cei ce se luptau cu dependența de alte droguri sau comportamente (de ex., Narcoticii Anonimi, Heroinomanii / Cocainomanii Anonimi, Dependenții de Sex și Dragoste Anonimi, Jucătorii de noroc Anonimi ș.a.m.d.), dar și pentru a-i sprijini pe familia, prietenii, colegii și, nu în ultimul rând, pe consilierii¹ acestora (de ex., Grupul de Servicii Familiale Al-Anon, vezi Anexa 5 pentru o prezentare a programului lor).

Alcoolicii Anonimi, care primeau în 1951 premiul Lasker din partea Asociației Americane pentru Sănătate Publică, au reușit ca într-o perioadă relativ scurtă (cca. 15 ani) să readucă problema alcoolismului în atenția comunității medicale, publicului și, nu în ultimul rând, al politicienilor (să nu uităm că AA-ul a apărut în perioada de după actul Volstead care a instaurat în SUA prohibiția dintre 1919-1932). Astfel, în anii 1940, în Minnesota, plecând de la alcoolicii care ‘faceau Pasul 12’ (înceau să transmită mesajul recuperării din alcoolism altor alcoolici suferinzi din spitale, azile sau penitenciare, aflați în îngrijirea familiei sau a preoților sau măicuțelor) s-a dezvoltat așa-numitul ‘Model Minnesota’. Acesta avea să devină, mai apoi, un

¹ Personal, recomand și susțin necesitatea ca toți consilierii și profesioniștii din domeniul recuperării în adicții (și nu numai) să se afilieze unei rețele de sprijin reciproc și/sau să mențină legătura cu un supervisor.

“*model model*” și să stea la baza a 95% dintre centrele de tratament pentru dependența de substanțe (Veach et al., 2000). “Celulele de bază” au fost un program de stat din cadrul unui spital - Wilmar - și unul privat – Hazelden (pentru o descriere mai detaliată a începuturilor acestui centru, vezi Woydyłło, 1997). A urmat, apoi, primul program de zi adresat alcoolicii la Veterans Administration Hospital din Minneapolis.

În acea perioadă, abordarea Minnesota presupunea de cele mai multe ori un centru rezidențial care oferea consiliere de grup, educație despre conceptul de boală al alcoolismului și participarea activă la un grup de ajutor mutual (inițial, AA). În anii '80, centrele rezidențiale au început să fie înlocuite cu programe ambulatorii intensive care utilizau aceeași abordare și care demonstau o eficiență compatibilă cu a primelor în ce privește menținerea abstenenței (Veach et al., 2000). Față de primul tip de program, acestea le oferă clienților posibilitatea de a rămâne acasă și de a-și păstra locul de muncă. Astfel, există posibilitatea de a aplica și testa în viața reală, cu familia, prietenii și colegii lor, lucrurile învățate și abilitățile dobândite în cadrul tratamentului.

Pentru tratamentul în regim ambulatoriu intensiv, durata acestuia e de cca. 3 luni (12 săptămâni) cu o frecvență a grupurilor de 3 – 4 / săptămână și cu o durată de 3-4 ore per ședință de grup. Pentru programele ambulatorii non-intensive durata e tot de 12 săptămâni, dar cu o frecvență a grupurilor de 2 ori pe săptămână și ședințe de doar 2 ore. Într-un studiu privind factorii ce influențează finalizarea programului de tratament, Veach et al. (2000) susțineau că cei care rămân pentru o perioadă mai lungă de timp în tratament au rezultate mai bune pe termen lung.

Frances și Miller (1991) oferă o sinteză a caracteristicilor modelului, listă pe care o consider a fi mai degrabă specifică perioadei de început a acestuia, și mai puțin perioadei actuale: o perioadă de tratament rezidențial sau spitalizat cu o durată ce varia între câteva săptămâni și câteva luni (durata specifică în prezent este cea de 28 de zile); focalizarea asupra dependenței de substanțe, cu includerea minimă sau deloc a evaluării situației din punct de vedere psihiatric sau social; accentul masiv asupra conceptelor, resurselor și principiilor Alcoolicilor Anonimi (Pași, sloganuri etc.); absența sau prezența minimală a terapiei sau consilierii familiei (deși exista o anumită orientare a familiei către principiile AA sau Al-Anon); atitudine negativă față de psihoterapie și farmacoterapie pentru dependență sau pentru o afecțiune psihiatrică asociată.

