

# *Hoidon eksistentiaalis-hengellinen ydin Minnesota-mallissa*

*Jari Lausvaara*

Sosiaalietiikan pro gradu -tutkielmassani olen systemaattisen analyysin avulla selvittänyt Minnesota-mallin teoreettisia lähtökohtia ja peruskäsitteitä (Lausvaara 1990). Tässä artikkelissa tarkoitukseni on kuvata lyhyesti tutkielmani perustalta Minnesota-mallin hoitokäsitteen keskeinen idea. Mallin historiallisten taustatekijöiden, alkoholismien käsitteen sekä hoito-ohjelmien ja -tekniikoiden tarkastelussa pitäydyn esityksessäni vain käsillä olevan tehtävän kannalta relevantteihin piirteisiin.

Minnesota-malli on rakentunut kahden kehityslinjan tai kohtaamisperinteen, yhtäältä psykiatrisen sairaalan kliinisen metodologian ja siihen liittyneenä vankan ammattikäytännön, toisaalta AA:n hengellisen ohjelman ja toipuvien alkoholistien toivosta antaman elävän esimerkin, riskeyteen. Neljä vuosikymmentä sitten Willmar State Hospitalin kokemus moniammatillisesta työskentelystä, hoitotoimien rakenteesta, lääketieteellisistä menettelytavoista, AA:n ohjelmasta ja prosessista yhdistyi Hazeldenin näkemykseen hoidon ilmapiiristä, vakaumukseen toipumiskokemuksen arvosta työntekijälle, AA:sta ja askelia käsittelevistä miniluennoista. Näin oli Minnesota-mallin perusta, the Minnesota Experience, löytynyt (McElrath 1987, 145). Vaikka termiä Minnesota-malli käyttävien hoitokeskusten välillä on nykyisin huomattaviakin eroja, mm. hoito-ohjelmien sisältöjen, henkilökunnan koostumuksen, hoidon laadun ja hoitotulosten suhteen, kyseiset hoitokeskukset seuraavat peruslähestymistapaa siinä määrin yhtenäisesti, että käsitteellä on merkitystä ja arvoa hoitofilosofian kuvaajana (Richeson 1978, 56; Cook 1988, 631).

Minnesota-mallissa professionalismi on alistettu inhimillisen kokemuksen palvelukseen. Sekä teoreettisessa kehittämisessä että käytännön toiminnassa pyritään ihmisen elämyksellinen kokemus kytkemään ammatilliseen yleistettävyyteen ja objektiivisuuteen. Tämän hoitomallin itsenäi-

sen ja käsitteellisen erityisarvon perusta on juuri teorianmuodostuksen ja terapeuttisten ratkaisujen käytännöllisessä tarkoituksenmukaisuudessa, pragmaattisuudessa. Niinpä Minnesota-mallin käsitteellinen kuvaaminen ja analysointi tahtuu aina monella tasolla. Osa terminologias- ta ja käsitteistöstä on alkujaan johdettu ammatillisista paradigmoista; toisen käsitteellisen kehityslinjan juuret ovat erilaisissa aatevirtauksissa. Koska AA:n käsitteistö on juuri näille lähtökohdille rakentunut yhdistelmä, on AA ollut myös se välittävä sarana, jonka kautta Minnesota-mallin käsitteistö on pääosin muotoutunut.

## **ALKOHOLISMIN KÄSITE JA HOITO-OHJELMA**

Alkoholismien uudenlainen määrittely sekä tälle käsitykselle rakentuva hoito-ohjelma olivat eräänlainen käsitteellinen vallankumous 1950-luvun alussa. J. Clark Laudergeran (1982, 11—32) erottaa Hazeldenin alkoholismi-käsitteen sekä traditionaalisesta että modernista sosiopsykologisesta alkoholismien määritelmästä. Laudergeranin käsitteen määrittelyssä on perustana kolme keskeistä oletusta: 1) alkoholismi on kuvattavissa ja tunnistettavissa, 2) alkoholismi on ei-tahdonalaista vammautumista ja 3) alkoholismiin voidaan vaikuttaa hoidolla. Alkoholismi voidaan siten kuvata henkilön ja alkoholin mielialaa muuttavien ominaisuuksien patologi- sena suhteena (Nakken 1988, 8).

