

# Léčebný model Teen Challenge

*podle Douglase Wever'a*

*listopad 1992*

## **O B S A H :**

Záměr.....	
Slovník.....	
Tvar popisu.....	
Terapeuticky.....	
Otázka psychologické integrace.....	
Otázka rehabilitace.....	
Otázka protidrogových programů.....	
Strukturálně.....	
Rozsah církve.....	
Teen Challenge střediska.....	
Struktura ubytovacího programu.....	
Teologicky.....	
Terapeutický model: odpuštění.....	
Průřez světskou literaturou.....	
Faktory úspěchu.....	
Faktory prohry.....	
Faktory předčasných odchodů ze střediska.....	
Plány modelu terapie.....	
Duchovní významy .....	
Bibliografie.....	
Novinové články.....	
Články z oboru rodinného poradenství.....	
Knihy.....	
Ostatní.....	

## Záměr

Jedná se zde o preliminární dokument, který má popsat Teen Challenge (TC) terapeutický proces a vykreslit TC terapeutický model.

Tato zpráva popisuje, co dnes v TC existuje, současně s výchozím bodem : ohledně čeho, jak a proč vůbec sloužíme.

Informujeme zde, že metodologie a cíle TC jsou přibližně na stejných základech jako služba církve, a zvláště co se týče pastoračního poradenství.

Dále poukazujeme na to, že tradiční srovnávání TC s "průmyslem" terapeutizace alkoholiků a narkomanů vždy zahrnuje jen určitá data týkající se přítomnosti či nepřítomnosti určitých jednání se symptomy závislosti. Měřítka těchto jednání provedla doktorka Hessová(1975), avšak toto neodráží, zda absence patologických jednání dobytá v TC je efektem obšírnějším, základním, nebo je *a priori* věcí křesťanského učednictví. Zatímco u čisté problematiky závislosti je snaha zdůrazňovat pouhý fakt vstupu jedince do léčebného programu, zmíněná jednání se symptomy závislosti jsou však příznačná pro hlubší jevy, detailně projednávané v úseku "Terapeuticky".

Přinášíme rovněž náš existující model k veřejným připomínkám pro jeho vylepšení, díky tomu, že je zde snadnější pochopení o co se jedná v TC ( včetně příkladu poradenského učení o odpouštění). Takové dopodrobna rozebrané popisy mohou přiblížit výcvik a služby potřebám studentů při určitém unikátu využití učednictví, daném shodou ústavu TC s pravidly, které obsahuje tento dokument.

Připojili jsme i průřez literaturou, týkající se této problematiky, v oblastech faktorů úspěchu, faktorů selhání a srovnání dlouho i krátkodobých léčebných programů. Je to důležitá část, protože toto přináší rozlišení TC od ostatních typů protidrogových a protialkoholních programů z pohledu a z perspektivy samotného oboru, vztaženého sám na sebe.

## Slovník

Co míníme slovy jako terapie, psychoterapie, poradenství nebo pastorační poradenství?

**Psychoterapie** je generální termín, který kryje široké spektrum různých teorií pro co možná nejstručnější souhrn toho, jak se člověk může měnit a jak je možné mu pomoci. V r. 1984, Strupp a Binder identifikovali 260 různých škol psychoterapie. V přítomnosti takové různorodosti možná bude malým překvapením fakt, že pastorační poradci, poradci, lékaři a vědci se dosud ještě neshodli na žádné specifické definici psychoterapie ani poradenství.

Z historického hlediska *psychoterapie* byla míněna jako termín, vhodnější pro přístup k "hlubším" problémům. Soustředila se spíše na charakterové změny než na regulaci situačních nebo životních problémů. *Poradenství* bylo spíše typické pro práci s existujícími osobnostními strukturami s cílem lidem pomoci vyřešit nebo regulovat současné požadavky, jaké na ně život klade.

Přesněji, autoři těchto pojmů začali používat záměnně a rozlišovat je bylo stále těžší, lze dokonce říci, že je nyní je od sebe oddělit není možné (Jones a Butman 1992, Altmaier 1985).

Pokud popisujeme terapeutický model TC, takový popis TC nepostaví mezi žádné dané školy nebo orientace.

Nejpřesnější je názor, že "Terapeutický model TC" je ukázkou způsobu, jakým může být popsána TC služba a to v obvyklé pro služby tohoto druhu terminologii.

Výsledně, mnohé aspekty TC, vzdalené tradičnímu klinickému nebo obvyklému kontextu poradenství jsou zde nicméně terapeutické.

Při čtení tohoto dokumentu zjistíte, že konvenční myšlenky terapie se zde přílišnému použití netěší. Terapeutické snahy Teen Challenge mohou být sumarizovány jako "zprostředkování co nejpříznivějšího zapojení pro práci Ducha svatého." Hlavní principy zajištění takového zapojení podáváme v detailech týkajících se terapeutického modelu.

Při prohlížení dokumentu si všimnete, že autor spolu s komisí použili tuto práci k oslovení popisem unikátu TC. Stejně jako církev, i TC uzdravuje společnost, a stejně jako církev existuje proto, aby evangelizovalo a vyučovalo. Uzdravování potvrzuje pravdivost evangelizace a vyučování. A toto je oblast, v níž TC napomáhá evangelizaci a zvláště pak učednictví, na něž je náš terapeutický model zaměřen.

### **TVAR POPISU**

Poslání TC vyjadřuje nejlépe tato věta (Národní TC Akreditační Standarty, 1976,1990):

*"Evangelizovat lidi se závislostmi a navrhnout jim jako řešení jejich problému učednictví; v tomto procesu jim napomáhat až do chvíle, kdy student může fungovat jako křesťan ve společnosti, aplikovat duchovně motivované biblické principy do rodiny, místního sboru, vybraného zaměstnání a celkově do společnosti. TC usiluje pomoci lidem stát se psychicky zdravými, citově vyváženými, sociálně zabezpečenými, fyzicky zdravými a duchovně živými."*

V minulosti velký počet výzkumů zjistil, že služby TC jsou příčinou následné dlouhodobé drogové abstinence. (Robinson 1985, Hessová 1975, Fredericks 1992, Packingham 1992) . Například US Departament zdraví, vzdělání a sociální péče (HEW - *Health, Education and Welfare*) zjistil, že 86% absolventů TC bylo stále "vyléčeno" až 7 let od ukončení programu. (1975) Tento výzkumný tým byl schopen kontaktovat 92% absolventů kvůli močovému toxikologickému rozboru, kterému se respondenti podrobovali. Výzkum byl sponzorován Národním institutem zneužívání drog (NIDA - *National Institute of Drug Abuse*) a veden MUDr. Katherine Hessovou.

V podstatě to, co výzkum HEW/NIDA zkoumal, bylo procento "vyléčitelnosti" po dlouhém časovém úseku od opuštění střediska, a u TC zjistil zmíněných 86% jako "léčebný průměr". Být vyléčen bylo definováno jako dlouhodobá absence zneužití látky, na níž byl člověk závislý. Tato studie tedy zkoumala pouze drogovou závislost. Stejně jako ostatní popisy úsilí TC, studie zachytila pouhý zlomek toho, čím jsme. Kvůli profilu, jaký výzkum měl, TC je řazeno mezi aktivity rehabilitačních úsilí pro drogově závislé, čímž mimo jiné sice je, ale celé srovnávání bylo prováděno právě v tomto silně limitovaném profilu, a sice co se týče srovnávání TC pouze s ostatními protidrogovými a protialkoholními rehabilitačními programy z hlediska protidrogového zaměření.

Čímkoliv však TC z terapeutického hlediska je, bylo vždy v každém případě zkoumáno v rámci daných konvencí a vzorů, což trochu kompromituje jeho jasný tvar.

Největší podobnost s ostatními protidrogovými a protialkoholními programy spatřujeme v tom, že naprostá většina TC studentů byla předtím aktivními narkomany.

Dále, protože TC design byl stále opírána na výzkumech zkoumajících výskyt či absenci závislostí, proto je tam TC popisováno právě takovými termíny. Výsledně mohl vzniknout dojem, že náboženská centralita TC funguje jako základ pro konvenčně tvarovaný rehabilitační program a že tedy TC je konvenčním rehabilitačním programem se silnou, nebo dokonce centrální duchovní dynamikou. Tento dojem je mylný.

Tradiční ubytovací struktury protidrogových programů absolutně žádný základ pro TC logiku nepředstavují. TC je ve všech svých terapeutických jevech (přímých i nepřímých) důrazně a účelově zaměřeno na celý život studenta ohledně jeho funkčnosti jako křesťanského učeníka. Dílem tohoto procesu je i to, že se přesouvá obvyklý důraz položený na potřebu komplexní změny chování na proces duchovního růstu.

Jakýmkoli problémem závislosti bychom se chtěli zabývat, ať by to byla *bulimie*, *sexuální závislost*, *alkoholismus*, *drogová závislost*, *hazard*, *zneužívání obětí* - všechno to jsou symptomy hlubšího problému.

Literatura sice odráží relevantnost a vliv duchovna v psychologických procesech, ale duchovní dynamika TC je základní a konečná. Duchovno TC musí být tedy dopodrobna rozepsáno a rozlišeno od těch pohledů, které je chápou pouze v lidských termínech nebo v těžko klasifikovatelných metafyzických popisech (Witmer and Sweeney, 1992). Základy TC jsou jasně položeny na tradičně - evngelikálním kontextu církve.

Následující stránky prezentují terapeutický, strukturální a teologický přehled TC. Každá z částí však obsahuje mnohem více detailů, než je v konceptu prezentováno.

## **TERAPEUTIKA**

Tato část je napsána proto, aby zajistila hlavní a podstatné pochopení procesu terapie TC.