Toate acestea au atras după sine o atitudine mai rezervată din partea profesioniștilor din domeniul psihiatriei și a psihologiei, și mai puțin a medicilor, rezervă care, parțial, a rămas actuală și în prezent, în ciuda modificărilor survenite de atunci.

I. În cadrul conferinței internaționale „Modelul Minnesota” desfășurată în septembrie 2004 la Konstancin, Polonia, Ewa Woydyłło, *directoarea Drug and Education Department a Open Society Foundation*, Varșovia, oferea o imagine actualizată a ce înseamnă astăzi Modelul Minnesota.

1. Conceptul de boală al adicției

Dependența față de o substanță este văzută ca o boală tratabilă (conform atitudinii Organizației Mondiale a Sănătății începând din 1956). Perspectiva asupra bolii nu este însă una oarecare, ci una integrativă: alcoolismul este o afecțiune bio-psiho-socio-spirituală care solicită o intervenție la nivel bio-psiho-socio-spiritual. Dacă în ce privește trăsăturile bolii, majoritatea profesioniștilor nu le neagă (oricine poate recunoaște faptul că abuzul și dependența de alcool

afectează omul în toate domeniile vieții lui, inclusiv cel al valorilor și relației cu Divinitatea), atitudinea e diferită față de cea de-a patra componentă a intervenției, cea spirituală (vezi în continuare discuția despre cei 12 pași). De cele mai multe ori, însă, aceasta e confundată cu intervenția religioasă, cu încercările de evanghelizare sau convertire care, trebuie să recunoaștem, au existat și continuă să existe peste tot în lume. Cea mai mare parte a bisericilor de toate confesiunile au astăzi linii de misiune pentru sprijinirea alcoolicilor, sprijin care e puternic marcat de principiile și credințele religioase fiecăreia dintre acestea; de ex., Biserica Catolică din SUA are un program adresat alcoolicilor din biserica sa (acest program include și susține participarea la grupurile de suport ale Alcoolicilor Anonimi). În Cluj-Napoca funcționează Programul Bonus Pastor din cadrul Bisericii Reformate, program care se bazează în mare măsură pe metode de studiu biblic și care se adresează doar vorbitorilor de limbă maghiară (deși, în principiu, oricine e binevenit).

Un alt aspect asupra căruia se pune accentul este caracterul primar (dependența este o boală în sine, nu rezultatul unei probleme sociale sau emoționale, prin urmare intervenția la nivel simptomatic (fie el medical, psihologic, social sau religios) nu are sorți de izbândă); progresiv (atât simptomele bolii, cât și problemele asociate se vor agrava atât timp cât consumul de alcool va continua – prin urmare, singura soluție o reprezintă abstinerea totală / regimul de la alcool); cronic (odată ce s-a trecut ‘granița’ spre dependență, consumul social de alcool nu mai reprezintă o opțiune pentru persoana în cauză, vindecarea definitivă a bolii nefiind posibilă, ci doar stoparea evoluției ei); fatal (în cazul în care nu este tratată, boala va provoca sau va grăbi decesul persoanei dependente, deși de cele mai multe ori, cauza morții specificată în certificatul de deces va fi cu siguranță alta – de ex., stop cardiac, criză convulsivă, ciroză etc.). Deși se bazează pe ideea de abstinere totală pentru persoanele alcoolice (lucru perceput de mulți ca fiind extrem de radical, de vreme ce alcoolul face parte din viața noastră de mii de ani), abordarea Minnesota nu adoptă o poziție ‘anti-alcoolică’, ci încurajează doar un consum rațional de alcool. Conform unei zicale a Alcoolicilor Anonimi, ‘*un castravete murat nu mai poate redeveni castravete proaspăt*’ (Alcoolicii Anonimi, 1998, p. 22).