Minnesota-mallin mukaan alkoholismi on ole- massa itsenäisenä ilmiönä, joka voidaan tunnis- taa muista tiloista ja sairauksista kroonisessa vai- heessa esiintyvien lähes identtisten merkkien ja oireiden perusteella. Tämä käsitys perustuu tois- tuviin kliinisiin havaintoihin (Anderson 1981a, 7—9). Yleisesti sairausmallit jaetaan ontologisiin ja fysiologisiin (funktionaalisiin) teorioihin (En- cyclopedia of Bioethics 1978, 602—603). Minne-

sota-mallin sairauskäsitys kuuluu siten lähinnä siihen ontologisten sairausmallien ryhmään, jossa sairautta ei tunnisteta missään erityistekijässä tai sairauden aiheuttajassa.

Englannin kielessä sairaudesta käytetään kahda termiä, joita ei voida pitää synonyymeinä: *illness* ja *disease*. Ensiksi mainittu on luonteeltaan vähemmän tekninen käsite kuin jälkimmäinen. Siksi termiä *illness* käytetään kliinisten merkkien ja oireiden tunnistamiseen. Termiä *disease* käytetään sellaisesta sairauden tilasta, joka voidaan tunnistaa samaksi vastaavien tilojen kanssa ja joka voidaan selittää mm. kausaalisten tekijöiden tai joidenkin syiden aiheuttamaksi (Downie & Telfer 1980, 15—17). Sairaudelle on siis ominaista epävakaa tila, joka kehittyy ja muuttuu säännönmukaisella tavalla (Downie & Telfer 1980, 20; vrt. Laudergeran 1982, 15). Kuvattessaan Minnesota-kokemukseen kytkeytyvää alkoholismia käsitteä Daniel J. Anderson käyttää hyvin johdonmukaisesti termiä *illness*. Sitä vastoin *disease* on käytössä alkoholismia diagnosoimissa.

Minnesota-mallissa alkoholismia määrittelevä sairaudeksi on ensisijaisesti terapeuttisena ratkaisuna tehty hypoteesi. Hazeldenin alkoholismia käsittelevän sairausluonne ei kuitenkaan ole välttämätön piirre, vaan pikemminkin käyttötarkoitukseltaan sopiva ja siksi tarpeellinen metafora. Tämä on seurausta siitä, että alkoholismia kokonaisuuden ymmärtämiseksi sairauskäsite on liian rajoittunut: alkoholismi on kompleksinen, monivaiheinen ja eksistentiaalinen tila. Sairauskäsitteeseen kytkeytyvillä termeillä potilas ja terapeutti ei Laudergeranin mukaan viitata passiiviseen sairaan rooliin eikä dominoivaan ja manipulatiiviseen terapeuttiin, vaan niihin on liitettävä positiivinen konnotaatio (Laudergeran 1982, 15—16).

Sairauskäsitteestä seuraa, ettei alkoholismiin liity aitoa valintaa. Siksi Minnesota-kokemuksen mukaan alkoholista ei voida pitää henkilökohtaisesti vastuussa alkoholismistaan. Sen sijaan yksittäisistä teoista ja valinnoista alkoholisti on moraalisesti vastuussa. Tämän vuoksi hoito-ohjelmassa on suuri merkitys AA:n 4. ja 5. askeleen työskentelyllä ja henkilökohtaisella vastuulla (Anderson 1981a, 9, 25; Laudergeran 1982, 3; vrt. Halonen 1987, 6).

Traditionaalisessa sairausmallissa juuri käyttämishäiriöiden kategoria on vaikeimmin

kausaalisesti käsitteellistettävissä. Luultavasti on kyse moninaisten altistavien, jouduttavien ja häiriötilaa ylläpitävien tekijöiden kompleksisesta (kausaalista ja ei-kausaalista) vuorovaikutuksesta. Siksi on epätodennäköistä, että alkoholismille olisi löydettävissä yksi ainoa kausaalinen tekijä tai kehityskulku. Tästä huolimatta käyttäytyminen, joka alkoholismiin liittyy, on erillisenä ja erotettavissa olevana tilana selkeä intervention lähtökohta (Laudergeran 1982, 16—17).