TC funguje kvůli křesťanskou láskou vypůsobené podpoře ostatních křesťanů, a ve své službě používá vlastní *vyučovací model*, v němž *pastorační poradenství* napomáhá vevnitřnění procesu vyučování jak v službách ubytovacího, tak i neubytovacího typu. Obsahem vyučování jsou biblické informace, shrnuté do určitých souborů národními vedoucími TC; toto vyučování je zaměřeno na křesťanské učednictví. Tyto materiály individuálně instruuji jak žít jako křesťan. Pastorační poradenství je využito ohledně vztahu obsahu vyučování k individuální životní situaci každého studenta. Pokud kázání přináší biblické pohledy do současné společnosti, pastorační poradenství hledá cestu, jak dále pak tyto pohledy aplikovat do zvláštních životních jevů a stavů.

Ve všech následujících popisech je zdůrazněno, že TC pastorační poradci jenom napomáhají práci Ducha svatého, tak „jak se tato zjevuje podle Jeho vlastní agendy - a to v pojetí slova obecně chápaném v evangelikálních křesťanských kruzích.

Jako příčina všech závislostí je TC uváděno oddělení člověka od Boha, což je příčinou lidského egocentrismu. Jednání hříchu, včetně závislostí, jsou snahou vyplnit prázdno nesmyslnosti života. Když se centrem lidského života stává Kristus, symptomy nesmyslnosti i postoj závislosti jsou zastoupeny smysluplným životem, což člověka uschopňuje i k tomu, že si začne uvědomovat i svůj nejnepříjemnější potenciál. TC věří, jak to řekl Lewis Chafer, že " každé stvoření si uvědomuje váhu svého osudu a svůj smysl teprve když je podrobena Boží vůli."(1948)

Tyto procesy však oponují některým předchozím extrémním životním prožitkům a jejich následkům, přestože i zde určité oblasti života vrcholí duchovním řešením a student může být od problému osvobozen. Po několika patologických případech však obecně vzato TC s přijetím takových studentů nesouhlasí, pokud nepracuje s klinickými specialisty, hlavně v oboru psychologie.

V popisu terapeutické metody je zde popsán proces, jenž napomáhá přechodu od nesmyslnosti do vyplnění prázdna.

Proto naše misijní stanovky nic neříkají ohledně měřítek postojů, ale spíše mluví o výcviku křesťanství ve všech životních aspektech. Tak jak je to konvenčně myšleno, i TC program je programem *dočasného a přechodného* charakteru. Je tu potřeba si poradit s některými postoji, dokud není vztah s Bohem natolik silný, že by se důraz mohl přesunout na něj samotný.

#### *Tabulka 2*

Veškeré projevy závislosti jsou jednotně klasifikovány jako "satelitní jevy" a jsou satelity hlubšího problému. Fakt, že jsou satelitní ovšem neznamená, že chování, jaké vyvolávají, lze od oddělit od destruktivního procesu. V TC terapii způsobuje, že se chování vyvíjí skrze interpretaci a identifikaci *proč* se závislé postoje objevily a skrze kontextualizaci těchto příčin a funkcí, jakými chybné postoje naplňovaly základní potřeby. Skrze osnovu učednictví a aktivní pastorační poradenství vztažené na tuto osnovu, jsou studenti schopni objevit nesprávné přístupy pocitů nesmyslnosti a nahradit je těmi, které pramení z relace s Bohem. Tabulka 1 ukazuje, jak TC vidí problém závislosti ve vztahu k hlubším jevům z terapeutického hlediska.

Je jasné, že obrovskou práci dá zablokovat rozjetí cyklu závislého postoje než se jednotlivci napojí na vztah s Bohem, Stejně tak jsou obtížné různé kroky a problémy, které leží na tomto "pásmu země nikoho".

Přece jen by tabulka 1 měla být pochopena hlavně jako ilustrace souborů chování vztažených na základní jev. Tabulka 2 ilustruje kontinuitu procesu zobrazeném prameny tabulky 1. Výsledně, proces duchovní proměny nezahrnuje jen oblasti života, zasažené závislostí, ale pomáhá studentům vyvíjet novou identitu.

Hlavní cíl TC je tedy studentova relace s Bohem. TC studenty nachází v různých stádiích pocitů nesmyslnosti. Tento koncept má své základy ve výzkumu Larry'ho Crab'a ohledně hledání bezpečí a významu (1977). TC studenti projevují získané disfunkční způsoby jednání, chování a postoje vedoucí k naplňování primárních potřeb smysluplnosti, bezpečí a významu. TC věří, že aby byly tyto potřeby naplněny, je nutno napomoci procesu, v němž student přichází do správného vztahu s Bohem. Proto je tu ustanovena instituce učednictví.

Ve tří oblastech terapie, je specializované základní pastorační poradenství ve vztahu k aktivitám ostatních dvou oblastí. Má svůj podíl na skutečné hodnotě ostatních dvou oblastí terapie, ale z druhé strany je třeba říci, že se setkáváme s nedostatkem poradenského výcviku.

Navíc, v programu se vyskytují i další formy poradenství, což je způsobeno jeho strukturou.

### **Terapeutika úhrnem**

Úplné úsilí akceptovat Boží lásku a moc povede k výsledkům, popsaným Maddoxem(1981) :

1. Spontánní vymizení anomálii a depresí
2. Časová úplná reorganizace osobnosti
3. Iniciale vývoje úplně nové identity
4. Umožnění vzniku kontroly mysli, což napomáhá přetváření chování
5. Nový rozsah definice reality

Dále lze uvést

6. Živá osobní relace s Bohem, která je započata vírou v Ježíše Krista.

Národní US TC poradenské materiály jsou založeny na principech knihy Larry'ho Crabbe'a "*Efektivní biblické poradenství*". Stejně jako Crabb, TC vidí studenta s jeho upadlým přesvědčením ohledně pocitu jistoty.(TC tomu říká smysluplnost). Student projevuje disfunkční jednání z důvodu disfunkce jeho systému přesvědčení, jenž lze označit buď za falešný, nebo za dvojí, a to jak v hladinách vědomí, tak i podvědomí.

#### *Falešný systém přesvědčení:*

Jedná se o špatná základní přesvědčení o jevech jako takových, ničím nepodložená ani nijak nelimitována, přesvědčení o smyslu věcí, lidské hrdosti a další, v oblastech, kde to opačně než biblické učení ovlivní lidskou psychiku. Například, studentovo úsilí naplnit svou potřebu pocitu jistoty a významu sklouzlo k určitým neefektivním způsobům dosažení. Disfunkční jsou zde tedy způsoby dosažení cíle. Uzdravení nastává, když student zastoupí tyto disfunkční systémy přesvědčení *jiným přesvědčením*, a to takovým, které je s to naplnit jeho potřeby a cíle. Tyto cíle mají být samozřejmě *zdravého* charakteru, což vyžaduje práci nad sebou.

#### *Systémy dvojího přesvědčení:*

Jedná se zde o stejné systémy falešného přesvědčení, které však mohou být *zachovány* i v přítomnosti jinak neslučitelných nebo dokonce zcela opačných přesvědčení. Tyto systémy dvojího přesvědčení jsou často ve studentově podvědomí. Například, TC student může mít opravdu hluboce vyvinuté a úplné pochopení biblického pojetí jistoty a významu, tak jak je poznal z osobního vztahu s Ježíšem Kristem. Přece však, za určitých okolností, opouští tento systém svého přesvědčení pro onen dřívější disfunkční systém. Jinak řečeno, dopouští se hříchu v přítomnosti a poznání zdravé biblické informace.

Systém zdravých přesvědčení znamená více než intelektuální souhlas. Spíše se jedná o ovoce osobního vztahu s Ježíšem Kristem. Zprostředkovatelem tohoto uzdravení je Duch svatý, tedy role TC poradce je být jím používán jako pomocník zmíněného procesu uzdravení. Proces uzdravení je tu součástí procesu posvěcení.

V TC skrze zkušenost obrácení se nevěřící stává věřícím, a to skrze víru, která aktivně přijímá Boží lásku a moc k infiltraci každého aspektu vlastní bytosti, což uschopňuje stát se novým člověkem. V mnoha případech student již je věřící, ale aktivně Boží moc a lásku dosud neakceptoval.

TC zdůrazňuje lidskou potřebu hledání významu, což nebylo přesně popsáno v takových stavech, jako jsou sexuální zneužívání nebo jiné ustrnulé formy projevu závislosti.

Například, v TC mnohé studentky v ženských centrech skutečně chápou křesťanskou víru v praxi a její obsah. Navíc aktivně akceptují Boží lásku a moc, ale zjišťují, že závislost je neodstranitelná, protože u nich vykrystalizuje napodobování zvyků, což je nefunkční. Toto jsou případy systémů *dvojích přesvědčení* - tyto studentky obržely a pochopily relevantní biblickou informaci, ale implantovaly toto učení do disfunkčních oblastí *neúplně*.

Příští studie se bude zabývat funkcí hledání smyslu při napodobování ale i ostatních faktorech prezentovaných životy studentů a dále tvaruje zásah, který může rychleji odhalit hlavní příčiny.

### **Otázka psychologického zcelování**

#### **(integrace)**

Poradenství a vzdělání studenta musí zahrnovat i oblasti, o nichž Bible mluví nejasně nebo vůbec. Často poradci musí být vyškolení v takových oborech poradenství jako jsou potíže s jídlem, obětí sexuálních zneužití, sexuálně závislí a pod. Tyto odborné informace pak pomáhají kontextualizovat biblické principy v těchto specifických oblastech. Specializované oblasti pastoračního poradenství obecně zahrnují spojení psychologických principů z různých soustav psychologie různými filozofickými systémy. TC přijatelnost těchto informací využívá tam, kde to napomáhá učednictví. Pokud se na psychologickou integraci díváme jako na pomocnou složku TC terapie, je to ta správná perspektiva. Integrace je jakoby ve službě hlavnějším složkám TC terapeutického procesu. Klíčem k vyvážení integrace a učednictví je individuální současná situace a problémy studenta a to, jak může být integrace nesena jako služba v učednickém procesu při stávajících problémech, jaké daný student má.