În ciuda unor critici la adresa validității conceptului de boală al alcoolismului, acesta are o ‘importanță ideologică’ (Cook, 1988), are valoare de conceptualizare, de ‘mit terapeutic’, prin urmare nu trebuie neapărat să fie adevărat pentru a fi funcțional. În mod paradoxal, însă, în forma în care e promovat de Modelul Minnesota el încurajează asumarea responsabilității de către alcoolic față de propria recuperare.

2. Echipa multi-disciplinară

Serviciile de consiliere sunt oferite de o echipă multi-disciplinară care încearcă să acopere ideologia de bază a programului, respectiv a alcoolismului văzut ca boală bio-psiho-socio-spirituală. Astfel, această echipă include (funcție de caracterul rezidențial sau ambulatoriu) un număr de profesioniști care, în ciuda specializărilor diferite, au cu toții o formare comună în domeniul recuperării din adicției prin prisma Modelului Minnesota. E important ca toți angajații programului (nu doar cei din echipa terapeutică, ci și personalul administrativ) să fie congruenți în atitudinile și mesajele oferite clienților.

Woydyłło (1997) descrie pe scurt rolul profesioniștilor din această echipă multi-disciplinară raportat la un program rezidențial. Astfel, personalul medical se ocupă de admiterea noilor pacienți în centru (fiecare dintre aceștia trebuind să stea 24 de ore sub observație în secția de

dezintoxicare), precum și de eventualele probleme de urgență medicală apărute pe parcursul rezidenței. Psihiatrul și psihologul fac testări de specialitate pentru fiecare nou venit în centru, urmând ca primul dintre ei să servească mai apoi doar ca și consultant, farmacoterapia fiind acceptată în aceste centre doar în cazurile în care este întemeiată; psihologul, în schimb, continuă să lucreze cu pacienții asupra problemelor emoționale, inter-personale ale acestora (inclusiv consiliere familială), să faciliteze ventilarea sentimentelor și atunci când e cazul, să facă recomandări privind continuarea consilierii psihologice după plecarea din centru. Consilierul spiritual (de multe ori, un preot, teolog sau monah) își oferă sprijinul în reconcilierea persoanei cu lumea, în revenirea la sistemul de valori ales și în a face față resentimentelor, neputinței de a se ierta pe sine și pe ceilalți, vinovăției extreme – după cum îmi spunea un fost client, ‘în lupta de a se recuceri pe sine’.

Un alt element specific îl reprezintă ‘consilierul de egali’, acea persoană care are în același timp o pregătire de specialitate în domeniu, dar și experiență personală în lupta cu dependența de alcool (cu o perioadă de abținere ce variază între 1 an în România și 4-8 ani în programe din SUA, Franța, Australia). Ceea ce unii numesc ‘ex-alcoolici’ sau ‘foști alcoolici’ (formulări neacceptate nici de Modelul Minnesota, nici de Alcoolicii Anonimi datorită accepțiunii alcoolismului ca boală cronică), sunt numiți aici ‘alcoolici abștinenți’ sau ‘în recuperare’. Blume (după Cook, 1988) analizează importanța acestor consilieri în programele de recuperare, menționând oferirea unui ‘exemplu viu’ că există speranță și a unui model de urmat, faptul că ‘vorbesec aceeași limbă’; sunt mai puțin dispuși spre atitudini critice, sunt mai greu de minșit și înșelat (nimeni nu poate ‘citi’ mai bine un alcoolic decât un alcoolic) și, nu în ultimul rând, au o bună înțelegere asupra programului AA și o experiență personală în a face față problemelor cotidiene fără a consuma alcool, într-o ‘cultură a consumului de alcool’.

3. Utilizarea unei adaptări clinice a celor 12 Pași

Cei 12 Pași ai Alcoolicilor Anonimi sunt prezentați în detaliu în Alcoolicii Anonimi (1994), prima carte a comunității tradusă și publicată în limba română. Acești Pași reprezintă, de fapt, un set de principii spirituale universale acceptate, “simple adevăruri spirituale” (Webb, p. 58). În consiliere, însă, aceste principii iau forma unor caiete de lucru, a unor instrumente care îi ajută pe clienți să își exploreze problema cu alcoolul și care conturează un program de recuperare, o structură pe baza căreia se realizează schimbarea necesară. Pe lângă faptul că a fost primul centru privat de tratament al alcoolismului, Hazelden reprezintă astăzi și cea mai importantă editură² pentru literatura și instrumentele de lucru utilizate în recuperarea din adicții.