## **IHMISKÄSITYS**

Minnesota-mallissa alkoholismiteoria on vain osa laajempaa hoitoajattelun kehystä, ihmisen eksistentiaalis-hengellistä luontoa. Koska Minnesota-mallissa hoidon kokonaisuus ja jatkuvuus perustuvat AA:n filosofiaan ja sen ihmiskäsitykseen, on hoitomallin ihmiskäsitystä etsittävä AA:n alkuperästä ja tämän ajattelun lähteistä (ks. Kurtz 1982, 40—41).

### ***AA:n ihmiskäsityksen hengellinen ulottuvuus***

AA:n mukaan sen ohjelma on pikemminkin hengellinen kuin uskonnollinen. Tämä hengellisyden korostaminen ei merkitse uskonnon hylkäämistä, vaan siinä ilmaistaan ihmisen rajallisuuden hyväksyminen (AA tulee täysi-ikäiseksi 1977, 249—265; Kurtz 1982, 46). Ero tehdään toisaalta absoluuttiseen käsitykseen, jonka mukaan jokin äärellinen voisi käsittää syvimmän todellisuuden, ja toisaalta relativismiin, joka kieltää tällaisen ”viimeisen” todellisuuden olemassaolonkin (Kurtz 1979, 220).

AA:n ohjelman ydin ilmenee käsityksessä ihmisen äärellisyydestä ja olemuksen rajallisuudesta. Ihmisenä oleminen on pohjimmiltaan olemista äärellisenä, ei-absoluuttina, ei-Jumalana. Ratkaisevaa on ensimmäinen askel: AA ei kohdistakaan itseään alkoholismiin, vaan alkoholistiin. AA:n jäsenten tapa esitellä itsensä ”Olen N. N. ja alkoholisti” on eksplisiittinen ilmaus itsensä hyväksymisestä äärellisenä ihmisenä. AA teroittaa, että olennaista ei niinkään ole alkoholistin — ihmisen — kohtaamat rajat, vaan oman itsen kohtaaminen rajallisena (Kurtz 1982, 43—44; Denzin 1987, 22).

Raittiuden ensimmäiset askeleet eivät AA:n

mukaan edellytä uskoa klassiseen Jumala-käsitteeseen, vaan alkoholistin tulee ohjelman mukaisesti hyväksyä oma ei-jumalallinen luontonsa myöntämällä jonkin häntä itseään suuremman voiman olemassaolon. Useille alkoholisteille tämä merkitsee AA-ryhmää tai hoidossa oleville potilaille kyseistä terapiaryhmää (Kurtz 1979, 206).

AA-ohjelman hengellinen perusta on käsityksessä Jumalan olemassaolosta: koska Jumala on, ihminen ei ole Jumala. Siksi ihmisen tila ei ole täydellinen, mutta jollakin tavalla ihminen on kutsuttu täydellisyyteen (Kurtz 1979, 178). AA:n käsitys ihmisen ja Jumalan suhteesta liittyy toisaalta pietismiin ja evankelisuuteen sekä toisaalta humanismiin ja liberalismiin. Ihminen on vieraantunut Jumalasta ja on itse ulkopuolisen avun tarpeessa. Kuitenkin ihminen osallistuu pelastukseensa tiedostamalla omat voimavaransa, mahdollisuutensa ylittää eräät rajoitukset (Kurtz 1979, 179). Vaikka alkoholisti yksilönä on toivotoman rajallinen, hän voi ylittää tämän rajallisuuden ainoastaan kurottautumalla itsestä pois päin muita ihmisiä kohden (Kurtz 1979, 207). Tämän toipumishojelman mukaisesti alkoholisoituneessa yksilössä on voima tehdä päätös muuttumisesta (kolmas askel), vaikka muutoksen vaikuttavaa voimaa ei hänessä ole (ensimmäinen ja toinen askel) (Cook 1988, 628).

### *AA:n ihmiskäsityksen eksistentiaalinen ulottuvuus*

AA-filosofialla on yhtymäkohtia erityisesti Jean-Paul Sartren ja Martin Heideggerin edustaman eksistentialismin kanssa (Kurtz 1982, 38—39) — esimerkiksi käsityksissä totuudesta, tiedosta ja objektiivisuudesta. Totuuden tavoittelemista ei tällöin ymmärretä manipulatiivisena, vaan totuuden etsintä merkitsee oikean näkökulman löytämistä. Siksi ihmisen totuutta ei etsitä välineeksi ihmisen kontrolloimiseen, vaan ihmisen ymmärtämiseen sisältä käsin. Vieraantuminen ja yksinäisyys ovat seurausta olemuksen rajallisuuden, ts. totuuden kieltämisestä (Kurtz 1982, 47).

AA:n näkemyksen mukaan ihmisenä oleminen kuuluu olemuksen ristiriitaisuus (Kurtz 1981, 14). Alkoholistin juomisen pyrkimyksenä on olla ”joko enkeli tai elukka”, raittiuden ole-

mus sen sijaan löytyy näiden molempien hyväksymisestä (Kurtz 1982, 51—52). Siksi AA opettaa, että ihmisen elämän polariteetit ovat välttämättä dialektisia ja molemminpuolisia eivätkä koskaan joko—tai-suhteita. Ihmisenä oleminen liittyvät ilmeiset ristiriidat eivät esiinny vaihtoehtoina, joiden välillä tulee tehdä valinta, vaan paradokseina, jotka ylittyvät synteessin avulla (Kurtz 1982, 58—59).

Ihmisyyteen kuuluu rajallisuuden hyväksymisen lisäksi pyrkimys rajallisuuden ylittämiseen. Tällä ei kuitenkaan tarkoiteta pakoa rajallisuudesta tai sen kieltämistä. Ihmisenä oleminen merkitsee toisen ihmisen tarvitsemista ja tietoisuus toisesta ihmisestä merkitsee positiivista eksistenssiä, ihmisenä olemisen eheytymistä (Kurtz 1982, 54—58).

Ernest Kurtz viittaa eksistentialismiin (Sartre) ja fenomenologiaan (Husserl) ajatuksessa tietoisuuden intentionaalisuudesta. Tässä AA kuitenkin eroaa mm. Sartresta: tietoisuus jostakin merkitsee tietoisuutta siitä, mitä toinen on, eikä tietoisuutta siitä, mitä minä en ole. Esa Saarinen toteaa (1987, 128), ”että mitään todellista *monikollista* tasoa — sinusta ja minusta *meihin* — ei Sartren eksistentiaalinen ihmisanalyysi sisällä”.

AA käsittää ihmisen oleellisesti rajalliseksi ja oleellisesti riippuvaiseksi, koska ihmisen riippuvaisuutta ei tule eikä voida ilmeisenä tosiasiana kieltää (Kurtz 1979, 209—214). Siksi alkoholistille — ihmiselle — valinnan paikka ei ole riippuvaisuuden ja riippumattomuuden välillä, eikä alkoholistin ongelma ole riippuvuus sinänsä vaan riippuvuus alkoholista. Alkoholistin ongelma on siis riippuvuuden vääristyminen, ts. riippuvuuden väärä kohde (Kurtz 1979, 216). AA-ohjelman ratkaisu on käsitys rajoitetusta kontrollista ja rajoitetusta riippuvuudesta (Kurtz 1982, 54; vrt. Kurtz 1981, 20).

### *Alkoholismiteoria ihmiskäsityksen heijastajana*

Miksi ”ongelman tulkinnessa AA lähtee sairauskäsitteestä, mutta hoidoksi suositellaan sosiaalista ryhmää ja hengellistä ohjelmaa” (Niemi 1987, 27)?

Yksi selityksperuste piilee englannin kielessä, jossa termillä disease on kolme käsitetulkintaa: ensiksi termi viittaa sairauden entiteetteihin, toi-



seksi termi on metafora ja kolmanneksi termillä on eksistentiaalinen käsitesisältö (dis-ease) (Denzin 1987, 9, 36; McElrath 1987, 150). Alkoholismiin sairauskäsite metaforisesti ymmärrettynä heijastaa nykyistä länsimaista ajattelua: alkoholismissa ilmenee ihmisen rajallisuuden tyydyttämättömyys ja ihmisenä olemisen vaikeus, mutta myös ihmisen turhautuminen tähän rajallisuuteensa. Sairauden hoitaminen kohdistuu siten sairauden subjektiin, alkoholistiin (Kurtz 1979, 199—202).

Koska alkoholismiin määrittelyssä on selkeät kytkennät ihmiskäsitykseen, aiheuttavat eri hoidon vaiheissa realisoituvat ihmiskuvat varmastikin jännitteitä hengellisen ihmiskäsityksen kanssa (vrt. Niemelä 1987, 27). Esimerkiksi käyttäytymistieteillä on keskeinen osuus terapeutisissa menetelmissä, mutta samanaikaisesti ne ovat ilmeisen riittämättömiä vastaamaan yksilön hengelliseen ulottuvuuteen (Laudergan 1982, 23). Lisäksi kirjava terminologia on osaltaan hämärtämässä arvonäkökohtien tarkastelua. Esimerkiksi termien dependence ja addiction epäjohdonmukaisesta käytöstä Minnesota-ohjelmien yhteydessä on vaikeata päätellä, mitä ihmiskuvaa ne heijastavat ja missä määrin ne molemmat ovat sisällytettävissä yhteen ihmiskäsitykseen (ks. Wiman 1989, 33—34).

### **KOKEMUKSESTA OPPIMISEN FILOSOFIA**

Minnesota-malli voidaan kuvata lähestymistapana, jota voidaan nimittää kokemuksesta oppimisen filosofiaksi (Laudergan 1982, 3—4). Niinpä Christopher Cook (1988, 631) esittää, että Minnesota-mallilla viitataan juuri toipumiskokemukseen ja AA:n filosofian hyödyntämiseen terapeutisessa prosessissa. Käsitykseni mukaan tämä lähestymistapa on kuvattavissa niiden ihmiskäsitykseen ankkuroituvien kvaliteettien avulla, joihin hoitotoimenpiteet yhä uudelleen kohdistuvat: kieltäminen, häpeä ja antautuminen. Tässä yhteydessä on huomattava, että Minnesota-mallissa näillä termeillä on käyttäytymistieteellisestä perinteestä hieman poikkeava asema ja käsitesisältö. Kieltäminen merkitsee aivan erityisesti ihmisenä olemisen rajallisuuden kieltämistä, joka ilmenee tavallisesti epäsuorasti tarpeen kieltämisenä (Anderson 1981b). Vastaavasti häpeä on seurausta ei-moraalisesta erheestä, riit-

tämättömyydestä ja voiman tai kontrollin puutteesta, ts. vajavaisuudesta ihmisenä olemisessa (Kurtz 1981). Antautumisen perusta on emotionaalinen, ja se merkitsee tietoisuuden havaintojen uudenlaista hyväksymistä, vastuun tiedostamista ja avun vastaanottamista (ks. esim. Tiebout 1961; vrt. Koskela 1985, 52, 55).

Minnesota-mallissa toipumisen ydin voidaan ilmaista kolmena hoitopyrkimyksenä: 1) hengellisen (transsendentaalin) tietoisuuden kasvu, 2) valinnan ja henkilökohtaisen vastuun tiedostaminen ja 3) tasavertaisten ihmissuhteiden hyväksyminen. Hazeldenin ohjelman mukaan primäärihoidon pyrkimyksenä on auttaa potilasta saavuttamaan seuraavat pitkän aikavälin tavoitteet: pidättäytyminen mielialaa muuttavista kemikaaleista ja elämäntavan kohentuminen (Laudergan 1982, 32—33).

Transsendentaali tietoisuus viittaa merkittävien suhteiden kehittymiseen ihmisten ja koko sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa (Laudergan 1982, 38—39). Termi transsendentaali viittaa myös ihmisen arkikokemuksen ylittävään yhteyteen jonkin häntä suuremman persoonallisen ja tahtovan olennon kanssa (ks. AA-ohjelman askeleet 3 ja 11). Transsendentaali näin ymmärrettynä sisältyy siis käsitteellisesti ja kokemuksellisesti Minnesota-malliin, jolloin hoitotavoitteet integroituvat teoriaan alkoholismista ja AA:n ihmiskäsitykseen muodostaen eheän hoitoteorian ja hoitokokonaisuuden. Transsendentaalin tietoisuuden ajatus on siten samankaltainen, vaikkakin jossakin mielessä laajempi, kuin AA:n idea hengellisyydestä. Terapeutisesti radikaali ajatus on korostaa ihmisen kykyä tunnistaa transsendentaali (Laudergan 1982, 39; vrt. Kurtz 1979, 220).

### **HOITOSUHDE — HAAVOITTUVUUDEN VASTAVUORONEN JAKAMINEN**

Daniel J. Anderson (1981a, 29—30) ja Ernest Kurtz (1979, 215, 221) ilmaisevat terapian tärkeimmän osatekijän seuraavasti: se on ”molempipuolisen heikkouden tuottama rehellisyys, joka avoimesti hyväksytään” (”shared honesty of mutual vulnerability openly acknowledged”). Tämä kuvaa sitä yhteyttä, jossa toipuminen saa AA:n periaatteiden mukaan alkunsa. Minnesota-ohjelmissa tämä merkitsee sitä, että ensisijai-

set hoitosuhteet rakentuvat potilaiden keskinäiselle vuorovaikutukselle ja että pienryhmästä muodostuu keskeisin hoitotapahtuma (ks. Denzin 1987, 73—74).

Sekä Minnesota-mallin hoitopäämäärät että AA-liikkeen toipumisohjelma ovat sidoksissa erityiseen maailmankuvaan. Niissä ilmenevä hoitoajattelu edellyttää ihmisten välisten suhteiden vastavuoroisuuden ja molemminpuolisuuden hyväksymistä, maailmaa, jossa omakohtaisuus, persoonallisuus ja yksilöllisyys hyväksytään ensimmäisenä totuutena. Persoonan hyväksyminen päämääräksi (kantilainen kategorinen imperatiivi) johtaa kartesiolaisen dualismin hylkäämiseen; siinä yksilö on pikemminkin tarkkailukuin vuorovaikutussuhteessa maailmaan (Kurtz 1981, 35; Kurtz 1982, 57). Sitä vastoin läheisessä ja molemminpuolisessa suhteessa ihmisellä on mahdollisuus kasvaa yli oman rajallisuutensa, lisätä ymmärrystä ja tunteiden syvyyttä. Näin rajallisuudessa ilmenee uusi positiivinen identiteetti, joka edellyttää itsensä luottamista persoonana toiselle, myös itsessään rajalliselle persoonalle (Kurtz 1982, 57—58). Koska eheys ja inhimillinen kokonaisuus eivät voi löytyä rajallisesta yksilöstä, on ihmisyyden etsiminen jatkuva ja päätymätön prosessi. Se edellyttää antamisen ja saamisen vuorovaikutuksessa elämistä molemminpuolisissa suhteissa (Kurtz 1979, 212).

Molemminpuolisuuden (mutuality, reciprocity) perusta on ihmisen olemuksessa: ihmistä ei voida kuvata käsiteparilla joko—tai, vaan käsiteparilla sekä—että. Siksi AA opettaa kolmea molemminpuolisuuden periaatetta: antamisen ja saamisen erottamista, rehellisyyttä itseä ja muita kohtaan sekä riippuvuutta ja riippumattomuutta (Kurtz 1982, 65; vrt. Wallace 1985). Näin ollen ihmisenä eläminen merkitsee elämistä alituisessa riippuvuuden ja riippumattomuuden, kontrollin ja kontrolloimattomuuden sekä toden ja ideaalin jännitteissä.

## KIRJALLISUUS

AA tulee täysi-ikäiseksi. Helsinki: Suomen AA-kustannus ry., 1977

Anderson, Daniel J.: Perspectives on treatment. The Minnesota Experience. Center City, Minn.: Hazelden, 1981. 1981a

Anderson, Daniel J.: The psychopathology of denial. Professional Education 9. Center City, Minn.: Hazelden, 1981. 1981b

Cook, Christopher C. H.: The Minnesota model in the management of drug and alcohol dependency: miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. British Journal of Addiction 83 (1988), 625—634

Denzin, Norman K.: Treating alcoholism. An Alcoholics Anonymous approach. Vol. 46. London: Sage, 1987

Downie, R. S. & Telfer, Elizabeth: Caring and curing. A philosophy of medicine and social work. Cambridge: The University Press, 1980

Encyclopedia of Bioethics. Ed. by Warren T. Reich. [Health and disease], IV philosophical perspectives. P. 599—606. New York: Engelhardt, H. Tristram Jr., 1978

Halonen, Ilkka: Keidas vai kangastus — juomisen hallinta ja alkoholi-ongelmat. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja nro 25. Järvenpää, Järvenpään sosiaalisairaala, 1987

Koskela, Kalervo: Alcoholics Anonymous alkoholistien hoitomuotona: periaatteet, toiminta, hoidon vaikuttavuus sekä suhde muihin hoitomuotoihin. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto 1985

Kurtz, Ernest: Not-God. A history of Alcoholics Anonymous. Center City, Minn.: Hazelden, 1979

Kurtz, Ernest: Shame and guilt: Characteristics of the dependency cycle (An historical perspective for professionals). Professional Education 7. Center City, Minn.: Hazelden, 1981

Kurtz, Ernest: Why A.A. works. The intellectual significance of Alcoholics Anonymous. J. Stud. Alc. 43 (1982): 1, 38—78

Laundergan, J. Clark: Easy does it. Alcoholism treatment outcomes, Hazelden and the Minnesota model. Center City, Minn.: Hazelden, 1982

Lausvaara, Jari: Hoidon käsite Minnesota-mallissa. Sosiaalietiikan pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto 1990  
McElrath, Damian: Hazelden — a spiritual Odyssey. Center City, Minn.: Hazelden, 1987

Nakken, Graig: The addictive personality: Roots, rituals, and recovery. Center City, Minn.: Hazelden, 1988

Niemelä, Jorma: Ihmiskäsitysten vaikutus hoitomuodon valintaan päihdehuollossa. Sosiaalinen aikakauskirja 81 (1987): 3, 26—31

Richeson, Forrest: Gourage to change. Beginnings, growth and influence of Alcoholics Anonymous in Minnesota. M & M Printing 1978

Saarinen, Esa: Fenomenologia ja eksistentialismi. S. 111—144. Teoksessa: Vuosisatamme filosofia. Toim. Ilkka Niiniluoto ja Esa Saarinen. 2. painos. Helsinki: WSOY, 1987

Tiebout, Harry M.: AA: an experiment of nature. Quart. J. Stud. Alc. 22 (1961), 52—68

Wallace, John: Critical issues in alcoholism therapy. In: Zimberg, Sheldon & Wallace, John & Blume, Sheila (eds.): Practical approaches to alcoholism psychotherapy. 2nd edition. New York/London: Plenum Press, 1985

Wiman, Ronald: Päihdehuollon visio. Sosiaaliviraston julkaisusarja A 7. 2. painos. Helsinki 1989.

## *English Summary*

### *Jari Lausvaara: Hoidon eksistentiaalis-hengellinen ydin Minnesota-mallissa (The existential and spiritual core of treatment in the Minnesota model)*

The Minnesota model's concept of alcoholism is therapeutically justified and linked with the treatment procedure. Alcoholism is a complex, existential state with many stages, and it constitutes an independent and distinctive phenomenon which is the starting point for intervention. The concept of disease is not a necessary ingredient; it is a practical term that 1) refers to the entities of disease, 2) is a metaphor and 3) has an existential reference (disease).

This theory of alcoholism is connected with concept of man put forward by the Alcoholics Anonymous philosophy, which forms the basis for the Minnesota

model. This concept of man comprises the parallels of the spiritual and the existential dimension. Thus, to be human basically means being limited, non-absolute and non-God. According to this recovery programme an alcoholic has the strength to make a decision to change, although he does not have the strength to make the change happen. Being human means needing other people, and awareness of other people means a positive existence — evolving as a whole personality.

The Minnesota model's treatment focuses on the qualities anchored in the concept of man: denial and shame, with the aim of trusting oneself as a person into the hands of other person. The primary treatment relationship means a mutual sharing of vulnerability in interaction between patients.