Křesťanské učednictví není v TC realizováno skrze přísný pramen integrace, používající psychologickou techniku, která by takto nepřímou ovlivňovala učednictví (*tab.3:[1]*), ani se věci nemají tak, že by centrální osobní vztah s Bohem skrze integrační techniku napomáhal stylu života učedníka [2], ani se nejedná o komplex pastoračního poradenství zaměřený na učednický styl života [3]. TC lze terapeuticky hodnotit [4] jako osobní vztah s Bohem, kde jsou všechny zmíněné složky kombinovány tím způsobem, aby napomáhaly růstu do Božího vztahu. Integrační techniky, křesťanské vzdělávání, pracovní terapie, pastorační poradenství, modlitba a sebevydání jsou klíčové oblasti, ve kterých student nachází relevantní pomoc tak, aby bylo vybudováno co nejproduktivnější napojení na dílo Ducha svatého.

Takže, důraz, tak jak je to vyjádřeno v sekci terapeutizace, klademe na křesťanské vzdělávání, kde složka vevnitřně získávaných poznatků je posilována různými druhy služby včetně integrované psychologie. Tato však, obecně řečeno, odehrává poměrně omezenou roli, zatímco prohlubování učednictví je důležitější. Pokud je pro studenta vhodné se podrobit dlouhodobé integrované léčbě, je v tom případě dobré vhodnost TC důkladně zvážit.

Jedním ze způsobů, jak se do služeb TC dostává zmatek je, když tato služba začíná být realizována se zaměřením na integraci. Spektra integrace vždy obvykle způsobily rozdíl mezi strukturou programu a jednotlivými úkony služby. Spektrum, o němž je řeč, se soustřeďuje na aplikaci biblického obsahu psychologické dynamiky, skrze kterou by služba spěla k efektivnímu učednictví. (tab. 3[2] nebo [3]).

Protože však je cílem TC věc učednictví, tedy kdykoliv to může pomoci pochopení nebo vevnitřnění otázek učednictví, je integrace žádoucí.

Jde o to, že v TC musí být i integrace jasně chápána jako služba učednictví, nikoliv jako jev sám o sobě. Mnozí křesťanští terapeuti mohou s určitostí říci, že cílem každého zdravého terapeutického procesu je učednictví.

Tedy, TC musí být rozlišováno a posuzováno hlavně v těch oblastech, které se terapeuticky liší od ostatních, často i křesťansky orientovaných terapeutických programů. Tyto rozdíly spočívají ve způsobu, jakým podporujeme učednictví (popsaném v sekci " terapeuticky")

TC označuje a posléze využívá takový druh informací, které prospěšně integrují křesťanskou víru s psychologickými principy na logice Bible. Je to tedy realizace takového druhu informací vztažených na ostatní složky TC, jaké mohou stanovit přijatelnost integrace v kontextu TC. **Otázka rehabilitace**

Z Robinsonovy práce z 1985r. : "...Program efektivity Teen Challenge", Robinson popisuje TC proces jako klientův pohyb "ze závislosti do **ex**-závislosti a z té do **nezávislosti**" (1985). Ostatní autoři, při popisu TC používali slov, které popisují klientův pohyb z původního stavu do stavu patologického(závislost) a zpět do jeho původního, nepatologického stavu. Takového druhu popisy by mohly sugerovat, že se v TC jedná pouze o rehabilitaci.

V rehabilitačních procesech jde však o navrácení klienta zpět do původního stavu, to znamená stav, v němž se neprojevuje drogová závislost či bulimické reakce. Nic víc, nic méně.

Jenže v TC, ve finální etapě klient *není* vrácen do původního stavu v tom smyslu, že by se u klienta během léčby vyloučilo pouze jevy spojené s jeho závislostí, tedy po léčení by klient pouze setrval v abstinenci.

Protože se o to nejedná a student TC je od základů změněn, nachází se ve stavu úplně novém, což samotným termínem rehabilitace (*znamenajícím pomoc po překonání nemoci*), není možno vystihnout.

*TC JE TRÉNINGEM UČEDNICTVÍ.* Rehabilitace je chápána pouze jako návrat do stavu absence závislých reakcí, kdežto TC klient se ve všem odlišuje od *tohoto původního stavu*, a to v mnoha směrech. Pokud bychom tedy chtěli popsat proces, jaký v TC probíhá, jedná se zde spíše o křesťanskou habilitaci, to znamená individuální přípravu v oboru, který předtím byl pro studenta naprosto neznámý.

Toto zahrnuje chování, světový názor, osobní etiku a mezilidské vztahy jako hlavní oblasti výcviku. Proto zastavení destruktivního chování není návratem do *původního stavu*, ale novým začátkem, *nového stavu*. Výcvik učednictví v TC je mnohem více než zastavení projevů závislosti.



## Otázka protidrogového programu

Nejlepší bází pro TC je Církev.

Zatímco TC pracovalo s mnoha lidmi s problémy kontrolujícími jejich životy, materiál TC učednictví byl v církvi normálně používán jako program v mládežnických skupinách. Zde si všimněme určité významnosti: posláním TC je identické jako hlavní vytyčné evangelikálních církví: evangelizovat lidi a dále je vést v procesu učednictví. (Faktem je, že některé TC služby se rozšířily jako církve, existují TC církve(sbory) v mnoha městech jako sbory určitých částí těchto měst, TC některé sbory zakládalo). Rozdílem, s jakým se v TC setkáme je pouze to, že v jeho "*shromážděních*" se nejčastěji setkáváme s různými druhy problémů, kontrolujících lidské životy a je tu zřejmá i jejich nálehavost, kdežto v tradičním sboru nebo církvi vlastní intervenční složky k pomoci takového druhu nejsou připraveny.

TC slouží jako Církev ve výjimečné situaci. Funkcí svých cílů a poradenskými metodologiemi je TC jasně církvi a je to úroveň, na níž lze nejlépe srovnávat. Patologická chování TC jsou *hříchem*, a jako taková jsou i součástí procesu stejného pro *všechny* křesťany, tak jak je to popsáno v 1. Janově listu 1:8, který zaručuje přítomnost hříchu v životě každého člověka.

Úsilím křesťanství je tedy posvěcení. Normální sbory a církve existují proto, aby se na něm účastnily. TC se ničím neliší. Tento proces v TC se liší pouze *typy a frekvencí* svých zásahů. V obou kontextech pastorační poradenství se snaží opatřit biblické informace, které by věřícího přisunuly do bližšího vztahu s jeho Pánem.

Ze způsobu, jakým se TC zabývá kontrolujícími život problémy ohledně zneužívání chemických látek, vyplývá zjištění, že tento jev zřídka je možno upozorovat sám o sobě. Pro tyto problémy je typické, že vyvstávají v určitých skupinách. Z terapeutického hlediska TC je zneužívání chemických látek jen složkou v souboru dalších projevů a tyto jsou symptomatické pro další důvodné jevy. (viz tab.1). Výsledně, opět: problémy drog a alkoholu jsou velmi úzkým oknem, jakým bychom TC chtěli pozorovat.

Pokud se podíváme na tři základní směry snahy TC služeb (viz tab. 2), můžeme rozeznat oblast číslo jedna jako jedinou oblast, kvůli její podobnosti s ostatními tradičními protidrogovými a protialkoholními programy pak lze TC s těmi programy srovnávat. Jedná se o důraz, položen na poradenství.

Ovšem také zde jsou veliké rozdíly, poradenství se liší jak svými základy, tak i zaměřením.

Jsou zde také ještě další rozdíly, jimiž jsme se podrobněji zabývali v sekci terapeutické.

Dále potom, ani obecné křesťanské učednictví, ani styl života křesťana nemohou být charakterizovány jako normální protidrogový či protialkoholní program. V TC studenti právě těmito dvěma oblastem věnují nejméně 20-30 hodin týdně.

Nyní tedy vyvstává otázka vztahu TC k síti sociálních služeb, zvláště pak se to týká programů, zabývajících se léčbou závislosti na drogách a alkoholu. TC bylo různou literaturou k modelům těchto programů mnohokrát přirovnáváno. Je důležité se tedy zeptat, v jakém rozsahu, pokud vůbec, TC součástí této terapeutické komunity je.

Tato otázka je obzvláště důležitá poslední dobou, kdy vlády některých států naléhaly, aby TC mělo svou licenci v agenci ostatních protidrogových a protialkoholních programů.

Pastorační poradenství TC je namířeno na oblasti odpouštění ostatním, sebeodpouštění, pokání, víra, modlitba, vyznávání, společenství a dvojsměrná metafyzická relace. Všechny tyto složky jsou zhmotněny skrze Bibli jako finální autoritu v detailech chování i ve zkouškách víry. Centralita náboženského vztahu, pastorační poradenství, zabývající se prací přinejmenším ve zmiňovaných oblastech, a projevy, které upřesňujeme jako příznačné při selhání v relaci mezi Bohem a člověkem, je zřetelná jak pro TC, tak i pro evangelikální církve.

Pro kontrast : protidrogové a protialkoholní programy jednají s problémy mnohými způsoby, ale jen málokdy skrze jasnou osobní metafyzickou relaci, která ve všech aspektech programu, přímo i nepřímo, slouží v TC opravdu obdivuhodně.