Primul pas e menit să îl ajute pe alcoolic să admită ‘în cunoștință de cauză’, cu mintea și cu sufletul faptul că, într-adevăr, are o problemă cu alcoolul, că acesta a preluat controlul asupra întregii sale vieți. E ca și cum alcoolicul e invitat să ‘își pună singur diagnosticul’, să își recunoască neputința și eșecul în a-și controla băutul; până la urmă, toți medicii din lume ar putea să facă acest lucru, însă dacă el nu acceptă diagnosticul, nu se vor schimba prea multe. Se face apel la onestitate față de ceilalți, dar în primul rând față de propria persoană pentru ca recuperarea să poată începe. Următorii doi pași sunt cei care deschid calea către soluție: să admiți că ai nevoie de ajutor din afară (pasul folosește expresia de Putere Superioară, însă pentru

² Hazelden Educational Materials, Pleasant Valley Road, P.O. Box 176, Center City MN 55012-0176; Hazelden Europe, P.O. Box 616, Cork, Ireland

un ateu această putere poate fi reprezentată și de grupul format din alți alcoolici care încearcă să își păstreze și ei abținerea față de alcool) și să iei decizia de a accepta acel ajutor. Nefiind un program religios, Dumnezeu nu e definit conform unei credințe anume, fapt ce face ca programul să fie mai greu acceptat de anumite biserici tradiționale. Sunt primii pași care încearcă să mute centrul importanței de pe alcoolic pe o altă ‘putere’ – pașii reconcilierii cu Dumnezeu; ego-centrismul, aroganța și grandomania alcoolicului obișnuit sunt puse cu adevărat la încercare și sunt mulți cei care insistă că prin ‘ambție și disciplină’ vor reuși să bea controlat. Următorii pași pot fi grupați, funcție de focusul pe care îl au. Pașii 4, 5, 6 și 7 – pașii reconcilierii cu propria persoană - au scopul de a-l ajuta pe alcoolic să își facă ‘un inventar amănunțit al propriei persoane’ pentru a-și identifica principalele defecte de caracter (și calități), iar mai apoi să le recunoască în fața propriei persoane (de multe ori, în fața oglinzii), să le împărtășească lui Dumnezeu (Puterii sale Superioare, așa cum a fost ea definită în pașii anteriori) și unei alte ființe umane (care trebuie să fie în viață și în aceeași cameră și să vorbească aceeași limbă). Urmează decizia de a renunța la acele defecte de caracter și solicitarea ajutorului Puterii Superioare pentru îndepărtarea acestora. Pașii 8 și 9 – pașii reconcilierii cu ceilalți – încurajează realizarea unei liste cu toate persoanele cărora le-am pricinuit vreun rău, într-un fel sau altul și încercarea de reparare a acestor greșeli. Pașii de menținere (10, 11 și 12) presupun monitorizarea propriilor acțiuni și sentimente (foarte multe programe utilizează pentru aceasta tehnici și instrumente ale terapiei rațional-emoțională), menținerea contactului cu Puterea Superioară, transmiterea mesajului recuperării către alcoolici activi (care continuă să bea) și, nu în ultimul rând, continuarea și extinderea procesului de dezvoltare personală la toate celelalte domenii ale vieții.

În programele de consiliere se lucrează (se citesc anumite materiale, se completează niște ghizi de lucru și se prezintă în grup), de obicei, primii 5 pași, urmând ca ceilalți să fie lucrați în Alcoolicii Anonimi cu sprijinul nașului (un membru mai vechi, cu experiență în program și cu o perioadă mai lungă de abținere).