Stojí za povšimnutí fakt, že mezi profesionály zabývajícími se mentálním zdravím je možno pozorovat nárůst hnutí, která si schopnosti a hodnotu duchovních zkušeností začínají uvědomovat. (Prasinos 1992). Existuje zde nějaká relace mezi efektivitou a duchovní zkušeností, můžeme se tedy podívat na výsledky, reportovány HEWem (Hessová, 1975).

Zařadit TC mezi takové druhy programů je však chybou, kromě omezeného měřítka, jakým jsou projevy závislosti.

Mnohé TC služby jsou licenčními protidrogovými a protialkoholními programy v jejich odpovídajících státech. V takových případech se stát díval na kategorie lidí, jimž jsou služby nasměrovány. Pozorováním úsilí vyvíjeného směrem jak zastavit závislost na chemických látkách potom bylo TC definováno jako "*alternativní program*" nebo "*netradiční program*". Zatímco ty typické druhy programů nikdy nebyly v tomto směru problematické, pokud se měnila legislativa v některých státech, zmíněné legislativní změny způsobily vynucení u TC služeb, aby se pohnulo některými jejich zvláštnostmi. Ironií v jednom z těchto států je, že u vzniku TC státní úřady původně vůbec nedokázaly pochopit, proč by TC mělo být právně legalizováno, kdežto teď jsou tyto služby velmi vyhledávány. Často se v legislativě střetávaly různé filozofie metod léčby.

TC centra pak byla donucena upustit z některých svých základních principů. Jasná prohlášení agencím, a zvláště těm řídicím, ohledně toho, čím TC je, by mělo právně TC oddělit od považování za součást běžných protidrogových a protialkoholních programů.

## **STRUKTURA**

V popisu struktury se na TC musíme dívat ze tří perspektiv:

1. Především pohled Církve a role TC pro církve a v církvi
2. Pohled, který hodnotí TC celkovou službu v obvyklém pětifázovém TC způsobu práce
3. Struktura programu coby struktura terapie

## **Rozsah Círky**

TC musí být chápáno jako součást Círky s vyškolenými služebníky, kteří jsou specializováni pro službu velmi ostře raněným lidem. Od množství jejich problémů a od možností lokální církve záleží možnost efektivního zásahu, z čehož TC vychází a zasahuje tedy na mnoha různých úrovních, kam církevní možnosti nesahají nebo jsou nedostačující. Zásah TC však celkově zachovává jak záměry, tak různé procesy a cíle církve, protože TC Církví je, tj. evangelizuje a účastní se na průběhu procesu posvěcení člověka. Úroveň pastoračního poradenství závisí od množství a gradace problémů. Existuje pět úrovní (typů) zásahů církve a zde je přehled toho, co TC nabízí:

### 1. Zvratný bod

poskytuje intervenci skrze vyškolené dodatečné podpůrné skupiny, které pak dokážou jednat s problémy, s nimiž ne vždy může být nakládáno užitím klasického pastoračního poradenství ve sborech.

2. Je prováděn zvláštní výcvik TC v církvích ohledně pastoračního poradenství v oboru problémů, které kontrolují lidský život. Zvratný bod pořádá semináře ve sborech a jsou dávány instrukce tak, aby jednotlivci byli připraveni pro vedení podpůrných skupin.

Nadto jsou členové podpůrných skupin školeni ohledně jejich vlastní, osobní účasti na projektu. Momentálně je ve Státech asi 600 sborů, které používají program Zvratný bod. (Lee, 1992)

3. Existuje a nabízí se **osmadvacetidenní** ubytovací koncept se zapojením do Zvratného bodu posléze. Toto by mohlo překlenout dost velký skok mezi intervenčními skupinami Zvratného bodu a jednoročním ubytovacím programem v TC službách.

4. Existuje pětifázový TC system, který obecně vzato zahrnuje nejméně jeden rok ubytovací intervence.

5. V různých čtvrtích měst a v různých městech existují TC sbory.

## **Střediska Teen Challenge**

Výše uváděn bod čtyři reprezentuje asi 120 především ubytovacích TC druhů služeb a musí být probírán zvlášť a s ohledem na strukturu. Tyto služby globálně začínají evangelizací. Evangelizace je klíčem a historickou složkou služby. V roce 1991, v těchto 120 TC službách bylo zaznamenáno více než 12.000 obrácení na křesťanství. (Národní U.S.A. TC statistika.) TC tedy poskytuje krizovou intervenci pro obrácené, pokud to potřebují, a to jak ubytovacího, tak neubytovacího druhu. Dále jsou jedinci umístěni na tři až čtyři měsíce do příznivě uzpůsobených úvodních ubytovacích středisek. Po završení úvodní fáze jde student na minimálně osm dalších měsíců do výcvikového centra. Někteří studenti poté absolvují ještě re-entry hostel pro dosažení společenské znovuintegrace.

## Struktura ubytovacího programu

Pokud pozorujeme strukturu programu samu o sobě, je důležité chápat Teen Challenge.

Jakožto služba pomocí křesťanského učednictví, v mnoha složkách programu TC nacházíme prvky, jejichž účinek se projevuje jako terapie. Denní rozvrh sám o sobě se skládá hlavně z detailů, které vedou ke změnám způsobeným skrze křesťanský růst. Projevuje se to taktéž v pracovních složkách a zkušenostech, bohoslužbách, odpočinku, při jídle, v osobním i skupinovém poradenství, modlitbách, biblickém studiu, v učednických třídách a celkově i v osnovách TC - všechno to integruje terapeutický kontext směrem ke křesťanskému posvěcení. Mnohé TC služby mají poměrně malé terapeutické skupiny, kde je základem rozhovor vždy jednoho s jedním nebo skupinové poradenské sezení, avšak čistě terapeutické složky a jejich účinek jsou stále posilovány dalšími prostředky, které pak TC dále odlišují od ostatních modelů programů podobného druhu.

Sumarizací dospějeme k závěru, že TC je strukturalizováno s velkou flexibilitou směrem ke službě podle potřeby. Pokud je nutná ubytovací péče, TC nabízí velice dobře vyvinutý pětifázový učednický výcvikový program **anebo** ubytovací program v kombinaci s péčí podpůrných skupin, tak jak je to prezentováno v nabízeném osmadvacetidenním modelu.

## TEOLOGIE

Tento dokument teologický není.

Přece však, pokud známe cíle TC, je nezbytné pak poznat TC také teologicky. TC se pevně drží evangelikálního vyznání víry.

TC je mezidenominační.

Základní doktríny, které se týkají spasení a učednictví, jsou společnou půdou pro evangelikály, a dokonce jsou hlavní linií křesťanských denominací vůbec. Nadto, učení TC ve svém curriculum se neopírá o nějaké denominační specifčnosti, ale o pro-biblický životní styl. (TC Curriculum autora Batty'ho, 1992) Mnozí studenti přicházejí z různě odlišných teologických tradic, do nichž se posléze vrací. (Batty, 1992).

Harmonie, daná TC základy víry a tím, že obsahem učednictví TC nejsou denominační rozdíly, ale biblický životní styl, způsobuje, že se TC může stát určitým kontextem, kde mohou šíře spolupracovat evangelikální církve, a kde rozdíly jednotlivých denominací nejsou ničím podstatným. Výsledně: dnes jsou mnohé denominace reprezentovány ve všech úrovních TC.

TC věří a spoléhá na moc Ducha svatého, který přetransformovává životy studentů. Výcvik pastoračního poradenství personálu pak pomáhá aplikovat biblické principy do konkrétních situací studentů.

Teologie ohledně vysvobození zde pro některé je protikladem myšlenky dlouhodobé léčby, hlavně právě z důvodu dlouhodobé povahy jak ubytovacích, tak i neubytovacích TC služeb. Tato teologie předepisuje čas namísto teologie jednorázové zkušenosti úplného vymizení život kontrolujících problémů. Druhá možnost je však i pro TC přijatelná jako *možnost* toho, co činí Všemohoucí Bůh, ale *normální* zkušeností TC služeb to není.

Zároveň však TC pozorováním pokroků, které student dělá, pokaždé dospěje k definici, že jde o pokračující nadpřirozený Boží zásah. A i když dojde k momentálnímu vysvobození, nic to neubírá na tom, že je *stále* třeba studenta učit novému křesťanskému stylu života skrze výcvik uřednictví. Samotné vysvobození ještě totiž není známkou *křesťanské zralosti*.

## **TERAPEUTICKÝ PŘÍKLAD:**

### **ODPUŠTĚNÍ**

Tato část slouží jako příklad pro typ výcviku, jaký potřebujeme vyvinout, jakmile by měl být terapeutický model ztotožněn s Teen Challenge a aby se s ním shodoval.

Vyučování o odpuštění by měly následovat praktické kroky TC poradce, tak, aby pomáhal v tomto procesu, jenž u studenta probíhá.

K tomu, aby člověk byl efektivním TC(pastoračním) poradcem, musí mít hluboké poznání toho, čím je odpuštění. Toto v sobě zahrnuje jak etapy(stádia) odpuštění, tak faktory, které vypůsobují schopnost odpouštět a také soubory chyb, jakých se v napomáhání procesu odpuštění můžeme dopustit. (Rosenak 1992).

Odpuštění (v *angličtině*) znamená prominout, přehlížet chybu, omilostnit, vysvobodit a důvěřovat (Veenstra, 1992).

Skrze odpuštění rosteme v milosti a poznáváme zkušenost nepodmíněné a nekonečné lásky Boží.(Wahking 1992).

Ve světské psychologii se s adekvátním jevem nesetkáváme(Shontz and Rosenak 1988), protože takové odpuštění je efektem Kristova díla na kříži, a tedy hlavní náplní křesťanské zvěsti.

TC studenti mohou mít problémy jak v oblasti přijímání odpuštění, tak v tom, jak odpouštět, anebo obojí najednou. Podstatné zde je, aby TC poradce dokázal problém identifikovat a správně se jej chopit.

Praxe udílet a přijímání odpuštění je životně důležitou věcí křesťanského růstu.

Tato oblast je pro duchovní růst tak podstatná jako uctívání, biblické studium, modlitba a duchovní vedení.

Máme mnoho společně zjištěných fází odpuštění(Linn & Linn 1978). Tyto jsou : *fáze zranění, fáze hněvu a fáze hledání informací*. Dodatečné fáze jsou vyžadovány v případech, kdy bylo dosaženo jak smíření, tak odpuštění.(Rosenak 1992). Těmito fázemi lze projít v jednom dni nebo to také může trvat léta: vše závisí na přístupu.

Abychom si byli vědomi a předvídat fáze odpuštění, znamená to být schopni odhadnout etapu růstu, na které student je a také stanovit ty etapy růstu, které ještě mají být dosaženy. Aby bylo dosaženo odpuštění, je u většiny studentů třeba, aby prošli určitými emocionálními stavy, a to nezávisle na tom, kdo se zranění dopustil a nezávisle na tom, jak hluboce se toto zranění dostalo.

Velmi často odpuštění obsáhne oblast rodiny, zvláště pak rodiče.

### *Fáze zranění.*

Někteří studenti si jsou vědomi původu svých citových zranění, kdežto u ostatních si můžeme všimnout zapření reality těchto zranění, nebo se stává, že fakt zranění mohl být zatlačen do podvědomí a student momentálně nemá žádnou aktuální vzpomínku na toto zranění (zřejmě nejvíce u sexuálních zneužití).

Studentky mohou vyjádřovat nespokojenost se sebou samými, v ojedinělých případech i projevují sebenenávist.

Ve zkoumání po příčinách poradce může zjistit, že studentka často mluví o nedostatku jí věnované rodičovské péče, akceptace a času, jak v jejím dětství, tak později v dospělosti.

Může to brát tak, že její rodiče nemají nic společného s tím, jak to s ní teď vypadá a jaká je.

Příčina tedy ještě nebyla rozeznána, sice se projevují určité pocity zranění, ale tyto ještě nebyly propojeny s jejich pramenem.

### *Požehnutí*

Garyho Smalleye a Johna Trenta (1986) je vhodnou věcí jak studentům pomoci pochopit způsob fungování funkční rodiny. Skrze toto pak student může začít ztotožňovat své city se svou rodinou.

Někteří studenti přicházejí již ve fázi zranění, ale cítí beznaději, v domnění, že již nic nemůže být uděláno pro zmírnění bolesti, jakou v sobě mají.

Často také buďto nechtějí, nebo nejsou schopni se dostat do fáze hněvu ze strachu před tím, že by své rodiče zneuctili. Jiní se mohou bát toho, že by je jejich rodiče mohli i dále zraňovat.

### *Fáze hněvu*

Job se na Boha ohledně svých zkoušek (7:11) hněval. Bůh však nikdy Jobovi tento jeho hněv nevyčetl. Jobova ochota konfrontovat Boha se svým hněvem může být svědectvím hloubky jeho víry v Boha. Avšak v případě, kdy jde o rodiče, je pro studenta těžké odpustit, jestliže předtím nevezme na vědomí pravdu o jejich selháních. Pokud se o to přes to někdo pokusí, je to falešné a sám to cítí.

Studenti potřebují ujištění, že tím, že svůj hněv vyjádří při poradenském setkání, tím své rodiče nezraní. Pevné sebepojetí se tu zdá napomáhat schopnosti vyjádřit hněv, který je nutný k tomu, aby později student mohl aplikovat odpuštění.

### *Fáze vyhledávání informací*

Ve fázi vyhledávání informací se pro studenta stává bolestivě nutnou záležitostí shromáždit informace ohledně osoby, která se dopustila jeho zranění, proto, aby mohl pochopit všechny její nedostatky. Pokud k tomu dojde ve vhodném čase (po fázi hněvu), tyto informace jsou nápomocné v odpuštění. Ve chvíli, kdy student začne rozlišovat svoje vlastní zranění a bolest, je pak pro něj lehčí uvidět negaci a odůvodňování, tedy způsob, jímž dosud tuhle záležitost ohledně oněch osob, které se na něm zranění dopustily, dosud řešil. Toto může vytvořit schopnost vcítit se do zmíněných osob, což proklesí cestu pravému odpuštění.

Existují různé argumenty, které mohou zprostředkovat studentův pohyb skrze tyto fáze. Například, jde o plynutí času, které je schopno zahojit rány, což vytvoří jizvy a po čase dojde k uzdravení.

Na druhé straně však neodpuštění při neustálém plynutí času může vést dokonce k ještě hlubší zahořklosti a k zášti.

Rozlišujeme osm faktorů, které na schopnost odpuštění mají vliv (Rosenak and Harnden, 1992):

1. Hloubka spáchaného zla
2. Vědomí zranění
3. Zda bylo zranění úmyslné či neúmyslné
4. Frekvence prožitého zla
5. Vztah zraněného k původci rány
6. Síla osobnosti zraněné osoby
7. Rozhodnutí odpustit
8. Osobní studentův průběh odpuštění

Tato část na příkladu odpuštění pojednává o primárních psychologických jevech v odpuštění.

Biblické učení na toto téma však předchází tuto část coby aktuální výcvikový dokument.

Například, ostatní důležité faktory které by bezpodmínečně měly být studenty pěstovány, je modlitba a půst, a očekávání na Boží zásah. Nemůžeme předvídat jakým způsobem Duch svatý začne jednat ani kdy (Jan 3:8). Bůh však odpovídá na modlitby (Matouš 7:7) a Bůh zasahuje do myšlení lidí (Exodus 10:20). Tabulka 4 vykresluje tyto oblasti:

*Tabulka 4:*

Existuje množství věcí, kterým se TC poradci budou chtít vyhnout ve snaze pomoci průchodu odpuštění. Rozhodnutí odpustit ještě neznamená odpuštění, ale toto je důležitý začátek.

Po tomto rozhodnutí bude nezbytné, aby student prošel procesem zármutku. V Ozeáš 11:8-9 vidíme Boží zármutek nad nevěrným Izraelem.

Student, který říká, že úplně odpustil(a) na základě vlastního rozhodnutí, možná ještě stále hledá cestu odplaty nebo revanže. Je to průvodní znak toho, že odpuštění má teprve nastat.

Další chybou by bylo studenta vést k odpuštění předtím, než budou vyřešeny problémy s jeho sebehodnocením.

Odpuštění nesmí být chápáno jako tolerance hříchu.

Když papež odpustil pistolníkovi, to vůbec neznamenalo, že by tento byl pak propuštěn z vězení. Pokud se na odpuštění díváme jako na toleranci hříchu, je to často projevem spolupodílnictví na tomto hříchu (Rosenak 1992).

"Že začínáš odpouštět poznáš podle toho, že když si připomínáš ty, co tě ranili, tak cítíš v sobě moc přát jim to nejlepší." (Smedes, 1984)

## **PŘEHLED SVĚTSKÉ LITERATURY**

### **Cíl**

Následující přehled literatury uvažuje o článcích, které obecně řečeno hledají způsob popisu účinnosti tradičních protidrogových a protialkoholních programů.

Celkově vzato, tato literatura zprostředkovává popis takových programů.

Tento popis tedy při společném posuzování s předcházejícími tématy tohoto dokumentu, pak dále odlišuje TC od zmíněných programových typů.

### **Faktory, skládající se na úspěch či neúspěch**

#### **léčby chemických závislostí**

##### **Faktory úspěchu**

Jedním z hlavních faktorů úspěšnosti většiny rehabilitačních programů je délka pobytu. V přehledu současné literatury, Allison a Hubbard (1985) zjistili, že delší časový úsek, na nějž je léčba rozložena, jde spolu s jejími lepšími výsledky.

Opravdu, Charuvastra a spol.(1992) označil délku trvání léčebného programu jako primární determinant úspěchu či selhání, a to ve své studii válečných veteránů s chemickými závislostmi. Jednou z příčin, proč je délka terapie důležitá je, že pacienti, kteří léčbu ukončí brzy, nenačerpali z programu jeho plný profit. (Gottheil a spol,1992). Tento profit byl demonstrován McLellanem a spol. (1982), který prokázal znatelně lepší výsledky pacientů s delší dobou pobytu v programu, a to v následujících oblastech: zaměstnanost, abstinence, právní status, psychologická funkčnost. Stejně základní věc pro udržení abstinence je změna životního stylu. Marlatt and Gordon (1985), například, nabízejí jako alternativní možnost (namísto užívání drog) sport a cvičení. Cvičení se zdají mít pozitivní vliv na sebehodnocení, což je nápomocné při prosazování změny v chování.( Brownell, Marlatt, Lichtenstein & Wilson, 1986). Nezávisle na používaných metodách, je terapie nejvíce úspěšná, když jsou pacienti schopni změnit svůj životní styl ihned po ukončení terapie (Page & Mitchell, 1988).

Výsledně, návrat do normálního života je stálým procesem který v sobě zahrnuje stále odevzdání ve výstavbě zdravějšího a plnějšího životního stylu. (Prezioso, 1987)

Ve svém nevědeckém článku Lefever (1992) je názoru, že závislost je určitým rozvratem nálad, a že úspěch jeho programu Dvanáct kroků může být přičten samoregulaci nálad. Toto podtrhuje potřebu změny životního stylu v průběhu léčby.

Mnohé výzkumy trvají na tom, že rehabilitace je rodinným procesem (Feigelman, 1990; Sandberg a spol, 1991).

Mc. Lellan a spol(1986) například zjistil negativní relaci mezi tím, že je někdo ženatý a mezi úspěšností jeho léčby, tím, jak dále pokračuje.

Naopak, Charuvastra a spol(1992) identifikovali relaci úspěšnosti mezi dlouhodobým pobytem pacientů, kteří byli takto od svých protějšků odděleni. Zdá se to poukazovat na fakt, že manželské problémy jsou pro narkomana pramenem stresu a že tedy drogy a alkohol představují cestu úniku.

I když kriticky důležité pro změnu chování jsou sociální statusy, různorodost problémů v těchto oblastech je příčinou toho, že ať vezmeme jakýkoliv jednotný přístup, je zcela nepravděpodobné, že by tento byl přijatelný pro každé individuální manželství. (Brownell, 1986).



Je jasné, že tak či onak, zapojení rodiny do programu léčbu podporuje přirozeností svých podmínek, a že se tak posiluje rovněž klientův sociální podpůrný systém. (Siddal & Conway, 1988).

Kosten, Rounsaville and Kleber 1986 zjistili, že pacienti byli více úspěšní pokud se do programu vraceli po temném období, jaké prožili mimo terapii.

Tohle může být pro pacienty možnost, jak ustálit a vevnitřnit stimul, jenž Miller(1991) identifikuje jako základní pro dosažení úspěchu.

Posláním jednotlivého léčebného programu každopádně je i to, že je pacientům dovoleno se nějakým způsobem v tom či onom programu umístit, realizovat. (Yohay, 1986)

Motivace, jakou jedinec pro rozhodnutí k léčbě má, je rovněž důležitou složkou úspěchu.

Dokonce právní nátlak může sloužit jako motivace pro mnohé pacienty, kteří později úspěšně léčbu dokončí. (Sandberg a spol,1991). Siddal & Conway, 1988, zjistili, že u nedobrovolných svolení k léčbě spolu se zapojením trestního práva, lze odlišovat klienty úspěšné od neúspěšných.

Znatelně zesiluje potenciál úspěchu stálé zaměstnání, protože je to pro mnohé pacienty další forma motivace (Siddal & Conway, 1988). V přehledu své literatury, Allison a Hubbard (1985) zjistili, že zaměstnanost je jedním z nesilnějších vlivů na dlouhodobý úspěch. Měli bychom si také všimnout, že od charakteru zaměstnání, lze také odvozovat i sociální stabilitu pacientů a menší výskyt nebo frekvenci problémů (Miller & Hester,1986)

Pokud je léčba nutná, každopádně, nucená hospitalizace kombinovaná se setkáními AA je ta nejvíce produktivní a úspěšná možnost pro zaměstnavatele, kteří chtějí pomoci svým pracovníkům. (Walsh a spol,1991)

Velký počet faktorů, skládajících se na úspěšnost léčby, je vlastně překážkou v tom směru, aby se jakýkoliv program stal všeobsláhlý. Jakkoliv tomu je, Lefever, 1992, sugeruje, že je možné do léčebného procesu integrovat duchovní principy, lidská chování, neurochemii a genetiku. Toto by pacientovi skýtalo největší šanci na úspěch.

### **Faktory selhání**

Ferrell a Galasi poukazují na to, že bez určité formy stálého pokračování v léčbě a bez úpravy životních podmínek se často dostavuje recidiva. Proto by měly být léčebné programy tvarovány takovým způsobem, aby pacienti byli vždy nablízku léčebným možnostem nebo jejich pokračování (Leukefeld a Tims, 1989).

Pacienti s problémy vyžadujícími psychiatrickou pomoc mohou nečerpat z léčby vůbec žádný prospěch, a to bez ohledu na délku pobytu. Psychiatrická rovnováha pacienta byla označena jako nejdůležitější rys pro léčebný úspěch daného pacienta. (Mc Lellan 1986, Mc Lellan 1982).

V analýze prevence recidivy Brownell(1986) identifikoval skupiny různých faktorů, které z neúspěchem souvisejí.

První skupinou jsou individuální, vněsobnostní faktory.

Tyto faktory obsahují negativní citová rozpoložení, neadekvátní motivace, osobní odezvu na léčbu, napodobování.

Další skupinou těchto faktorů jsou faktory fyziologické.

Třetí a poslední skupina, jsou faktory související s prostředím a sociálními podmínkami, včetně sociálních podpor a stimulů ze strany prostředí.

Tyto tři oblasti jsou spolu prokombinovány a propojeny a dohromady určují možnost selhání.

### **Faktory předčasného opuštění střediska**

Krátkodobá terminace léčení může být vážným problémem pro každý rehabilitační program. Tímto problémem se zabývali Allison s Hubbardem (1985), kteří navrhuji, aby pro každý rehabilitační program byla stanovena minimální délka pobytu, jaký musí být absolvován pro dosažení pozitivního efektu.

Předčasné opouštění rehabilitačních programů je důležitou složkou každého výzkumu v této oblasti. Gottheil, McLellan and Druley (1992) omezili schopnost generalizovat v oblasti délky pobytu, protože nikdo ze zkoumaných pacientů nebyl léčen v programu designovaném pro krátkodobý pobyt. Je velmi pravděpodobné, že pacienti v těchto dvou skupinách se budou lišit motivacemi, což je dost podstatná část léčebného procesu. (Leukefeld & Tims, 1989).

Feigelman (1987) zjistil mnohé faktory skládající se na úspěšné završení léčby. Některé, které násobí možnost úspěchu: věk, etnicko-náboženská identifikace, vyšší status vzdělání a pracovní zařazení otce, osobní zapojení, to, zda se jedná o jediné dítě v rodině či nikoliv, a oboustranný zájem rodičů.

Faktory, které násobí neúspěch: narkomanie rodičů, kriminální záznamy a deprese.

Charuvastra (1992) označil některé důležité vlivy věku a rasové příslušnosti osob, které se podrobují léčbě. Například v roce 1973 většina pacientů byla ve stavu svobodném, byli to lidé bílí a ve věkovém rozmezí 18-25, kdežto v roce 1985 typickým pacientem byl člověk ve věku 30 nebo více let a byla určitá šance že tento člověk pochází z menšiny kavkazských přistěhovalců.

Stark v r 1992 poukázal na to, že nižší sociální status je pozitivně spřízněn s předčasným opuštěním programu. Pokud tyto výzkumy srovnáme s Feigelmanem (1987), vidíme důraz stejného druhu ohledně drogové a alkoholové závislosti. Jakoby nižší sociální skupiny menšinových národností byly terčem celé populace, aspoň co se toho problému týče.

Pacienti, kteří přicházejí do programu se slabým zapojením, jeví větší pravděpodobnost předčasného odchodu než ti, kteří se do něj zapojí houževnatě. (Allison & Hubbard 1985) Klienti, kteří reagují prudkou osobní odevzvou a dostává se jim individuální pozornosti, stálé péče a jsou v malých skupinách, projevují tendence zůstat v programu déle. (Stark 1992). Tento proces může být zesílen pomocí přátelskosti a pohodlí prostředí. Jedním z důležitějších faktorů v prevenci únavy z léčby je lékař, který se na pacientově úspěchu podílí. Sansone(1980) objevil, že stálost rozhodnutí pro léčbu může být ještě zvýšena pokud je na počátku léčby pacientovi věnována patřičná pozornost, a zvláště pokud se jedná o ženy, dorůstající mládež, nebo osoby se silným temperamentem.

Takový závazek však může znamenat, že se vynasnažíme o to, aby pacientovi byla poskytnuta určitá autonomie.

Miller & Hester (1986) sugerují, že pacienti, kteří se nacházejí v programu s méně prudkým personálem budou projevovat větší změny k lepšímu.

Allison & Hubbard (1985) zjistili, že u pacientů, kteří se projevují psychologickými anomáliemi, zvláště depresemi, je předčasné opuštění programu pravděpodobnější.

Tento - paralelní- výsledek mnoha výzkumů identifikoval psychologický stav člověka jako nejdůležitější predikt úspěchu léčby. (McLellan 1986, Gottheil 1992)

Craig, Rogalski and Veltri (1982) označili velký počet různých vlivů na předčasné opuštění programu.

Jedním z nich je denní doba přijetí pacienta. Pacienti, kteří v programu zůstali a dokončili jej, většinou byli přijati během večera.

Dále bylo zjištěno, že se únava léčbou objevuje častěji u skupiny pacientů, jejichž přijetí zabralo jen malý časový úsek.

Pro tyto výsledky k nimž Craig a spol. došli, neexistuje žádné vysvětlení, ale možná, že zde záleží na míře osobně věnované pozornosti, případně na přístupu přítomného personálu. (Allison & Hubbard, 1985, Stark 1992)

Ve studii podobného druhu, Siddal & Conway(1988) výsledky léčby spojovali s nedobrovolností vstupu, zapojením rodiny postiženého, systémem sociálního zabezpečení, zaměstnaností (propouštění) a různými problémy ohledně zdravotních pojišťoven.

Pacienti, kteří jsou při příjmu zaměstnaní, projeví značně větší schopnost završení léčby a mnohem delší průměrnou délku pobytu ve srovnání s nezaměstnanými. (Novick a spol 1987)

V přehledu nejnovější literatury si všimneme, že mladší věk je nejčastěji spojen se selháním a předčasným ukončením léčby. Další proměnné faktory s vlivem na předčasné ukončení byly: sociální izolovanost a sociálně-ekonomický status.

Výsledně: zapojení do terapie rodiny postiženého a zmírnění takto léčebných nákladů dokáže mít vliv na setrvání v programu skrze větší dostupnost léčby i pro osoby s nízkým příjmem.

Bylo zaznamenáno, že na únavu léčbou nebo naopak setrvávání v ní má podíl i celková délka závislosti, násilnost(či nenásilnost) vstupu, psychopatologie i klientova očekávání.

Méně poškození pacienti mohou aktuálně zjistit, že bude lepší, když léčbu přeruší a zkusí to někdy později znovu.

Při znovuabsolvování programu pacienti fungují zpravidla mnohem lépe, než když přišli na léčení poprvé. (Kosten, Rounsaville & Kleber, 1986). Sansone(1980) rovněž poukazuje na to, že při druhotném pokusu jsou pacienti pro léčbu připraveni mnohem lépe. Přesto Stark v r. 1992 zjistil, že to není pravidlem, že se pacient podruhé vrátí lépe připraven pro léčbu. Přehledem jeho literatury zjistíme, že pacienti mají opravdu velkou šanci na úspěch, pokud se úspěšně chopí své první léčebné příležitosti a zapojí se i do nějakých poléčebných aktivit.

## Plány modelu terapie

Cílem každého léčebného programu je pozměnit ničivé typy chování. De Leon and Rosental(1979) sugerují, že toto musí být docíleno skrze životní styl, který by eliminoval jak drogy, tak i antisociální chování, dále je třeba vyvinout pracovní návyky, sebespoleh a poctivost (citát Allison & Hubbard).

Již dříve jsme viděli, jak je důležité zůstat v programu déle a nyní víme i proč: kvůli tomu, aby se zmíněných cílů dosáhlo. (Page & Mitchell, 1988)

### *Vstupní pozorování*

Protože je velký počet faktorů s vlivem na úspěch léčby, pozorný *screening* je nezbytný pro vyčlenění těch jedinců, kteří by mohli mít užitek z léčby krátkodobé.

Mc Lellan a spol(1986) zjistili, že demografické informace jsou pro předvídaní postléčebného úspěchu neefektivní.

V podobné studii Craig (1984) zjistil, že ani testy osobnosti nejsou spolehlivé pro určení léčebného úspěchu.

Avšak Mc Lellan a spol(1986) a později i Gottheil(1992) objevili, že faktorem, podle něž se úspěšnost dá určit s největší pravděpodobností, je stupeň *psychické devastace*, tak jak je určen skrze *Index zničení, způsobených závislostí* (Addiction Severity Index - ASI). Za povšimnutí stojí, že McLellan ASI vymyslel a zapojoval se do všech studií tohoto profilu.

V TC je pozorování prováděno jiným způsobem.

Předpověď poléčebného výsledku je založena na tom, jak úpěnlivě jednotlivec hledá pomoc u Krista, přičemž v mnoha případech TC souhlasí s pobytem každého pacienta, který touží po pomoci vůbec a který chce následovat pravidla, jimiž se TC služby řídí. TC ředitelé spoléhají velkým dílem na nástroje, jež ve svém léčebném procesu používají, spíše se však vyhýbají určování výsledku těmiž nástroji.

Negativní psychiatrické změny jsou velmi důležitým jevem ve vývoji rehabilitačních programů.

McLellan a spol (1983) ztotožnili silnější infikovanost negativními psychickými změnami s každopádně slabšími výsledky. Ve své dřívější studii, McLellan a spol.(1982) zjistili, že pacienti, kteří v programu prošli tímto screeningovým procesem, pak mnohem lépe psychologicky fungují. Proto je screeningový proces důležitou částí terapeutického plánu, který by mohl obsahovat naplnění potřeb a soustředění na individuálních potřebách pacientů a tedy mít největší šance na úspěch. (Brownell a spol 1986).

Gottheil měřil efekty psychiatrického poškození v jeho doporučených 90 pobytových dnech. Kolem 40.-47.dne bylo zjištěno, že skupina nízkého a středního poškození prokazatelně projevuje lepší efekty než skupina s poškozeními hlubšího rázu. Proto bylo nutné k programu připojit několik vybraných dodatků, aby byl tento krátkodobý program využit efektivněji.

V mnoha TC službách s emocionálně disturbovanými pacienty nejednáme, namísto toho lze mluvit o určité selekci.

Kritickou částí hodnotícího procesu je *screening* toho, zda je daný pacient odpovídající.

V tomto stádiu je velmi důležité určení motivací, protože klientovy aspirace a předmět programu spolu musí tvořit jeden celek, mají se doplňovat. (Miller 1991). Pro efektivitu každého programu je důležitou věcí fakt, zda je klient plně vydán změnám (Brownell 1986).

V TC si opakovaně vidíme, že realizace našeho vstupního procesu nespočívá ve formálním kladení si otázky.

V mnoha TC službách však přesto studentova snaha je determinována pouze dodržováním pravidel a skrze práci se studentem.

*Screening* a přijetí klienta by mělo být vedeno v osobní anamnéze studenta, včetně délky a druhu drogové závislosti a dalších faktorů ohledně této věci. (Leukefeld & Tims 1989).

Screening a ohodnocení při příjmu je dobrým podkladem k přípravě individuálního plánu pro každého pacienta zvláště.

Často je třeba pro efektivitu léčby stanovit dvojí možnost diagnózy. (Sanberg, Greenberg & Birkman 1991)

Je velice těžké dopředu určit jednotlivce, kteří budou čerpat prospěch z určitého jednotlivého programu.

Důležitost takového určení však byla zdůrazněna Sandbergem a Conwayem (1988), kteří zjistili, že správný příjmový screening dokáže redukovat možnost předčasného ukončení. Jejich plán zahrnuje odhad motivací, stálou dohledovou péči a úvod léčebného procesu pro klienty i pro jejich rodiny. Velmi moudrým způsobem zde jako nástroje pro vyhodnocení předpokladů, jaké pacient má, bylo použito ASI faktoru, z čehož nejvíce jejich psychiatrické stability (Gottheil a spol. 1992, McLellan 1986)

*Individualizace programu.*

Je tu důležité pochopit studentovy motivace a rozhodnutí, jaká student v léčebném procesu činí.

Část procesu znamená profesionální vzdělávání a programový výcvik, jenž slouží k prodiskutování nových konceptů i praxi v tomto směru. (Leukefeld & Tims 1989).

Je to určitá pojistka faktu, že plán každé terapie může být individualizován a že síly každého pacienta mohou být vhodným způsobem rozvinuty (Miller 1991).

Tento proces čítá rovněž správné stanovení a rozvoj sociálních návyků každého klienta (Ferrel and Galassi, 1981). Miller and Hester (1986) zasugerovali, že léčebné metody pro každého pacienta mohou být stanoveny podle sociální stability a stupně prohloubení závislosti.

Navíc, pokud by byl každý léčebný program vždy individualizován, bylo by pak možné pobyt každého pacienta stanovit na co nejmenší nutný časový úsek. (Sansone 1980)

Pacienti, kteří spadají do kategorie hluboce psychicky nemocných lidí většinou nejsou schopni čerpat žádný prospěch ze žádné léčby (McLellan a spol 1993).

Sandberg a spol (1991) určili čtyři léčebné metody v závislosti od stupně psychiatrického narušení pacienta. Tyto plány terapie jsou obecně rozčleněny do čtyř skupin:

1. První skupinu tvoří lidé s prvotní psychiatrickou diagnózou, jež určuje výkyv způsoben chemickou závislostí. Takovým pacientům nejvíce prospěje hospitalizace, načež ambulantní psychoterapie, farmakoterapie a AA/NA kluby.
2. Druhá skupina je skupina postižena závislostí způsobem, který je diagnostikován jako problém rozvinuté chemické závislosti. Tato skupina by se měla podrobit 14-21 dennímu rehabilitačnímu programu, později ambulantní protidrogové poradně a zapojit se do AA/NA klubů.
3. Třetí skupina je skupina s antisociálními postoji. Chemická závislost těmto pacientům dokázala zkomplikovat život takovým způsobem, že se jejich život začal charakterizovat právě antisociálním chováním. Pro tyto typy lidí je nejprospěšnější se zapojit do terapeutické komunity ubytovacího typu, později protidrogová poradna a AA/NA kluby.
4. Poslední skupinou je smíšená skupina a pacienti zde mají problém s kombinací prohloubené drogové závislosti spolu s určitými typy poruch osobnosti, přičemž jsou typy jejich osobnosti dost lehce narušitelné a křehké. Léčba takových pacientů musí probíhat zvláštním, zindividualizovaným způsobem, s použitím dvojích možností diagnóz, proto se navzájem bude případ od případu velmi lišit.

McLellan a spol (1983) je názoru, že z praktického hlediska bude lepší doporučovat pacientům s neprohloubenou závislostí jak na drogách, tak na alkoholu, spíše programy s ambulantní léčbou. Všechno poukazuje také na to, že v této skupině dosažení cíle touto cestou je možné. V přehledu 16 studií o ubytovacích terapiích, Miller & Hester(1986) zjistili, že ubytovací péče svými výsledky nijak nepředčí ostatní léčebné alternativy, notabene méně drahé. I když DeLeon, Wexler & Jainchill(1982) zjistili, že existuje vztah mezi pobytem v terapeutické komunitě a pozdějším společenským statusem pacienta a následovným jeho vedením.

### **Duchovní implikace**

Duchovní stránka rehabilitace by při zkoumání faktorů úspěchu rozhodně neměla být přehlížena.

Jelikož funkce duchovní oblasti lidského ducha a drogová závislost jsou často propojeny se změněnými stavy lidského svědomí, proto hluboký duchovní život může zaplnit mezeru vzniknuvší při vynechání závislé látky.

Je to důvod, proč by se pacienti měli pokusit o to, aby se svými duchovními potřebami byli seznámeni jakožto se součástí léčebného procesu(Marlatt & Gordon 1985)

Prezioso(1987) tvrdí, že závislosti jsou stejně tak duchovního jako fyzického rázu. Proto je duchovnost klíčem k úspěšné léčbě a k uzdravení. Prezioso cítí, že závislost tíhne k tomu, aby se stala danému člověku jeho bohem, modlou.

Uzdravení v tomto kontextu znamená ustanovit správné vztahy k sobě samému, k ostatním a k vyšší síle.

Prezioso(1987) nabízí šest léčebných složek ke zdůraznění duchovna v rehabilitačním procesu.

První je periodický výcvik personálu na téma duchovna a jeho vztahu k rehabilitaci.

Druhá - diskusní kroužky personálu, setkávající jednou týdně.

Třetí je serie tří přednášek, vzdálenost mezi nimiž je vždy jeden týden, tyto přednášky mají vyvolat mezi pacienty diskuze na téma duchovno.

Čtvrtou složkou je diskusní kroužek pacientů, vždy jenou týdně. Tyto hovory se mají soustředit na hodnoty, kontrolu, vyšší síly, poctivost, zodpovědnost a povolání.

Pátá znamená jednou týdně představovat členy rodiny za účelem seznámení je s tímto předmětem.

Poslední složkou je individualizovaný plán terapie, nasměrovan stavům, v nichž se každý pacient nalézá.

#### *Rozvoj životních činností*

Identifikovat a vyvíjet sociální činnost způsobem pacientovi dostupným je rovněž důležitým faktorem úspěchu. (Ferrel & Gallassi., 1981; Siddal & Conway, 1988).

Miller(1991)objevil, že správné rozeznání a určení sil jednotlivce, pramenů z nichž čerpá, dalších podpor, kopírování zvyků, což je k zjištění u každého pacienta, je základem, takže je z ní možno formovat základnu pro stabilizaci zvyků nových.

Těžkosti v realizaci těchto programů spočívají v tom, že sociální a pracovní zvyky, hodnoty a zapojení do společnosti se nejlépe řeší v jejich přirozeném stavu věcí, tedy nikoliv v léčebném programu. (Peele 1990-91)

Nezbytnou věcí je však povzbuzování pacientů s hlubokými psychosociálními problémy, aby v programu zůstali tak dlouho, dokud jejich přirozená činnost nebude přepracována.(Kosten a spol 1986) Více pacientů s hlubokými problémy a s nízkou sociální stabilitou si lépe vede ve intensivnějších ubytovacích programech. Sociálně stabilní pacienti však z takového druhu programu prospěch mít nebudou(Miller & Hester, 1986).

Váha faktoru zaměstnanosti v úspěšnosti léčby znamená, že odborný výcvik by měl být součástí každé rehabilitace (Allison & Hubbard 1985)

Úspěch léčebného procesu může být zvýšen pracovními možnostmi pacienta. (McLellan a spol 1986)

#### *Procedury follow-up.*

Každý program by měl mít jasně designován systém pro povzbuzení v dalším následování pacientova rozhodnutí zbavit se drog (follow-up) (Leukefeld & Tims, 1989) . Van Metter and Rioux (1990) zjistili, že díky využití konečného poléčebného plánu, je možno zajistit prospívání každého pacienta, kromě toho pak dokázali redukovat délku pobytu, zvýšit pravděpodobnost abstinence a pomoci adolescentům normálně setrvávat ve školní docházce.

Miller & Hester (1986) objevili, že nezávisle na délce léčebného programu existuje pozitivní vzájemný vztah mezi celkovým zlepšenímstavu pacienta a poléčebnou péčí.

Brownell a spol (1986) položili důraz podobného druhu, a to při pokračování některé léčebné fáze po ukončení programu. Tato fáze může čítat stálý monitoring, sociální podporu a generální změny životního stylu.

#### *Dlouhodobé plány léčby*

Tradiční metodou léčby u zneužívání substancí je dlouhodobá klinická terapie. Yohay(1986) je názoru, že 12-15 měsíční ACI program v New Yorku má 85%

úspěchu svých absolventů. Statistiky jako takhle se zdají efektivitu takových programů podporovat.

Simpson(1979) zjistil, že pacienti, kteří v programu stráví méně než tři měsíce pobytu se později neprojevují o nic jinak než ti, kteří prošli pouze detoxikačním procesem.

Podobná studie, vedena Bale'm a spol (1980) dospěla k podobnému závěru, ale jejich objevy poukazují na 50 dní jako na minimální časový úsek každé léčebné struktury.

Mnohé další studie však podporují myšlenku, že delší léčba je spojena s efektivnějšími výsledky.(Allison&Hubbard 1985) Podporují to i závěry Page & Mitchella (1988), kteří zapsali, že programy potřebují mít takové časové rozpětí, aby dovršily svých cílů.

Sandberg a spol(1991) přichází s tím, že pacienti s antisociálním chováním více získají v déle terminovaných terapeutických ubytovacích programech.

Pacienti této skupiny mohli začít se zneužíváním návykových látek již ve velice raném věku. Proto by tyto programy měly být využity včetně skupinových terapií se vzdělávacími a odborně vzdělávacími složkami.

#### *Krátkodobé plány léčby*

Weddington, Brown, Haertzen a Cone(1990) podávají zprávu, že 28 dní abstinence stačilo závislým na kokainu pro trvalé zlepšení stavu nálad, pocitu hladu po droze a pro úpravu spánku. Miller(1986) má za to, že velmi krátkodobá intervence dokáže naplnit požadavky nutné pro pacientovu změnu.

Pro pacienty, kteří se snaží nepřerušit zaměstnání, je krátkodobá léčba jedinou alternativou.(Walsh a spol. 1991). Podobná omezení mohou být kladena i na adolescenty ze strany jejich školy. Vhodně strukturalizovaná léčba ubytovacího typu, by přece jen měla být efektivní když je dabována ještě terapií *follow-up*. (Van-Meter and Rioux,1990).

Prezioso(1987) vyvinul zvláštní 21-28.-denní program. V tomto programu klíčem k obnově pacienta je uzdravení jak duchovní, tak fyzické. Protože se závislost stává závislému jeho bohem, duchovní uzdravení potom dokáže zastoupit závislost a dát tak počátek dlouhému procesu samostatné léčby.

Taková jsou fakta, i když žádné empirické zkušenosti tyto závěry nejsou s to dokázat.

Ve studii, která srovnávala šestiměsíční program neubytovacího typu se dvěma krátkodobými ubytovacími programy, s průměrnou pobytovou délkou 31 a 28 dní, McLellan a spol(1986) objevili, že všechny tři programy byly úspěšné při redukci spotřeby drog a alkoholu, a že delší léčba je spojena s více obecným zlepšením situace. Toto zlepšení bylo registrováno v oblasti zaměstnanosti, faktoru ilegálních aktivit i v psychiatrickém statusu. Navíc, rozmanitost způsobů léčby i rozmanitost pacientů samotných umocňuje tato zobecnění, počíněna během zmíněných výzkumů.

#### *Srovnání dlouhodobých a krátkodobých plánů léčby*

Charuvastra a spol (1992) porovnával program jednorocní s programem tříměsíčním a zjistil, že delší léčba měla o 21% nižší procento neúspěchu. V jeho studii krátkodobý program prokázal 53% úspěchu za šest měsíců po propuštění, kdežto program dlouhodobý měl 74% úspěchu po stejné době. Stejně procento abstinence bylo zjištěno v šesti až dvanáctiměsíčním *follow-up* programu, ale jejich 74 % pochází z 21denního intenzivního intervenčního programu pro adolescenty.



Tento program dosáhl stejného procenta úspěšnosti ve vývoji abstinence, přičemž vyžadoval mnohem méně času. Součástí, která přispěla k úspěchu bylo snížení stresu těchto adolescentů skrze to, že mohli zůstat v normálních školách a přitom mohli být aktivně zapojeni do terapie nebytovacího typu.

Podobný intenzivní krátkodobý program možná bude rozumnou alternativou těm zaměstnavatelům, kteří chtějí pomoci svým zaměstnancům s problémy týkajícími se zneužívání látek. Walsh a spol (1991) porovnávali efektivitu tří možností terapie pro ty zaměstnance, kteří byli zrovna identifikováni, že zneužívají alkohol.

Použité metody léčby byly :

povinný pobyt na léčení klinikálního typu, povinná účast v AA klubech

nebo výběr z uvedených možností. Bylo zjištěno nejvyšší procento úspěšnosti při šestiměsíčním *follow-up* programu po krátkodobé léčbě s ubytovací strukturou, přičemž je to cenově mnohem přijatelnější možnost a navíc mnohem efektivnější než léčba pouze ambulantního charakteru.

Dále, takové léčení dovolí zaměstnanci setrvat během léčby v zaměstnání.

Je jasné, že završení nějakého rehabilitačního programu nezávisle od jeho délky, je důležitou složkou úspěchu.

Výsledně, léčebné programy by měly být dostatečně dlouhé na to, aby bylo dosaženo cílů daného programu.(Page & Mitchell, 1988). Pacienti, kteří ve programech zůstanou déle, budou mít z terapie maximální užitek (Simpson, 1979)

Miller(1986) jasně poukazuje na to, že existuje široká paleta léčebných možností, otevřena směrem k drogově závislému jednotlivci. Efektivita toho kterého programu pak definitivně závisí od anamnézy a postojů toho kterého pacienta. (Sandberg a spol 1991).

Chybějící informace ve srovnání efektivity krátko a dlouhodobých léčebných programů jasně zobrazují potřebu výzkumu v této oblasti.