4. Accentul pe grup / comunitate, nu pe individual

Cea mai mare parte a activităților derulate în cadrul programelor au loc în cadrul așa-numitelor ‘grupuri mici’ (cca. 8-12 persoane) și care iau diferite forme: educaționale (în care unul dintre consilieri sau un invitat face o prezentare pe o anumită temă legată de recuperare); de rezolvare a problemelor; de prezentare a sarcinilor și ‘temelor de casă’ individuale, de explorare a sentimentelor (process group), de prevenire a recăderii, recreaționale etc. În anumite situații, mai ales în centrele rezidențiale, există ‘echipe de doi’ (Woydyłło, 1997) menite să pună în legătură un client care are o anumită problemă cu un altul care s-a confruntat la un moment dat în viața sa cu o situație similară (de ex., dificultatea de a cere și accepta ajutorul unei alte persoane).

Grupurile au un caracter continuu în sensul că includ în același timp clienți mai vechi și clienți mai noi, facilitând astfel schimbul de experiență și oferirea unor modele de recuperare.

5. Consilierea individuală

Deși grupul e extrem de important, și *consilierea individuală* e inclusă în vederea evaluării clientului, a planificării tratamentului și a adaptării lui pentru fiecare client în parte, pentru monitorizarea evoluției. Fiecare client are un manager de caz care e responsabil de întocmirea

și punerea în aplicare a planului de tratament realizat pe baza evaluărilor multi-disciplinare, deși această responsabilitate e una distribuită la nivelul întregii echipe. Planurile de tratament au fost introduse pentru a-i ghida pe consilieri în oferirea serviciilor adecvate fiecărui client și trebuie încheiate (funcție de manualul de politici și proceduri al fiecărei instituții) în termen de maxim 10 zile după admiterea în program. Problemele identificate și obiectivele stabilite în planul de tratament se concentrează în special asupra celor relaționate direct consumului de alcool și sunt reevaluate periodic (săptămânal / bi-lunar / lunar, funcție de tipul programului și de evoluția clientului). Se pare că cei ai căror plan de tratament conține un număr mai mare de probleme identificate au șanse mai mari să își finalizeze tratamentul decât cei cu mai puține probleme listate în plan (Veach et al., 2000).

6. Consilierea familiei

Sub sloganul “Tu nu l-ai făcut să bea și tu nu îl poți opri să nu bea”, *familia* este și ea implicată în procesul de recuperare, dincolo doar de a o ajuta să îl înțeleagă mai bine pe alcoolic (vezi capitolul ‘Pentru soțiile alcoolice’ din Alcoolicii Anonimi, 2000). Fie că aceasta se desfășoară într-o secție special adresată familiei într-un ‘centru al familiei’ (în centrul Hazelden, MI), într-o ‘săptămână a familiei’ (în centrul Valley Hope, OK) sau într-un program de consiliere adresat membrilor familiei (de obicei, în cazul programelor ambulatorii), procesul de recuperare al familiei are drept obiectiv educarea acesteia cu privire la ce înseamnă boala de familie a alcoolismului, rolurile, comportamentele dezadaptative și mecanismele defensive utilizate pentru a face față alcoolismului unei alte persoane, depășirea izolării și diminuarea stigmatizării de a fi soțul, soția, copilul sau părintele unui alcoolic, identificarea și realizarea propriilor nevoi, pe scurt, recuperarea propriei persoane indiferent de ce face sau nu face alcoolicul din familie. În cazul în care și alcoolicul este în abstenență, consilierea familiei e necesară pentru redefinirea rolurilor și a relației, ventilarea sentimentelor, luarea deciziilor comune privind viața de familie de acum înainte, aspecte extrem de necesare pentru menținerea și calitatea abstenenței abia câștigate.

7. Utilizarea resurselor comunitare

După cum am menționat deja pe parcursul acestei lucrări, utilizarea resurselor comunitare pentru menținerea abstenenței se referă la încurajarea participării la grupurile Alcoolicilor Anonimi și Al-Anon, ele fiind extrem de importante în abordarea Minnesota atât pe durata tratamentului, cât și după finalizarea acestuia. În ciuda dificultăților în calea cercetărilor și absenței unor date concludente, Edwards (după Cook, 1988) menționa că ideologia (un set de idei coerente și flexibile), un program de acțiune (cei 12 Pași), ‘premierea’ abstenenței (prin așa numitele medalii ale abstenenței) și oferirea unui model de recuperare sunt procesele esențiale prin care acționează AA-ul, iar Alibrandi (1985) identifica 100 de activități (‘instrumente’) utilizate de membrii AA pentru menținerea abstenenței în diferite etape ale recuperării.

II. Criticile aduse Modelului Minnesota

Criticile la adresa Modelului Minnesota se referă deseori la includerea consilierilor de egali în echipa de lucru, considerându-se că există riscul ca aceștia să nu fie suficient de bine pregătiți profesional, să fie marcați de dogmatism, inflexibilitate, intoleranță (Glatt după Cook, 1988)

sau să intre în competiție cu membri profesioniști ai echipei, să încerce supra-compensarea lipsei de pregătire profesională, riscul de supra-identificare cu clienții și, nu în ultimul rând, riscul unei reluări a consumului de alcool de către acesta (Blume după Cook, 1988).

Există, de asemenea, critici la adresa lipsei unor cercetări riguroase privind eficiența acestor programe. În vest, această abordare tinde să fie asociată cu ideea de sector privat (Cook, 1988), respectiv de metodă de tratament rezervată celor privilegiați financiar (o lună de tratament poate ajunge în anumite centre private și la 10.000\$!, deși există și numeroase programe ale căror costuri sunt mult mai mici, sunt acoperite de casele de asigurări de sănătate sau sunt chiar gratuite). Criticile se referă și la includerea componentei spirituale în programul de recuperare, la inadecvarea abordării pentru pacienții iliterati, datorită temelor de casă și literaturii ce trebuie aprofundată pe durata tratamentului; de asemenea, cei cu probleme psihiatrice serioase, gen schizofrenie, depresie endogenă, agresivitate nu sunt adecvați includerii în program datorită ritmului intens de lucru (Maggs, 1989).

III. Modele alternative de intervenție pentru recuperarea din consumul abuziv și dependența de alcool

Metodele alternative de intervenție în cazul pacienților alcoolici includ abordări biologice, psihologice, religioase. Cele **biologice (farmacoterapia)** pot lua forma administrării unor medicamente cu rol *agonist*, similare substanței față de care există dependența, dar mai ‘sigură’ (așa cum e metadona în cazul dependenței de heroină sau, cum s-a întâmplat până nu demult în clinicile din România, diazepamul în cazul alcoolismului), cu rol *antagonist* - blochează sau contracarează efectul drogului (naltrexona, dovedită de anumite studii ca fiind eficientă în prevenirea recăderilor în combinație cu terapie de specialitate, McCarty, Edmundson și Hartnett, 2006) sau cu rol *aversiv* (Antabusul, Antalcoolul sau disulfiramul: în interacțiune cu alcoolul provoacă anumite stări extrem de neplăcute ce ar trebui să îl determine pe alcoolic să nu mai consume alcool). Aceste metode s-au dovedit fie ineficiente datorită noncompliancei la tratament (Antalcoolul), fie ca având potențial adictiv (metadona, diazepamul) sau având o anumită eficiență pentru anumite persoane, dar doar în combinație cu programele de recuperare. Alte medicamente utilizate sunt cele ce atenuează simptomele de sevraj (benzodiazepine, anticonvulsive, complexe de vitamine B etc.), dar și antidepressive, anxiolitice necesare în anumite perioade dificile sau pentru anumite afecțiuni cronice.

Metodele religioase pot să includă, funcție de confesiune, anumite rugăciuni (de ex., Acatistul Potirul Nesecat în Biserica Ortodoxă), jurămintele solemne înaintea preotului sau în biserică, studiul biblic, rugăciunea în grup, meditația, excluderea din comunitatea religioasă.

Metodele **psihologice** pentru terapia adicțiilor sunt multiple: de la abordarea ‘morală’ a lui Jung și William James, până la metodele cognitiv-comportamentale utilizate astăzi în multe dintre programele de intervenție în adicții. Acest ultim tip de intervenție este extrem de compatibil cu Modelul Minnesota (vezi Anexa 6 pentru o trecere în revistă a instrumentelor cognitiv-comportamentale utilizate de acest model). Metodele comportamentale de abordare a alcoolismului variază și ele destul de mult, jalonând între cele care sunt menite să stimuleze motivația unui pacient pentru recuperare (Miller și Rollnick, 1991), cele aversive (după modelul condiționării sau cel al imageriei dirijate, Barlow & Durand, 2002) sau cele de ‘management al contingențelor’ (premierea reușitelor în modificarea comportamentelor nedorite). Sunt, mai apoi, cele care îl învață cum să se ‘auto-controleze’ (‘self-management training’) prin stabilirea unor obiective de consum moderat (Ogborne, 2000) sau să facă față situațiilor cu risc crescut

(de ex., șofatul sub influența alcoolului). Tot în categoria metodelor comportamentale intră și terapia familială pentru rezolvarea problemelor de cuplu, precum și metodele de relaxare și management al stresului (relaxare și desensibilizare progresivă, biofeedback, meditația etc.) pentru îmbunătățirea abilităților de a face față cravingului și situațiilor stresante (Davis, McKay și Eshelman, 1982). În ultimii ani s-a dezvoltat așa-numitul ‘E.R.P.’ (Exposure with Response Prevention) în care se dorește controlarea comportamentului prin expunerea la amorse și care pare să aibă rezultate bune în combinație cu terapia cognitiv-comportamentală (Butler et al., 2005). Acesta a fost inclus și de David (2003) în lista abordărilor eficiente în tratamentul problemelor cauzate de consumul de alcool, alături de dezvoltarea abilităților sociale, proiectul CALM și programele comunitare.

Logoterapia încearcă să îi ajute pe alcoolici să renunțe la alcool prin (*re*)găsirea unui sens și a unei semnificații a vieții (Crumbaugh, Wood și Wood, 1980), iar analiza tranzacțională (Steiner, 1971) abordează alcoolismul din perspectiva conceptelor de *joc, scenarii, roluri, tranzacții și stările egoului*, aducând o contribuție extrem de importantă la consilierea de cuplu și a familiei alcoolicii.

Dacă abordările menționate mai sus sunt, în cea mai mare parte, compatibile cu Modelul Minnesota, altele se află la polul opus, sunt încadrate de conceptul de ‘harm reduction’ și promovează controlul consumului de alcool chiar și în cazul alcoolicilor (vezi mai sus metodele comportamentale). Printre acestea, se află și *managementul asistenței psihiatrice* (Willenbring, 2001), o metodă ce se adresează monitorizării consumului de alcool, rezolvării problemelor sociale și financiare și încurajează participarea la programele de ajutor mutual. Există persoane care nu răspund la nici una dintre intervențiile menționate și care s-au dovedit eficiente, în cazul lor abordarea harm-reduction reprezentând cea mai bună opțiune. E important însă ca aceasta să fie ultima opțiune, și nu prima.

Personal, deși îmbrățișez ideologia Modelului Minnesota, consider că aceste abordări diferite sunt benefice; nici una dintre acestea nu va reuși să ofere o soluție universală și fiecare va putea să ajute anumite categorii de alcoolici. NIAAA³ a inițiat programul MATCH⁴ ce vizează, prin cercetările realizate, să stabilească protocoale pentru orientarea clienților spre serviciile adecvate specificului fiecăruia (de la cel nemotivat pentru recuperare până la cel ce caută o împlinire spirituală). Rămâne însă problema accesibilității acestor programe și, pentru a fi realiști și fără a nega câtuși de puțin necesitatea acestor studii, nu cred că va exista vreo comunitate care să poată oferi o gamă completă de alternative terapeutice. Oricum, cred că nu e o chestiune de ‘ori/ori’, ci mai degrabă una de ‘și-și’ care solicită o atitudine flexibilă și o minte deschisă din partea profesioniștilor din domeniu. De altfel, Devillaer (1986) chiar arăta că acei clienți care au posibilitatea de a-și alege tratamentul dintre mai multe alternative, demonstrează o complianță mai bună și rezultate superioare după tratament decât cei cărora li se oferă o singură variantă de recuperare.

³ National Institute for Alcohol Abuse and Alcoholism, SUA.

⁴ Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity