

## Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment

### *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*



KALINA, K.<sup>1</sup>, VÁCHA, P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital in Prague; SANANIM Drug Services, NGO – Psychiatric Dept., Prague, Czech Republic

<sup>2</sup> SANANIM Drug Services, NGO – Karlov Therapeutic Community, Czech Republic

**Citation:** Kalina, K., Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie*, 13(2), 144–164.

**SUMMARY:** Dual diagnoses (DDs) are found in an average of 50% of both addictological and psychiatric clients. It is generally accepted that clients with DDs have more severe health and social consequences, more difficulties in treatment, and worse treatment results than clients with a single disorder. The paper starts with a summary of the literature on the frequency of DDs and their diagnostic profiles and etiological assumptions. Then various treatment methods and models are discussed. In the next part, the integrated treatment of DDs in therapeutic communities (TCs) for drug addicts is analysed. Its conditions, possibilities, and limits are considered in terms of the clients' perspectives, the competences of the staff, and the role and position of a psychiatric consultant. The viewpoint of the therapeutic team and their capacity, acceptance, and expectations are also taken into account. At the end, some topics for future research are mentioned.

**KEY WORDS:** TREATMENT OF ADDICTIONS – DUAL DIAGNOSES – INTEGRATED TREATMENT – THERAPEUTIC COMMUNITIES – PSYCHIATRIC INTERVENTIONS

**SOUHRN:** Duální diagnózy (DD) tvoří průměrně 50 % adiktologické i psychiatrické klientely a obecně je přijímáno, že klienti s DD mají závažnější zdravotní i sociální důsledky, těžší komplikace v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou. Článek nejprve přináší souhrn poznatků DD, referuje o jejich četnosti v adiktologické i psychiatrické klientele, diagnostickém profilu a možné etiologii. Zabývá se rovněž léčebnými metodami a modely léčby, z nichž je za nejvhodnější pokládána léčba integrovaná. V další části rozebírá článek podrobně předpoklady, možnosti a meze integrované léčby DD v terapeutických komunitách pro závislé (TK), a to jak z hlediska klienta, z hlediska požadavků na kompetence personálu TK, z hlediska konzultujícího psychiatra a konečně i z hlediska terapeutického týmu. Na závěr jsou uvedena některá výzkumná témata, která si v budoucnosti zasluhují pozornost.

**KLÍČOVÁ SLOVA:** LÉČBA ZÁVISLOSTÍ – DUÁLNÍ DIAGNÓZY – INTEGROVANÁ LÉČBA – TERAPEUTICKÉ KOMUNITY – PSYCHIATRICKÉ INTERVENCE

**Submitted:** 22 / APRIL / 2013

**Accepted:** 24 / JUNE / 2013

**Address for correspondence:** Kamil Kalina, MD / [kalina@adiktologie.cz](mailto:kalina@adiktologie.cz) / Department of Addictology, 1<sup>st</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague and General University Hospital, Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

## ● 1 A SHORT INTRODUCTION TO DUAL DIAGNOSES

In the literature on psychiatry and addiction, the term “dual diagnosis” is used to refer to the concurrence of a substance use disorder and another psychological disorder. It is, in fact, a specific type of psychiatric comorbidity which generally means two or more psychological disorders occurring in one patient/client (Williams & Cohen, in Miovska et al., 2008). However, the terms “comorbidity” and “dual diagnosis” are often used interchangeably. EMCDDA (2004) defines comorbidity or a dual diagnosis as “co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder”. In order to accept such a definition of the concept, however, one must recognise that a psychoactive substance use disorder, and dependency in particular, is also a mental disorder, not a social problem or a moral failure, for example (see NIDA, 2010).

While the data about the representation of dual diagnoses among clients in drug treatment vary, they seem to show reasonable consistency despite the great variability of study samples and research methods. In its extensive review of studies of clients in treatment, EMCDDA (2004) reported 30-50% of dual diagnoses. Earlier studies, such as those of Tims et al. (1997) and Regier et al. (1990), indicated rates near the lower end of this range, 35% and 38% respectively (cited in Miovska et al., 2008). Similar results were generated by the first Czech study concerned with this issue, which found 35% psychiatric comorbidity in a sample of 200 clients in treatment for opiate and methamphetamine dependency (Mravčík et al., 2003). The array of data available since the publication of the 2004 EMCDDA report seems to uphold the 50% level. The results of our 2012 survey (see Section 6 below), indicating almost 47% psychiatric comorbidity among clients of therapeutic communities, are rather typical, although NIDA (2010) reports up to 60%. The question is, however, whether dual diagnoses are really on the rise or whether we just pay more attention to them.

Addictive disorders are found in approximately 50% of psychiatric patients (see, for example, Horsfall et al., 2009; Hides et al., 2010; NIDA, 2010).

The above studies suggest that personality disorders and anxiety and depressive disorders (the latter two usually show the highest prevalence), eating disorders, and a variety of psychotic disorders seem to predominate in the psychiatric comorbidity diagnostic profiles of clients with substance use disorders. Studies that specifically focus on a certain diagnostic area, such as personality disorders (e.g. Jeřábek, 2008), stress disorders (e.g. Dass-Brailsford & Myrick, 2010), or ADHD (see another article in this issue), usually arrive at significantly higher numbers than works assessing a wider range of disorders.

## ● 1 STRUČNÝ ÚVOD DO PROBLEMATIKY DUÁLNIÍCH DIAGNÓZ

Pojem „duální diagnóza“ je v psychiatrické a adiktologické literatuře používán pro souběh poruchy z užívání návykových látek a jiné psychické poruchy. V podstatě jde o specifický typ psychiatrické komorbiditity, jíž se obecně rozumí výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho pacienta/klienta (Williams & Cohen, in Miovska et al., 2008). Pojmy „komorbidita“ a „duální diagnóza“ se ovšem často zaměňují. EMCDDA (2004) definuje komorbiditu nebo duální diagnózu jako „souběžný výskyt poruchy spojené s užíváním psychoaktivní látky a další duševní poruchy u téhož jedince“. Předpokladem přijetí takto definovaného pojmu je ovšem uznání, že porucha z užívání psychoaktivních látek a zejména závislost je také duševní poruchou, nikoliv např. sociálním problémem nebo morálním selháním (viz NIDA, 2010).

Údaje o zastoupení duálních diagnóz mezi drogovou klientelou se různí, navzdory velké variabilitě zkoumaných vzorků a výzkumných metod vykazují určitou konzistenci. EMCDDA (2004) uvádí v přehledu řady studií u klientů v léčbě 30–50 % duálních diagnóz; údaje před tímto datem jsou spíše při dolní hranici tohoto širokého rozmezí. Např. Tims et al. (1997) udávají 35 %, Regier et al. v r. 1990 38 % (cit. in Miovska et al., 2008) a podobně vyznívá i první česká studie, která u vzorku 200 léčených klientů závislých na opiátech a metamfetaminu našla 35 % psychiatrické komorbiditity (Mravčík et al., 2003). Nepřehledné množství údajů od publikace EMCDDA z r. 2004 se spíše blíží 50 %. Naše šetření z r. 2012 (viz oddíl 6 článku) se zjištěnými téměř 47 % psychiatrické komorbiditity v klientele terapeutických komunit je spíše typické. NIDA (2010) udává až 60 %. Je ovšem otázkou, zda duálních diagnóz opravdu přibývá, nebo zda si jich více všímáme.

U psychiatrických pacientů se závislostní porucha zjišťuje přibližně v 50 % (viz např. Horsfall et al., 2009; Hides et al., 2010; NIDA, 2010).

V diagnostickém profilu klientů s poruchami z užívání návykových látek psychiatrických komorbidit se podle výše uvedených studií nejvíce objevují poruchy osobnosti a úzkostné a depresivní poruchy (poslední dvě společně obvykle představují největší podíl), dále poruchy příjmu potravy a různé psychotické poruchy. Studie cíleně zaměřené na určitý diagnostický okruh, např. na poruchy osobnosti (např. Jeřábek, 2008), stresové poruchy (např. Dass-Brailsford & Myrick, 2010) nebo ADHD (viz jiný článek v tomto čísle) obvykle dospívají ke značně vyšším číslům než práce hodnotící širší spektrum poruch.

Z hlediska etiologie je v zásadě možné rozlišovat tři skupiny komorbidních uživatelů drog (Miovska et al., 2008; NIDA, 2010). První skupinu tvoří lidé s psychickou poruchou mimo závislostní okruh, bez ohledu na fakt, zda skutečně vyhledali odbornou pomoc a psychické problémy

In terms of etiology, three groups of comorbid drug users can generally be distinguished (Miovská et al., 2008; NIDA, 2010). The first comprises people with a psychological disorder outside the dependency domain, irrespective of whether they actually sought professional help and thus had their mental problems diagnosed and treated or whether they did not seek treatment for the problems they experience. In most cases, they begin engaging in the uncontrolled use of substances as a result of their condition. This is referred to as the self-treatment or self-medication model. The second alternative is the opposite: long-term and heavy substance use may cause, or rather provoke, a mental disorder. As for the third group, it is believed that mental illness and drug addiction are the manifestation of a different single cause, such as a personality or stress disorder. Miovská et al. note, however, that the causal factor remains unclear for many situations, which makes it difficult to determine whether mental illness may contribute to the development of drug addiction or, on the contrary, whether addiction may increase the risk of the development of psychological problems. Given the obvious interaction between both (or more) disorders and illnesses, it is therefore significant whether the condition developed in the presence of other risk or protective factors and what the patient's response to the situation is, particularly as far as their compliance with treatment is concerned.

It is generally agreed that dual diagnoses in clients are associated with a more severe course of illness, more serious health and social consequences, more difficulties and complications in treatment, and poorer treatment outcomes than in clients with a single disorder (see, for example, NIDA, 2010; Cannaway & Merkes, 2010; Schulte et al., 2011; Baigent, 2012; Torrens et al., 2012).

While in the USA and Western Europe dual diagnoses became both clinical and research issues as early as the 1980s, in the Czech Republic the topic was not brought into greater focus until the late 1990s. The year 2003, however, should be regarded as the turning point. That year witnessed the publication of an extensive textbook, *Drugs and Drug Addiction (Drogy a drogové závislosti; Kalina et al., 2003)*, which included a number of chapters dealing with dual diagnoses (e.g. Nešpor, 2003; Popov, 2003), the first Czech study on the frequency and diagnostic profile of dual diagnoses (Mravčík et al., 2003) was published in 2003, and, last but not least, in the same year, the leading Czech professionals agreed that therapeutic communities for drug addicts should be required to provide psychiatric services. Since then dual diagnoses have been a major topic of professional debate. Written in 2013, this article thus provides an opportunity to look back on the past decade.

u nich tedy diagnostikovány jsou a jsou případně též léčeny, nebo zda těmito problémy trpí, ale pomoc nevyhledali a nejsou léčeni. Většinou začínají nekontrolovaně užívat návykové látky v důsledku těchto potíží. Jedná se o tzv. model samoléčení či sebemedikace. Druhou variantou je pak opačná situace, kdy dlouhodobé a intenzivní užívání návykových látek může duševní poruchu způsobit nebo častěji vyprovokovat. U třetí skupiny se předpokládá, že psychická nemoc a závislost na drogách jsou vyjádřením jedné jiné základní příčiny, např. poruchy osobnosti nebo stresové poruchy. Miovská et al. ovšem upozorňují, že pro mnoho situací prozatím zůstává faktor kauzality nejasný a nelze jednoznačně vždy říci, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, nebo naopak, zda závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů. Je dále samozřejmé, že dochází k interakci mezi oběma (nebo více) poruchami a onemocněními a je velmi důležité, zda k výskytu došlo za přítomnosti dalších rizikových, případně protektivních faktorů, a jakým způsobem na vývoj situace reaguje pacient zejména z perspektivy jeho léčebné compliance.

Obecně panuje shoda v tom, že klienti s duálními diagnózami mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky, více obtíží a komplikací v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti pouze s jednou poruchou (viz např. NIDA, 2010; Cannaway & Merkes, 2010; Schulte et al., 2011; Baigent, 2012; Torrens et al., 2012).

V USA a v západní Evropě se staly duální diagnózy klinickým i výzkumným tématem již v 80. letech minulého století. V ČR se zájem o problematiku DD začal objevovat s jistým zpožděním koncem 90. let. Za rok obratu lze však pokládat až rok 2003. V rozsáhlé publikaci *Drogy a drogové závislosti* (Kalina et al., 2003) vyšla řada kapitol, které se duálními diagnózami zabývaly (např. Nešpor, 2003; Popov, 2003); v témže roce byla uveřejněna první česká studie o četnosti a diagnostickém profilu DD (Mravčík et al., 2003); konečně v témže roce se přední odborníci v ČR shodli na tom, že v terapeutických komunitách pro drogově závislé má být povinností poskytovat psychiatrické služby. Od té doby jsou duální diagnózy významným tématem odborné diskuse. Tento článek, psaný v r. 2013, je tudíž jistou příležitostí jak uplynulé desetiletí přehlédnout.

## ● 2 WHICH TREATMENT IS APPROPRIATE?

### ● 2 / 1 Treatment content

The extensive literature shows that the treatment of dual diagnoses tends to correspond with the “dual focus schema therapy” (Ball, 2004). This notion implies that one focus is defined in the area of addictive disorders, the other in other diagnostic domains, and each of these focuses is associated with specific content. This approach is undoubtedly well justified in psychopharmacological treatment interventions, as medication-based treatment is largely specific as regards both the focus of addictive disorders (disulfiram, acamprostate, substitution drugs) and the focus of mental health disorders (antidepressants, antipsychotics, minor tranquilisers). One exception is mood stabilisers or some antidepressants, such as bupropion, which are used to reduce craving and prevent relapse. Nevertheless, the concept of the “dual focus schema therapy” is quite consistently present in psychosocial interventions too.

It is recommended that psychiatric patients who also need treatment for their substance use disorders should receive motivational interviewing, contingency management, and relapse prevention training (e.g. Vornik & Brown, 2006; Baigent, 2012). Given the topic of this article, it is noteworthy that, in addiction clients with dual diagnoses, specific psychosocial interventions are sought for virtually any diagnostic group of related mental disorders, including schizophrenic disorders (e.g. Ziedonis et al., 2005; Horsfall et al., 2009; Thylstrup & Johansen, 2009), affective disorders (e.g. Quello et al., 2005; Nunes & Levin, 2006; Hides et al., 2010), anxiety disorders (e.g. Horsfall et al., 2009), eating disorders (e.g. Sysko & Hildebrandt, 2009), and post-traumatic stress disorders (e.g. Dass-Brailsford & Myrick, 2010). These usually involve brief behavioural or cognitive-behavioural treatment modules (Carrol, 2004; Brunette & Mueseer, 2006; Cleary et al., 2008; Horsfall et al., 2009), but the successful application of a psychodynamic approach has also been reported (Gregory et al., 2010).

Research suggests, however, that specific approaches may not be the ideal way of managing dual diagnoses; there is no evidence, for example, that one approach is more efficient than another (Cleary et al., 2008). This is in line with the opinions that psychosocial interventions (if they work) encompass more effective factors than manuals and protocols suggest, and these factors are not always reflected in the evidence-based approach (see, for example, Kalina, 2013).

### ● 2 / 2 Treatment model

The treatment of a dual diagnosis client must address both the addictive disorder and the other mental problem

## ● 2 JAKÁ LÉČBA JE VHODNÁ?

### ● 2 / 1 Obsah léčby

Z rozsáhlé literatury zjišťujeme, že léčba DD většinou koresponduje s pojetím „léčby s dvojitým ohniskem“ (Ball, 2004). Znamená to, že jedno ohnisko je definováno v oblasti závislostních poruch, druhé v jiných diagnostických okruzích a každé z těchto dvou ohnisek je spojeno se specifickým obsahem. Tento přístup je jistě opodstatněný u psychofarmakologických léčebných intervencí, protože farmakologická léčba je značně specifická jak v ohnisku závislostních poruch (disulfiram, acamprostate, substituční preparáty), tak v ohnisku poruch duševního zdraví (antidepresiva, antipsychotika, malé trankvilizéry). Jistou výjimkou jsou stabilizátory nálady nebo některá antidepresiva, např. bupropion, používaná ke snížení cravingu a prevenci relapsu. Koncept „léčby s dvojitým ohniskem“ se však dosti důsledně objevuje i u psychosociálních intervencí.

U psychiatrických pacientů, kteří zároveň potřebují léčbu pro poruchu z užívání návykových látek, se doporučují např. motivační rozhovory, pobídková terapie (contingency management) a prevence relapsu (např. Vornik & Brown, 2006; Baigent, 2012). Pro téma článku je však důležitější zjištění, že u závislostní klientely s DD se hledají a zkoušejí specifické psychosociální intervence v podstatě pro každou diagnostickou skupinu přidružených duševních poruch, např. u schizofrenních poruch (např. Ziedonis et al., 2005; Horsfall et al., 2009; Thylstrup & Johansen, 2009), afektivních poruch (např. Quello et al., 2005; Nunes & Levin, 2006; Hides et al., 2010), úzkostných poruch (např. Horsfall et al., 2009), poruch příjmu potravy (např. Sysko & Hildebrandt, 2009), posttraumatické stresové poruchy (např. Dass-Brailsford & Myrick, 2010) apod. Obvykle jde o krátké behaviorální nebo kognitivně-behaviorální léčebné moduly (Carrol, 2004; Brunette & Mueseer, 2006; Cleary et al., 2008; Horsfall et al., 2009), ale je referováno i o úspěšnosti psychodynamického přístupu (Gregory et al., 2010).

Výzkum však nenavádí, že jsou specifické přístupy optimální cestou v léčbě DD; nebylo např. zjištěno, že jeden přístup je účinnější než jiný (Cleary et al., 2008). To koresponduje s názory, že psychosociální intervence, pokud fungují, obsahují více účinných faktorů, než jaké jsou definovány v manuálech a protokolech, přičemž tyto faktory nejsou vždy reflektovány evidence-based přístupem (viz např. Kalina, 2013).

### ● 2 / 2 Model léčby

Terapie klienta s duální diagnózou se musí zaměřit jak na návykovou poruchu, tak i na jiný duševní problém (Popov, 2001; Nešpor, 2003; Montoya, 2006). Z praktických důvodů je třeba rozlišit tři modely:

(Popov, 2001; Nešpor, 2003; Montoya, 2006). Three models are distinguished for practical reasons.

1) *Successive treatment*: the “second” mental disorder is not dealt with until the addictive disorder has been addressed first, or vice versa.

According to Gerri Miller (2005), mental health professionals often believe that substance use problems subside after the psychological disorder has been sufficiently contained. This may apply to the cases in which the hypothesis of self-medication has been clinically corroborated (see above) but dependence has not developed yet (Khantzian et al., 2005; Leeds & Morgerstern, cited in Kalina, 2013).

In more serious cases, clients with dual diagnoses cannot be treated in regular psychiatric/psychotherapeutic services if they continue using drugs: drug addicts’ compliance with systematic psychotherapy and/or pharmacotherapy tends to be poor, most of the psychiatric medication cannot reasonably be prescribed, and the drug problem may mask or distort the clinical picture and dynamics of other mental health problems (Miovská et al., 2008; Kalina, 2008). It is often more urgent to address the dependency first, as the client’s further compliance with psychotherapy and pharmacotherapy is hardly possible without bringing their drug problem under control. Numerous psychopathological problems are immediately associated with alcohol or illicit drug use and may subside with abstinence; their treatment should only be considered if they persist (see Nešpor, 2003; Nunes & Levin, 2006). We need to bear in mind, though, that when the “dependence comes first” approach is pursued, the problems associated with the “second diagnosis” may prevent the patient/client from fully engaging with the treatment programme, making the best of it, and persisting with the treatment (Miovská et al., 2008).

2) *Parallel treatment*: both focuses and both diagnoses are addressed at the same time, but each in a different treatment facility.

The parallel treatment model may pose problems pertaining to interdisciplinary and inter-agency barriers, as a common conceptual framework is often lacking. Inefficient communication and collaboration between the services can make this model risky for the patient/client (Donald et al., 2005; Cannaway & Merkes, 2010; Torrens et al., 2012).

3) *Integrated treatment*: provided in one facility by one therapeutic team who can address both problems.

Integrated treatment seems to be preferred by most of the authors. They suggest that this treatment model improves treatment retention, allows clients to benefit more from the treatment, and is more cost-effective (Montoya, 2006; Brunette & Mueser, 2006; Cannaway & Merkes, 2010; Torrens et al., 2012). Schulte et al. (2011) report that integrated treatment is also ideal in terms of patient/client satisfaction. In addition, the integrated model reduces the

1) *Léčba sukcesivní*: nejprve např. léčba závislostní poruchy a teprve pak léčba „druhé“ duševní poruchy, nebo naopak.

Podle Gerri Millerové (2005) zastávají odborníci v oblasti duševního zdraví často názor, že problémy z užívání návykových látek odezní, pokud je dostatečně ošetřena psychická porucha. To se může stát v případech, kdy je klinicky průkazná hypotéza sebemedikace (viz výše) a závislost se ještě nerozvinula (Khantzian et al., 2005; Leeds a Morgerstern, cit. in Kalina, 2013).

V závažnějších případech není možné klienta s DD léčit v běžných psychiatricko-psychotherapeutických službách, pokud nadále užívá drogy: spolupráce drogově závislého na systematické psychoterapii či farmakoterapii je velmi problematická, většinu psychofarmak nelze zodpovědně ordinovat a drogová problematika zastírá a zkresluje klinický obraz a dynamiku ostatních problémů s duševním zdravím (Miovská et al., 2008; Kalina, 2008). Léčit nejprve závislost je často naléhavější, protože její zvládnutí podmiňuje další spolupráci při psychoterapii nebo farmakoterapii. Mnoho psychopatologických problémů je přímo spojeno s užíváním alkoholu nebo nezákonných drog a může ustoupit v abstinenci; jejich léčba přichází v úvahu teprve tehdy, pokud přetrvávají (viz Nešpor, 2003; Nunes & Levin, 2006). Musíme však mít na paměti, že v přístupu „závislost nejdříve“ mohou obtíže spojené s „druhou diagnózou“ pro pacienta/klienta znamenat omezení v zapojení do léčebného programu, sníženou schopnost z něj profitovat a vyšší riziko předčasného odchodu (Miovská et al., 2008).

2) *Léčba paralelní*: obě ohniska, obě diagnózy se léčí současně, ale každá v jiném léčebném zařízení.

Model paralelní léčby může přinášet problémy s mezioborovými a mezisektorovými bariérami. Často chybí společný koncepční rámec. Při nedostatečné komunikaci a spolupráci mezi oběma službami může být tento model pro pacienta/klienta rizikový (Donald et al., 2005; Cannaway & Merkes, 2010; Torrens et al., 2012).

3) *Léčba integrovaná*: v jenom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen léčit oba problémy.

Většina autorů preferuje integrovanou léčbu. Uvádí, že tento typ léčby zvyšuje udržení v léčbě, přináší klientům větší prospěch a je ekonomičtější (Montoya, 2006; Brunette & Mueser, 2006; Cannaway & Merkes, 2010; Torrens et al., 2012). Schulte et al. (2011) uvádějí, že je také optimální pro satisfakci pacientů/klientů. Integrovaný model rovněž snižuje rizika, která mohou být implikovaná pojmem „léčba s dvojitým ohniskem“ a vůbec samotným pojmem „duální diagnóza“, tj. jisté rozdělení klienta na dvě části a opomenutí těsných vztahů (patogenetických, psychodynamických, neurofarmakologických) mezi užíváním návykových látek a jinými psychickými problémy, které se vzájemně ovlivňují a propojují do jednotného klinického obrazu u jednoho člověka.

concerns which the concept of “dual-focus therapy” and the term “dual diagnosis” itself may imply, i.e. the division of a client into two parts may lead to disregarding the close relationships (pathogenetic, psychodynamic, [neuro]pharmacological) between substance use and other psychological problems which interact and combine to form an individual’s comprehensive clinical picture.

### ● 3 DUAL DIAGNOSES IN THERAPEUTIC COMMUNITIES

At the beginning of this century, Yates and Wilson (2001) summarised the previous knowledge of dual diagnoses in therapeutic communities by suggesting that individuals with dual diagnoses are a newly recognised rather than emerging group of clients. According to them, in the past 20 years the psychopathological profile of clients undergoing addiction treatment in therapeutic communities is unlikely to have deteriorated. In the past, some of these clients were “filtered off” in advance (they were not accepted by therapeutic communities because of their psychiatric history) and some went unnoticed, but they were always present in therapeutic communities for drug addicts and probably comprised a significant proportion of those who showed treatment complications, dropped out, or failed to reach positive treatment outcomes.

At least in the Czech Republic, the relevance of this opinion is not merely historical. We need to remember that in “standard” therapeutic communities<sup>1</sup> there may exist unwilling or wilful, or even structurally encouraged, reluctance to accept clients who might worsen the treatment outcomes (see Section 7 below). We need to keep in mind that clients with dual diagnoses may be given little diagnostic attention or be misdiagnosed (see Cosci & Fava, 2011). Last but not least, our clinical experience indicates that dual diagnosis clients in “standard” therapeutic communities may show poorer treatment outcomes, despite receiving appropriate diagnostic and therapeutic attention (see Section 6 below).

There is a widespread opinion that the psychopathological profile of clients undergoing addiction treatment in therapeutic communities has worsened dramatically in the last decade.<sup>2</sup> Clients with dual diagnoses represent a new population of clients which is completely different from that of the 1990s, when the majority of Czech therapeutic communities began to operate. Jeřábek (2008) notes that he would consider a dependent client who is oth-

### ● 3 DUÁLNÍ DIAGNÓZY V TK

Na počátku tohoto století shrnuli Yates a Wilson (2001) došavadní poznatky o duálních diagnózách v terapeutických komunitách v tom smyslu, že nositelé duální diagnózy nejsou novou klientelou, ale klientelou nově rozpoznávanou. Podle autorů se psychopatologický profil klientů léčených pro závislost v terapeutických komunitách v posledních 20 letech pravděpodobně nezhoršil. V minulosti byli tito klienti částečně předem odfiltrováni (nebyli do TK přijímáni pro psychiatrickou anamnézu), částečně unikali pozornosti, ale vždy se v TK pro drogově závislé vyskytovali a pravděpodobně tvořili nemalou část těch, kteří vykazovali komplikovaný průběh a z léčby předčasně vypadávali, případně u nich byla léčba neúspěšná.

Tento názor nemá dnes pouze historickou relevanci, alespoň ne v ČR. Stále musíme mít na paměti, že ve „standardních“ TK<sup>1</sup> může existovat nevědomá, vědomá či dokonce organizačně zajištěná nevěle přijímat klienty, kteří by mohli zhoršit léčebné výsledky (viz oddíl 7 článku). Stále musíme mít na paměti, že, co se týče duálních diagnóz, mohou klienti unikat diagnostické pozornosti nebo jsou chybně diagnostikováni (viz Cosci & Fava, 2011). V neposlední řadě nás klinické zkušenosti upozorňují, že i při přiměřené diagnostické a terapeutické pozornosti mohou klienti s DD ve „standardních“ TK patřit k méně úspěšným (viz oddíl 6 článku).

Převládá však názor, že se psychopatologický profil klientů léčených pro závislost v terapeutických komunitách v posledním desetiletí výrazně zhoršil.<sup>2</sup> Klienti s duálními diagnózami představují novou klientelu, zcela odlišnou od klientely 90. let, kdy většina českých TK pro závislé začínala. Jeřábek (2008) uvádí, že by klienta, který trpí závislostí a jinak je duševně zdravý, pokládal za raritu. Zaznívají otázky, zda takoví klienti ještě existují, a pokud ano, kde jsou, stejně jako názory, že se zhoršil duševní stav celé subpopulace problémových uživatelů drog.<sup>3</sup> Příčiny trendu nejsou jasné a není účelem článku po nich pátrat a prezentovat neověřené hypotézy. Pracovníci TK více méně berou na vědomí, že „lepší to nebude“ a že se s důsledky tohoto trendu musí nějak vyrovnat.

Duální diagnózy přináší do léčebných programů nemalé komplikace: (podle Miovska et al., 2008; Kalina, 2008):

a/ snižují schopnost pacienta/klienta se do léčby zapojit, vytrvat v ní a mít z ní prospěch;

1/ In the current situation in the Czech Republic, a “standard” therapeutic community for drug addicts can be considered as one that does not directly specialise in the treatment of dual diagnoses but does not avoid accepting people with DDs either. See Section 8 below.

2/ Verbal communication, the representatives of the Therapeutic Communities Section of the A.N.O. (the Association of Non-governmental Organisations in the field of substance abuse), 2013.

1/ Za současného stavu v ČR můžeme za „standardní“ TK pro drogově závislé pokládat takovou TK, která se na léčbu duálních diagnóz přímo nespecializuje, ale neuzavírá se jim. Viz oddíl 8 článku.

2/ Ústní sdělení, zástupci sekce terapeutických komunit A.N.O. (Association of Non-governmental Organisations in the field of substance abuse), 2013.

3/ Ústní sdělení, zástupci sekce Harm reduction A.N.O., 2013.

erwise in good mental health a rarity. Some ask whether such clients still exist, and if so, where they can be found. Others claim that the mental health status of the subpopulation of problem drug users as a whole has deteriorated.<sup>3</sup> The reasons for such a trend are unclear and it is beyond the scope of this article to explore them and present unfounded hypotheses. The staff of therapeutic communities more or less acknowledge that it “won’t get any better” and that they have to reconcile themselves to the consequences of this trend.

Dual diagnoses pose major complications for treatment programmes (adapted from Miovska et al., 2008; Kalina, 2008), as they:

- a/ reduce patients’/clients’ abilities to engage and persist with the treatment and benefit from it;
- b/ represent a frequent source of motivation crises, interpersonal conflicts, and risky situations which may lead to relapse or the early termination of treatment;
- c/ place an extra burden on the individual, as well as causing complications and risk to other patients/clients, and
- d/ place an extra burden and responsibility on the staff, who must be able to work with all the types of disorders and illnesses. i.e. they need to cope with both “common” addictions and psychiatric complications.

It needs to be pointed out that the integrated treatment of clients with dual diagnoses should not mean much of a revolutionary change for therapeutic communities for addicts. Since the initial development of this approach to the concept of a therapeutic community, drug addiction was seen as reflecting underlying personality disorders. Treatment was conceived as that of “the whole person”, focusing on both the issue of addiction and the management of the personality disorder. To a certain extent, it thus always involved “dual focus therapy”. One of the focuses, however, was narrowed to a certain type of personality, which seemed to correspond to a dissocial personality disorder according to ICD-10.<sup>4</sup> The concept, philosophy, organisation, and programme structure of therapeutic communities for addicts were originally developed with respect to this type of personality of people addicted to drugs.

Nowadays, however, drug clients show a much wider range of psychopathologies and other types of personalities than the previously envisaged dissocial “character disorder” which lie behind such psychopathological symptoms and syndromes. Research and clinical experience reveal that they have complicated and vulnerable personalities, prone to both addictive disorders and other mental health disorders (Jeřábek, 2008). They should be fully indicated for treatment in therapeutic communities for addicts. This

3/ Verbal communication, the representatives of the A.N.O.’s Harm Reduction Section, 2013.

4/ Classified as “Antisocial personality” by the DSM IV (see Yates and Wilson, 2001).

b/ představují častý zdroj motivačních krizí, interpersonálních konfliktů a rizikových situací, které mohou vést k relapsům či předčasným odchodům;

c/ zatěžují nejen dotyčného jednotlivce, ale přinášejí komplikace a rizika rovněž ostatním pacientům/klientům;

d/ zvyšují zátěž a nároky na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění, a musí tedy zvládat jak „běžné“ závislosti, tak současně psychiatrické komplikace.

Integrovaná léčba klientů s dvojí diagnózou by přitom neměla být TK pro závislé příliš velkým převratem. Od počátku vývoje této linie TK se drogová závislost pokládala za projev hlouběji ležící poruchy osobnosti. Léčba byla koncipována jako „léčba celé osoby“, se zaměřením jak na závislostní problematiku, tak na úpravu osobnostní poruchy. Do jisté míry tedy o „léčbu s dvojnásobným ohniskem“ šlo vždy. Jedno z těchto ohnisek se však zúžilo na určitý typ osobnosti, který nejspíše odpovídal disociální poruše osobnosti dle MKN 10.<sup>4</sup> Se zřetelem na tento typ osobnosti drogově závislých byla původně vytvořena koncepce, filozofie, organizace a programová struktura TK pro závislé.

Nyní však máme co do činění s daleko větší šíří psychopatologie u drogově klientely a v pozadí psychopatologických symptomů a syndromů také s jinými typy osobnosti, než byla kdysi předpokládána „charakterová porucha“ disociálního typu. Výzkum a klinické zkušenosti nám odhalují, že jde o osobnosti komplikované a zranitelné, disponující nejen k závislostním poruchám, ale i k jiným poruchám duševního zdraví (Jeřábek, 2008). Léčba v TK pro závislé je pro ně plně indikovaná. Může snížit riziko, že pojem „duální diagnóza“ bude znamenat rozdělení jedince na dvě části: v TK více než kdekoli jinde je zjevné, že jde třeba o dvě diagnózy, ale o jednoho člověka. Jedna osoba, jeden životní příběh – a jedna integrovaná léčba. Jejimi předpoklady se budeme zabývat v následujících oddílech článku, na prvním místě je však třeba zdůvodnit léčebný potenciál TK pro závislé i mimo oblast závislostí.

#### ● 4 PŘEDPOKLADY INTEGROVANÉ STRATEGIE ÚZDRAVY

Terapeutické komunity pro drogově závislé jsou na prvním místě terapeutickými komunitami a na druhém místě terapeutickými komunitami pro léčbu závislostí (Kalina, 2008, 2013). Do značné míry to platí pro tzv. evropský smíšený model (Mereki, 2004) nebo evropské „TK třetí generace“ (Broekaert et al., 2006) a ještě do větší míry pro TK pro závislé v ČR vzhledem k jejich svébytné národní tradici (Kalina, 2006a, 2008).

TK jako metoda a systém je účinnou léčbou pro mnoho dalších poruch duševního zdraví, nejen pro závislosti. Původní evropské TK v linii Jonese a Maina byly vytvořeny

4/ „Antisocial personality“ v klasifikaci DSM IV (viz Yates a Wilson, 2001).

may reduce the risk of the term “dual diagnosis” implying the division of an individual into two parts: more than anywhere else, in a therapeutic community, it is made clear that while there may be two diagnoses, it is the person as a whole that matters. One person, one life story – and one integrated treatment. The prerequisites for integrated treatment will be discussed in the following sections of this article. First and foremost, however, the treatment potential of therapeutic communities for addicts outside the domain of addiction treatment as well should be substantiated.

#### ● 4 PREREQUISITES FOR INTEGRATED RECOVERY STRATEGY

In the first place, therapeutic communities for drug addicts are therapeutic communities, and, in the second place, they are therapeutic communities for addiction treatment (Kalina, 2008, 2013). To a great extent, this applies to the “European mixed model” (Mereki, 2004), the European “third-generation therapeutic communities” (Broekaert et al., 2006) and, even more, to Czech therapeutic communities for addicts, given their distinctive national tradition (Kalina, 2006a, 2008).

As a method and system, a therapeutic community is an effective treatment modality for many mental health disorders other than addiction. The original European therapeutic communities, based on the model championed by Jones and Main, were established to treat patients with severe mental disorders and they have proved effective in treating psychoses and personality disorders to this day. It can reasonably be assumed that therapeutic communities for drug addicts can effectively address a much wider spectrum of factors than those pertaining specifically to addictive disorders. Treatment in a therapeutic community always applies to the person as a whole, not the dependency syndrome alone (see De Leon, 2000). While Kooyman’s traditional inventory of a TC’s therapeutic elements (Kooyman, 1993, 2005) may be derived from the author’s experience of a therapeutic community for addicts, on giving it closer scrutiny, we found that these therapeutic elements can be effective in other mental health disorders (see Kalina, 2008, Chapter 16).

A therapeutic community may be perceived as a natural setting for integrated treatment. A therapeutic community for addiction treatment is thus the right place for clients with dual diagnoses. Just like the other clients, they can equally gain significant benefits from what the community has to offer:

- structure, order, clear rules,
- emotional and interpersonal security,
- support for the structures and boundaries of the Self (Egosyntonic approach<sup>5</sup>),

5/ The concept comes from the founder of Czech addictology, Prof. Jaroslav Skála (see Kalina, 2008).

pro léčbu pacientů s vážnými duševními poruchami a dodnes tento model osvědčuje svou účinnost v léčbě psychóz či poruch osobnosti. Můžeme důvodně předpokládat, že TK pro drogově závislé disponují daleko širším spektrem účinných faktorů, než jsou faktory, které se specificky týkají závislostních poruch. Léčba v TK je vždy léčbou celé osoby, nikoliv pouze syndromu závislosti (viz De Leon, 2000). Klasický Kooymanův výčet terapeutických prvků TK (Kooyman, 1993, 2005) je sice odvozen z autorovy zkušenosti u TK pro závislé, ale při jeho rozboru zjišťujeme, že tyto terapeutické prvky mohou účinně působit i u jiných poruch duševního zdraví (viz Kalina, 2008, kapitola 16).

Terapeutickou komunitu můžeme chápat jako přirozené prostředí integrované léčby. Klienti s duálními diagnózami jsou tudíž v TK pro léčbu závislostí na správném místě. Stejně jako ostatní klienti mohou mít zásadní prospěch z toho, co komunita nabízí:

- strukturu, řád, jasná pravidla,
- emoční a vztahové bezpečí,
- podporu struktur a hranic Já (Ego-syntonní přístup<sup>5</sup>),
- porozumění sobě samému, sdělování a sdílení v terapeutické skupině,
- interpersonální učení,
- porozumění strategiím zvládání problémů,
- nácvik sociálních a komunikačních dovedností.

Léčba klientů s duálními diagnózami v TK nevyžaduje nezbytně změkčování pravidel (viz dále oddíl 7). V zásadě není ani nezbytné aplikovat specifické přístupy, které se vytvářejí pro jednotlivé diagnostické okruhy a jejichž specifická účinnost není zcela prokázána (viz výše v tomto článku, oddíl 2). Podstatná je kapacita terapeutického týmu: jeho vzdělávání v problematice duálních diagnóz, psychoterapeutický přístup a psychoterapeutická erudice, empatické porozumění a přiměřená míra individualizace. To poslední předpokládá rovněž jistou redefinici role garanta, aby nebyl toliko manažerem kontraktu, ale průvodcem svého klienta na nelehké cestě vnitřními a vnějšími úskalími jeho léčby v TK.

Pro vyrovnání se s nároky integrované léčby by měl terapeutický tým disponovat následujícími kapacitami:<sup>6</sup>

- vytvořit pro klienta bezpečnou terapeutickou alianci,
- podporovat jeho motivaci a vytvoření vhledu do jeho obtíží a jejich vztahových konsekvencí,
- v terapeutických přístupech přesunout důraz od behaviorální modifikace k interpersonálnímu učení, pomáhat klientovi rozvinout schopnosti vyrovnávat se s mnohonásobnými problémy a zvládat je,
- podporovat klienta v rozvoji dovedností jak udržet zisky z léčby, rozšířit pojem „relaps“ a „prevence relapsu“ na různá selhání v životě klienta, ať už v souvislosti s uží-

5/ Pojem pochází od zakladatele české adiktologie prof. Jaroslava Skály (viz Kalina, 2008).

6/ Volně podle Yates a Wilson (2001); Kalina (2008).



- understanding oneself; communicating and sharing in a therapeutic group,
- interpersonal learning,
- understanding the problem-solving strategies
- training in social and communication skills.

The therapeutic community-based treatment of clients with dual diagnoses does not necessarily require the softening of the rules (see Section 7 further below). In general, it is not even necessary to apply specific approaches that are designed for the individual diagnostic domains and the specific effectiveness of which has not been fully confirmed (see Section 2 above). What matters is the therapeutic team's capacity: their training in the issue of dual diagnoses, psychotherapeutic approach and expertise, empathetic understanding, and a reasonable level of individualisation. The last also requires a certain redefinition of the role of a key worker<sup>6</sup>: to guide their clients on the uneasy path through the inner and outer pitfalls of their treatment in the therapeutic community rather than to act as a mere contract manager.

In order to cope with the demands of integrated treatment, the therapeutic team should possess the following capacities:<sup>7</sup>

- establishing a safe therapeutic alliance with the client,
- supporting their motivation and insight into their problems and the interpersonal consequences they entail,
- in therapeutic approaches, shifting the emphasis from behaviour modification to interpersonal learning and helping the client develop their abilities to deal and cope with multiple problems,
- encouraging the client to develop their skills to maintain the benefits of their treatment and to expand the concept of "relapse" and "relapse prevention" to include various failures in the client's life, whether in relation to drug use or other psychological and interpersonal problems and difficulties.

The team members are assigned the roles of parental figures for the purpose of "re-parenting", involving relational links, emotional saturation, and interest, as "relational healing" through the therapeutic alliance is the key factor in the treatment of both addictive and other mental disorders (see Kalina, 2013).

In this way, which is consistent with the traditional stages and approaches pertaining to therapeutic community-based treatment, the European therapeutic communities (including Czech ones) seek to integrate both the evidence-based and emerging clinical resources and approaches into a single programme that involves an individualised and multidimensional strategy for treating

váním drog nebo jinými psychologickými a vztahovými problémy a obtížemi.

Členům týmu se přisuzuje role rodičovských figur pro „re-parenting“ ve smyslu vztahového spojení, emoční saturace a zájmu, protože „vztahové uzdravování“ („relational healing“) prostřednictvím terapeutického spojení je klíčovým faktorem v léčbě závislostních i jiných duševních poruch (viz Kalina, 2013).

Tímto způsobem, který je konzistentní s klasickými fázemi a pojetím léčby v TK, usilují evropské (i české) TK integrovat osvědčené i nové klinické zdroje a přístupy do jednotného programu, který nabízí individualizovanou a více-rozměrnou strategii péče pro léčbu duálních diagnóz, *integrovanou strategii údravy* (Broekaert et al., 2006).

Psychické komplikace u drogově závislých v TK jsou do značné míry zvládnutelné vlastními účinnými faktory procesu s podporou vzdělaného a zkušeného týmu. Pro integrovanou léčbu duálních diagnóz v TK je však také nezbytné zajistit psychiatrickou službu, včasnou diagnostiku a její adekvátní interpretaci pro další pracovníky, konzultaci přístupů a také předepisování psychofarmak, i když nejsou nezbytná ve všech případech. Právě v zapojení psychiatra je citlivý bod integrované strategie údravy, protože psychiatricko-medicínská a psychosociální paradigmatu modelu se nemusí vždy navzájem dobře snášet.

6/ A team member responsible for a treatment plan of a specific client.

7/ Adapted from Yates and Wilson (2001); Kalina (2008).

dual diagnoses, i.e. an *integrated recovery strategy* (Broekaert et al., 2006).

Psychological complications among drug addicts in therapeutic communities are largely manageable by means of the very assets of the process, enhanced by the well-trained and experienced team. Nevertheless, the integrated treatment of dual diagnoses in therapeutic communities also requires the availability of a psychiatric service, early diagnosis and its accurate interpretation for the other staff members, consultation of approaches, and the prescription of psychiatric medication, although this is not necessary in all cases. It is the involvement of a psychiatrist that creates a sensitive moment within the integrated recovery strategy, as the psychiatric/medical and psychosocial paradigms of the model may not always align with each other.

### ● 5 ARE THE PSYCHIATRISATION CONCERNS JUSTIFIED?

De Leon (2000) formulates the following prerequisites for the specific services and interventions in therapeutic communities for addicts:

- 1/ they are integrated into the programme of the therapeutic community as complementing the basic treatment model,
- 2/ they must extend and enhance the effectiveness of the therapeutic community approach rather than modifying or replacing its foundations,
- 3/ they must be compatible with the philosophy and approach of the therapeutic community,
- 4/ they must be reasonably incorporated into daily routines,
- 5/ they should not be employed until the client has developed a stable attachment to the community of their peers and fully understood the approach and rules of the therapeutic community,
- 6/ the staff who provide the services and interventions must have adopted and support the therapeutic community approach.

Certainly, de Leon's prerequisite No. 5 cannot apply to the cases of a mother with a child or a client with a physical and/or psychological complication entering a therapeutic community. Certain specific needs should be addressed not later than on entry to treatment or during an early stage of treatment. It should be ensured, however, that the specific needs and interventions extend and enhance the effectiveness of the therapeutic community approach, are consistent with the treatment philosophy, and comply with the general principles of a therapeutic community.

Psychiatric services and interventions associated with the treatment of dual diagnoses do not always fulfil this requirement, as it is illustrated by the use of psychiatric medication. Does it extend and enhance the effectiveness of the therapeutic community approach, is it in line with their

### ● 5 JSOU OBAVY Z PSYCHIATRIZACE TK OPRÁVNĚNÉ?

De Leon (2000) formuluje následující podmínky pro specifické služby a intervence v terapeutických komunitách pro závislé:

- 1/ jsou integrovány do programu TK jako přídavné k základnímu léčebnému modelu,
- 2/ musí rozšiřovat a zvyšovat účinnost přístupu TK, nikoliv modifikovat nebo nahrazovat jeho základy,
- 3/ musí být slučitelné s filozofií a přístupem TK,
- 4/ musí být uvážlivě začleněny do denního režimu,
- 5/ mají nastoupit tehdy, když se klient stabilně přimkl ke komunitě vrstevníků a osvojil si plné porozumění přístupu a pravidlům TK,
- 6/ pracovníci, kteří je provádějí, musí znát přístup TK a podporovat ho.

De Leonova podmínka č. 5 se jistě nemůže týkat případů, kdy do TK nastupuje matka s dítětem nebo klient se somatickou, ale i s psychickou komplikací. Na určité specifické potřeby je třeba reagovat již při nástupu nebo v časném období léčby. Za zásadní však lze pokládat požadavek, aby specifické služby a intervence rozšiřovaly a zvyšovaly účinnost přístupu TK, byly v souladu s léčebnou filozofií a nenařušovaly základní principy TK.

Psychiatrické služby a intervence, které k léčbě duálních diagnóz patří, ne vždy tento požadavek naplňují. Lze to nejlépe ilustrovat na aplikaci psychofarmak. Rozšiřují a zvyšují účinnost přístupu TK, jsou v souladu s jejich léčebnou filozofií, nebo naopak narušují základní principy TK?

Problém vlastně není nový ani jedinečný a není přímo spojený s léčbou duálních diagnóz v TK. Znájí ho všichni odborníci v oblasti kombinované léčby poruch duševního zdraví, tj. v oblasti, kde se souběžně používají psychofarmaka a psychoterapie. Je mnoho důkazů, že např. u schizofrenních nebo afektivních poruch je kombinovaná léčba účinnější než léčba omezená na jeden či druhý přístup. Základní požadavek, aby při kombinované léčbě psychofarmaka otevírala (a nikoliv uzavírala) dveře psychoterapii, však není vždy samozřejmostí (Vinař, 1990).

Léčba duálních diagnóz v TK pro závislé je specifickým případem kombinované léčby v prostředí, které je vůči psychofarmakům tradičně nedůvěřivé. Miller (2005, 2011) píše, že pracovníci v oblasti drogových závislostí zastávají názor, že by tyto léky neměly být podávány závislým klientům. Situace v USA, o níž autorka referuje, je jistě odlišná od situace v ČR (a v Evropě vůbec), ale přesvědčení, že do bezdrogových TK psychofarmaka nepatří, dlouho převládalo i u nás. Začalo se rozpouštět teprve před 10 lety. Leckde však přetrvává dodnes a nikoliv zcela bezdůvodně.

Zásadním požadavkem je, aby klientům TK nebyla předepisována psychofarmaka vyvolávající návyk a závislost, což při celosvětovém trendu nepříliš uvážené preskripce benzodiazepinových anxiolytik a hypnotik může být sa-

treatment philosophy, or, on the contrary, does it violate the essential principles of a therapeutic community?

This issue is neither new nor unique, and is not even directly related to the treatment of dual diagnoses in therapeutic communities. It is well-known to all the practitioners from the field of combined treatment of mental health disorders, where psychotropic medication and psychotherapy are applied concurrently. There is strong evidence that in schizophrenic and affective disorders, for example, combined treatment is more effective than treatment limited to one approach or the other. However, the basic requirement for psychotropic medication administered as part of combined treatment to open (rather than close) the doors to psychotherapy is not heeded as a matter of fact (Vinař, 1990).

The treatment of dual diagnoses in therapeutic communities for addicts is a special case of combined treatment in a setting which is traditionally distrustful towards psychoactive medication. According to Miller (2005, 2011), drug addiction practitioners believe that such medication should not be administered to dependent clients. Indeed, the situation in the USA that the author describes is different from that in the Czech Republic (and Europe for that matter), but the conviction that drug-free therapeutic communities should be off limits for psychiatric medication was long predominant in our country too. It did not begin to dissolve until 10 years ago. There are places where this opinion endures, and not always without good reason.

The elementary requirement is that the clients of a therapeutic community should not be prescribed psychotropic medication that may lead to the development of a habit or dependency, which may be a problem in itself, considering the worldwide tendency towards the rather unreasonable prescription of anxiolytic and hypnotic benzodiazepines. But nor should other psychotropic medicines (such as antidepressants and antipsychotics) used to manage the mental health problems of clients in therapeutic communities be prescribed in such a way as to compromise the benefits of treatment by excessive sedation or a total emotional blockade. Physicians who are not informed about the programme and the treatment process in the therapeutic community, who have no appreciation of psychotherapy, and are doubtful about the potential of combined treatment may put the client in a very difficult situation. According to De Leon (2000), medication that alters the emotional, physical, and mental state can aggravate the disorder and delay or prevent the process of recovery. However, the reasonable administration of psychiatric medication that can reduce the burden imposed on the client and improve their engagement in the programme is accepted as meaningful (see, for example, Broekaert et al., 2006; NIDA, 2010; Torrens et al., 2012).

Thus, integrated treatment of dual diagnoses in therapeutic communities can only seriously be associated with

mo o sobě problémem. Ale i jiná psychofarmaka používaná pro řešení problémů duševního zdraví klientů TK (antidepressiva, antipsychotika) by měla být ordinována tak, aby přínos z léčby neztížila přílišným útlumem nebo úplnou emoční blokádou. Lékaři neinformovaní o programu a procesu v TK nebo s neporozuměním vůči psychoterapii a s nedůvěrou k možnostem kombinované léčby mohou pro klienta vytvořit značně obtížnou situaci. Podle De Leona (2000) může medikace, která alteruje emoční, fyzický nebo mentální stav, posílit poruchu a zdržovat nebo znemožnit proces uzdravy. Akceptuje se ovšem význam přiměřené psychiatrické medikace, která může snížit zátěž klienta a zlepšit jeho zapojení do programu (viz např. Broekaert et al., 2006; NIDA, 2010; Torrens et al., 2012).

O integrované léčbě duálních diagnóz v TK můžeme tudíž seriózně hovořit pouze tam, kde je konzultující psychiatr integrován do týmu TK a působí ve společném konceptuálním rámci. V oddílu 7 uvedeme, že tým TK právě toto očekává a potřebuje.

a programme where a psychiatric consultant is integrated into the team of the therapeutic community and operates within the same conceptual framework. As noted in Section 7 below, this is what the team of the therapeutic community expects and needs.

## ● 6 A LOOK INTO THE RECORDS OF A THERAPEUTIC COMMUNITY PSYCHIATRIST

### ● 6 / 1 General information

As an illustration of the practical application of integrated treatment, we may present a summary of psychiatric interventions which the first-named author of this article performed in 2011 in two Czech therapeutic communities for drug addicts, which do not specialise in clients with dual diagnoses, but accept and try to work with them.

- TK Němčice (established in 1991; the first therapeutic community for drug addicts in the Czech Republic) has a capacity of 18 clients and is intended for adults over 25. Lending it a somewhat distinctive feature (although it has nothing to do with any formal specialisation), older people with a long drug-using career and criminal history account for a significant proportion of the clients of this therapeutic community. The treatment programme is planned to last for 12 months. The therapeutic community is 140 km from Prague.
- TK Karlov (established in 1997) has a capacity of 21 clients and caters to two clearly distinctive groups: adolescents and young adults aged 16-25 years (12 slots, programme planned for 6 months) and addicted mothers with children (10 slots for mothers + 10 slots for children, programme planned for 8 months). The therapeutic community is 90 km from Prague.

Every client entering treatment in these therapeutic communities undergoes initial psychiatric assessment and is accordingly assigned to regular check-ups or told to see the psychiatrist as needed. Psychiatric consultations are usually held once every two weeks, or more frequently, if needed. The psychiatrist has the status of a team member in the therapeutic community. On each visit, he shares information about the clients and the situation in the facility with the therapists on duty. He participates in team meetings on a regular basis and several times a year conducts training sessions attended by both teams together.

### ● 6 / 2 Live case record in 2011<sup>8</sup>

In 2011 the psychiatrist had a total of 92 clients on his "live case record" in both therapeutic communities. The most

8/ Kalina, K., Vácha, P., Hulík, M. (2012). Psychiatrické intervence v terapeutických komunitách [Psychiatric Interventions in Therapeutic Communities]. Paper, the 18<sup>th</sup> conference of the Society for Addictive Diseases, Seč, 13-16 May 2012.

## ● 6 POHLED DO ZÁZNAMŮ PSYCHIATRA V TK

### ● 6 / 1 Základní informace

Jako ilustrace praktického provádění integrované léčby můžeme uvést přehled psychiatrických intervencí, které první autor článku prováděl v r. 2011 ve dvou českých TK pro drogově závislé, které se na duální diagnózy nespécializují, ale tuto klientelu přijímají a snaží se s ní pracovat.

- TK Němčice (založena 1991; první TK pro drogově závislé v ČR) má kapacitu 18 klientů a je určena pro dospělé klienty nad 25 let. Nemalelou část klientely a jistý specifický profil této TK (ne však specializaci v pravém slova smyslu) tvoří starší klienti s dlouhodobou drogovou kariérou a s kriminální anamnézou. Plánovaný program má délku 12 měsíců. TK je vzdálena od Prahy 140 km.
- TK Karlov (založena 1997) má kapacitu 21 klientů a dvě jasně odlišené skupiny: mladiství a mladí dospělí ve věku 16–25 let (12 míst, plánovaný program 6 měsíců) a závislé matky s malými dětmi (10 míst pro matky + 10 míst pro děti, plánovaný program 8 měsíců). TK je vzdálena od Prahy 90 km.

Každý klient, který do těchto TK nastupuje, absolvuje vstupní psychiatrické vyšetření a dále je buď zařazen na seznam pravidelných kontrol, nebo může psychiatra vyhledat podle potřeby. Psychiatrické konzultace probíhají obvykle 1x za 2 týdny, v případech potřeby častěji. Psychiatr má v TK postavení člena týmu, při každé návštěvě se vzájemně informuje s terapeutem ve službě o klientech i o situaci v TK, s jistou pravidelností se účastní týmových porad a vede několikrát ročně vzdělávací semináře společně pro oba týmy.

### ● 6 / 2 Živá kartotéka v r. 2011<sup>7</sup>

V r. 2011 měl psychiatr ve své „živé kartotéce“ v obou TK celkem 92 klientů. Hlavní užívanou drogou byl metamfetamin, na druhém místě opiáty<sup>8</sup> (poměr asi 2:1). Asi 1/3 klientů tvořili polymorfní uživatelé; vyskytovaly se kombinace obou hlavních drog nebo jedné z nich s alkoholem, THC a benzodiazepiny.

Přibližně ¼ klientů absolvovala pouze vstupní vyšetření. Téměř u ½ byla indikována pravidelná psychiatrická péče. Zbytek tvořily příležitostné kontakty s psychiatrem v různé době pobytu. Celkem bylo v r. 2011 provedeno 294 vyšetření, průměr na 1 klienta byl 3,2. Průměrný počet vy-

7/ Kalina, K., Vácha, P., Hulík, M. (2012). Psychiatrické intervence v terapeutických komunitách. Referát, 18. konference Společnosti pro návykové nemoci, Seč, 13.–16. 5. 2012.

8/ Nejde pouze o heroin, ale v některých případech i o tradiční českou opiátovou drogu „braun“ (hydrokodon); velmi často jsou obě drogy kombinovány s užíváním nelegálně získávaného substitučního preparátu buprenorfin, který v ČR pronikl na černý trh.

common drug of abuse was methamphetamine, followed by opiates<sup>9</sup> (in a ratio of about 2:1). Approximately one third of the clients were polydrug users; combinations of both the predominant drugs or either of them with alcohol, THC, and benzodiazepines were registered.

Approximately a quarter of the clients underwent the initial assessment only. Almost half of them were indicated for regular psychiatric care. The remaining clients had occasional contact with the psychiatrist at different points of their stay in the facility. A total of 294 examinations were performed in 2011, with an average of 3.2 per client. The average number of examinations among the group of 43 clients indicated for systematic psychiatric care was 4.7.

### ● 6 / 3 Diagnostic profile

Personality disorders with major emotional, relationship, and behavioural complications were identified in 35 clients (with the emotionally unstable/borderline and mixed disorders having the greatest representation). Another diagnosis was also usual in this subgroup. A depressive and/or anxiety disorder was clinically manifested in 23 clients, with their frequent co-occurrence with a personality disorder (12 clients) or assumption that it may involve the anxious-depressive syndrome as part of post-traumatic stress disorder (11 clients). Three female clients suffered from eating disorders. Psychotic disorders were found in 15 clients, including 12 cases of paranoid psychotic disorder among methamphetamine-using clients. The so-called toxic psychoses are not usually ranked among dual diagnoses, as they typically accompany addiction to stimulants and their symptoms subside after the drug has been withdrawn. No psychiatric intervention is required in a number of clients; the therapeutic community provides effective reality checks and the symptoms quickly diminish. In these particular cases, however, the disorders had a protracted course (lasting for months, often more than half a year) with very slow improvement. Methamphetamine could have acted here as a provoking rather than causal factor.

### ● 6 / 4 Pharmacotherapeutic profile

The most commonly used psychiatric medication groups included antidepressants (SSRIs or SNRIs), non-sedating antipsychotics (such as risperidone), non-addictive minor tranquilisers, and sometimes also mood stabilisers. Out of the total of 92 clients on the 2011 live case record, psychiatric medication was used by 50 clients, i.e. more than a half. This does not mean, however, that medication was administered throughout the clients' stay in the therapeutic community. For 6 clients it was possible to stop using psychiat-

9/ In addition to heroin, "brown" (hydrocodone), the traditional Czech opiate drug, was also associated with this category in some cases; both of these drugs are often used in combination with the illegally obtained substitution agent buprenorphine, which is diverted onto the black market.

šetření ve skupině 43 klientů indikovaných k systematické psychiatrické péči byl 4,7.

### ● 6 / 3 Diagnostický profil

Poruchy osobnosti s výraznějšími emočními, vztahovými a behaviorálními komplikacemi byly zjištěny u 35 klientů (nejčastěji zastoupená emočně nestabilní/hraniční a smíšená porucha). U této podskupiny byla obvyklá ještě další diagnóza. Depresivní a/nebo úzkostná porucha byla klinicky vyjádřena u 23 klientů s častým souběhem s poruchou osobnosti (12 klientů) či s předpokladem, že může jít o anxiosně depresivní syndrom v rámci posttraumatické stresové poruchy (11 klientů). 3 klientky trpěly poruchami příjmu potravy. Psychotická porucha byla zjištěna u 15 klientů, z toho u 12 klientů se jednalo o paranoidní psychotickou poruchu u uživatelů metamfetaminu. Tzv. toxické psychózy se obvykle k duálním diagnózám nepočítají, protože tvoří téměř standardní doprovod závislosti na stimulantcích a odeznívají po jejich vysazení. U mnoha klientů psychiatrická intervence není nutná; TK zajišťuje účinnou kontrolu realitou a příznaky rychle ustupují. V těchto případech šlo ale o protražovaný průběh v řádu měsíců, nezdědká déle než půl roku, a porucha se zlepšovala velmi zvolna. Metamfetamin zde mohl působit jako provokační, nikoliv přímo jako kauzální faktor.

### ● 6 / 4 Farmakoterapeutický profil

Nejčastěji používanou skupinou psychofarmak byla anti-depresiva (typ SSRI nebo SNRI), netlumící antipsychotika (např. risperidon) a nenávykové malé trankvilizéry, občas též stabilizátory nálady. Z celkového počtu 92 klientů v „živé kartotéce“ roku 2011 užívalo psychofarmaka 50 klientů, tedy více než ½. Neznamená to však, že medikace probíhala po celou dobu pobytu v TK. U 6 klientů bylo možné 1–2 měsíce po nástupu psychofarmaka vysadit (šlo obvykle o léčbu ordinovanou v psychiatrické nemocnici před příchodem do TK), u dalších 15 klientů se to podařilo v průběhu nebo před ukončením.

### ● 6 / 5 Fenomén PAP

Zvláštní podskupinu psychiatrické klientely v obou TK tvořilo 12 klientů bez psychiatrické anamnézy a bez zjevných příznaků na počátku pobytu, u kterých došlo po 4–5měsíční abstinenci ke zhoršení duševního zdraví, které si vyžádalo psychiatrickou péči včetně farmakoterapie. Významné souvislosti s kontextem TK a problémy v léčbě se nepodařilo nalézt. Pracovně jsme to nazvali „pozdní abstinenci psychopatologii“ – PAP (Kalina, Hulík a Vácha, 2012). Klinický obraz PAP zahrnoval nejčastěji depresivní a/nebo úzkostné stavy, bulimické nebo anorektické příznaky, pocity depersonalizace a derealizace, objevily se i paranoidní příznaky a sebepoškozování. Asi v polovině případů bylo možné detekovat traumatizující zážitky v anamnéze; klienti také refe-

ric medication 1-2 months following their admission (this usually concerned therapy prescribed in a psychiatric hospital prior to their entering the therapeutic community), while another 15 clients managed to discontinue their use of psychiatric medication during or before the completion of treatment.

### ● 6 / 5 Post-abstinence psychopathology

In both therapeutic communities, a specific subgroup of psychiatric clients consisted of 12 clients who had no psychiatric history and no apparent symptoms at the beginning of their stay, but whose mental health after 4-5 months' abstinence deteriorated to an extent that required psychiatric care, including medication. No significant associations with the context of the therapeutic community or any treatment problems were found. We chose the working term "post-abstinence psychopathology" (PAP) to refer to this phenomenon (Kalina, Hulík, & Vácha, 2012). The clinical picture of PAP mostly included depressive and/or anxiety conditions, bulimic or anorexic symptoms, and feelings of depersonalisation and derealisation, and paranoid symptoms and self-harming were also recorded. In about half of the cases it was possible to trace a traumatic experience in their history. The clients also reported that they had had difficulty dealing with even shorter periods of abstinence in the past. It seems likely that the phenomenon of "post-abstinence psychopathology" has to do with an underlying mental health disorder which was previously masked and "self-medicated" by drugs. Analysis of psychiatric interventions carried out in the next year (2012) registered the PAP phenomenon again. We are currently preparing a study that should explore it further.

### ● 6 / 6 The effects on the course and completion of treatment

Psychiatric interventions in therapeutic communities should make it possible for clients with dual diagnoses to remain in a therapeutic community programme and benefit from it. The psychiatrist's records, however, do not indicate very positive results in this respect. In 2011 40 clients in both communities dropped out of the treatment. 27 of them (two thirds) were clients indicated for systematic psychiatric care. Most of them were among the early dropouts and those expelled for breaking the house rules. Three clients were referred to a psychiatric hospital. Agreements about the so-called "controlled discharge" (see Section 7 below) to aftercare or another therapeutic community were reached with another eight clients. Is this success or failure? One might ask what the attrition rate would be without psychiatric interventions. In any case, this issue deserves more thorough examination.

rovali, že už v minulosti velmi obtížně snášeli i kratší období abstinence. Zdá se pravděpodobné, že na fenoménu PAP se podílí hlouběji ležící porucha duševního zdraví, která byla maskována a „sebemedikována“ drogami. V rozboru psychiatrických intervencí se v následujícím roce (2012) fenomén PAP znovu objevil a v současnosti připravujeme studii, která by ho měla blíže prozkoumat.

### ● 6 / 6 Vliv na průběh a ukončení léčby

Psychiatrické intervence v TK by měly umožnit klientům s duálními diagnózami vytrvat v programu TK a mít z něj prospěch. Pohled do záznamů psychiatra nevyznívá v tomto ohledu příliš povzbudivě. V r. 2011 předčasně ukončilo léčbu v obou komunitách 40 klientů; z nichž 27 (= 2/3) byli klienti s indikovanou systematickou psychiatrickou péčí. Nejčastěji byli zastoupeni mezi těmi, kteří odešli z TK v prvním období léčby (early drop-out), a mezi vyloučenými z důvodů porušení pravidel. Tři klienti byli přeloženi do psychiatrické nemocnice, u dalších osmi se podařila dohoda o tzv. řízeném odchodu (viz dále v oddílu 7) do následné péče nebo do jiné TK. Je to úspěch, nebo neúspěch? Nabízí se samozřejmě otázka, jaká by byla četnost předčasných ukončení bez psychiatrické intervence; v každém případě si téma заслужuje další podrobnější zkoumání.

## ● 7 CONSEQUENCES OF THE INTEGRATED TREATMENT OF DUAL DIAGNOSES FOR THE TEAM OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY

Integrated treatment of dual diagnoses in a therapeutic community places significant demands on the therapeutic team and confronts them with a number of problems and challenges. Thanks to the co-author of this article, the manager of one of the Czech therapeutic communities which has adopted the integrated treatment approach, we can obtain an “insider’s” perspective on the problems and attempt to gain a better understanding of the capacities and limitations of a “standard” therapeutic community and its therapeutic team.<sup>10</sup>

The main consequences of the integrated treatment of dual diagnoses for the team of a therapeutic community can be summarised as follows:

- 1/ greater uncertainty and tension in dealing with complex situations that arise;
- 2/ a tendency to avoid clients with “complicated” histories and look for “normal” ones;
- 3/ efforts to extend the scope of collective decision making concerning “complicated” clients;
- 4/ the need for a well-defined approach and cooperation and feedback from the psychiatrist “on the team”;
- 5/ the need for training in the issue of dual diagnoses;
- 6/ the ability to change a rigid perspective on which client’s treatment is successful and whose is not.

### ● 7 / 1 Greater uncertainty and tension in dealing with complex situations that arise

The uncertainty seems to ensue from a sense of insufficient competency – “I am not a psychiatrist – I am not competent to deal with the problem.” The team members may have different opinions about determining further steps in relation to clients who may have suicidal ideations, show eating disorder symptoms, be touchy or aggressive, show off in a histrionic manner, self-harm, and avoid communication. While experienced and well-trained, they may tend to want to pass the competence on to someone else.

### ● 7 / 2 Avoiding clients with complicated histories – looking for normal clients

When faced with dual diagnosis clients who impose an extra demand on the therapeutic community, the team develops a defence mechanism of avoidance: there is reluctance to accept another client whose history may suggest similar complications. It is expected that such complications would

10/ Vácha, P. (2011). Meze a kapacity „standardní TK“ v integrované léčbě duálních diagnóz [Limitations and Capacities of a “Standard Therapeutic Community” in the Integrated Treatment of Dual Diagnoses]. Paper, the 17<sup>th</sup> conference of the Society for Addictive Diseases of the JEP Czech Medical Association, Seč, 10-14 April 2011.

## ● 7 DŮSLEDKY INTEGROVANÉ LÉČBY DUÁLNÍCH DIAGNÓZ PRO TÝM TK

Integrovaná léčba duálních diagnóz v terapeutické komunitě klade na terapeutický tým nemalé nároky a staví před něj řadu problémů a výzev. Díky spoluautorovi článku, řediteli jedné z českých TK, která se k integrované léčbě hlásí, můžeme vidět tyto problémy „zevnitř“ a přiblížit se porozumění, jaké jsou v tomto ohledu kapacity a meze „standardní“ TK a jejího terapeutického týmu.<sup>9</sup>

Hlavní důsledky integrované léčby duálních diagnóz pro tým TK lze formulovat takto:

- 1/ navýšení nejistoty a tenze při řešení složitých aktuálních situací;
- 2/ tendence odmítání „komplikovaných“ anamnéz a hledání „normálních“ klientů;
- 3/ snaha o vyšší zastoupení společného rozhodování o „komplikovaných“ klientech;
- 4/ potřeba jasného přístupu, spolupráce a zpětné vazby „týmového“ psychiatra;
- 5/ potřeba vzdělávání v oblasti duálních diagnóz;
- 6/ schopnost změny rigidního pohledu na to, kdo je úspěšný, či neúspěšný klient.

### ● 7 / 1 Navýšení nejistoty a tenze při řešení složitých aktuálních situací

Nejistota vyplývá z pocitu snížené kompetentnosti – „nejsem lékař-psychiatr – nejsem kompetentní k řešení problému“. Mohou se vyskytnout rozdílné názory jednotlivých členů týmu při stanovení dalších postupů u klientů, kteří např. mají suicidální myšlenky, vykazují příznaky poruchy příjmu potravy, jsou vztahovační nebo agresivní, histriónsky se předvádějí, poškozují se, vyhýbají se komunikaci apod. I když členové týmu jsou zkušení a erudovaní, může převládnout snaha o předání kompetence na někoho jiného.

### ● 7 / 2 Odmítání komplikovaných anamnéz – hledání normálního klienta

Při zatížení komunity klienty s duální diagnózou vzniká v týmu obranný mechanismus odmítání: je nevěle k přijetí dalšího klienta, u kterého lze z anamnézy tušit podobné komplikace. Očekává se, že přijetím „standardního“ klienta, tj. klienta bez psychiatrické anamnézy, se podobným komplikacím vyhneme.

Není však jisté, zda jsou tato očekávání něčím podložená. Klient přijímaný bez psychiatrické anamnézy může být „komplikovaným“ klientem TK ve všech dalších ohledech a navíc není záruka, že takový klient opravdu nemá a nebude mít žádné problémy s duševním zdravím (viz např. feno-

9/ Vácha, P. (2011). Meze a kapacity „standardní TK“ v integrované léčbě duálních diagnóz. Referát, 17. konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP, Seč, 10.–14. 4. 2011.

be avoided by accepting a “standard” client, i.e. one without a psychiatric history.

It is not certain, though, whether such expectations are well founded. A client without a psychiatric history may be a “complicated” client for the therapeutic community in other ways. Moreover, there is no guarantee that such a client has or will have no mental health problems (see, for example, the PAP phenomenon in the previous section). Can we expect to see any “normal” clients come to the therapeutic community at all?

### ● 7 / 3 Efforts to extent the scope of collective decision making

As regards the setting of short- and medium-term goals in the individual process of working with a key worker, the complications concerning dual diagnosis clients are reflected in a greater demand for joint team meetings. The key worker seeks support from other team members more often and team meetings are frequently encumbered with discussing DD clients, to the detriment of those who are “problem-free”, i.e. clients without a psychiatric diagnosis.

### ● 7 / 4 Cooperation and feedback from medical professionals/psychiatrists

The treatment of dual diagnoses in therapeutic communities is hardly possible without the reliable and systematic performance of a psychiatric consultant and their liaison with the team of the therapeutic community. The team’s experience of varying approaches on the part of medical professionals/psychiatrists may make the team less confident. It is essential to conduct timely initial psychiatric assessment, take a psychiatric history, and make further referrals. Continuous detailed feedback, including the follow-up examination reports, and the stable administration of psychiatric medication contribute to the certainty and confidence of the team and the key workers.

### ● 7 / 5 Training in dual diagnoses

Any comprehensive professional training of the team must include the issue of dual diagnoses, including the approaches and activities to be pursued in working with this population of clients. Psychiatric information is not enough, though. The team need to be provided with a thorough explanation of the possibilities, limitations, and risks of integrated treatment and their role in it. The team members’ psychotherapeutic competences are of great significance too.<sup>11</sup>

11/ Czech therapeutic communities for drug addicts support the psychotherapeutic training of their team members (including self-experiential training) in accredited training institutes which provide courses of general applicability (i.e. with no specific focus on addiction treatment).

mén PAP v předchozím oddílu). Můžeme vůbec očekávat, že do TK přicházejí „normální“ klienti?

### ● 7 / 3 Snaha o vyšší zastoupení společného rozhodování

Při stanovování krátkodobých a střednědobých cílů v individuálním procesu práce s garantem se komplikace klientů s duální diagnózou odráží ve větším zatížení společných týmových porad. Garant se častěji obrací k podpoře ostatních členů týmu a týmové porady jsou často zatížené probíráním těchto klientů na úkor klientů „bezproblémových“, tj. klientů bez psychiatrické diagnózy.

### ● 7 / 4 Spolupráce a zpětná vazba lékaře-psychiatra

Základní podmínkou pro to, aby byla léčba duálních diagnóz v TK vůbec možná, je spolehlivé a systematické fungování konzultujícího psychiatra a jeho spolupráce s týmem TK. Zkušenost s rozdílnými přístupy lékařů-psychiatrů může zapříčinit týmovou nejistotu. Nezbytné je včasné vstupní psychiatrické vyšetření, základní psychiatrická anamnéza a další doporučení. Průběžná a podrobná zpětná vazba včetně zápisů z kontrolních vyšetření a stabilní zajištění psychiatrické medikace upevňuje týmovou a garantskou jistotu a klid.

### ● 7 / 5 Vzdělávání v oblasti duálních diagnóz

Komplexní odborné vzdělávání týmu musí zahrnout rovněž problematiku duálních diagnóz včetně přístupů a aktivit v práci s touto klientelou. Nestáčí pouze psychiatrické informace, tým potřebuje erudovaný výklad o možnostech, mezech a rizicích integrované léčby a o své roli v ní. Velký význam má i psychoterapeutická kompetence členů týmu.<sup>10</sup>

### ● 7 / 6 Změna pohledu na úspěšného/neúspěšného klienta

Zafixovaná představa „úspěšného“ klienta, který končí léčbu závěrečným rituálem, komplikuje přístup a vztah členů týmu ke klientům s duální diagnózou, kteří vzhledem ke svým limitům a výjimečně posunutým hranicím, vyplývajícím z psychické poruchy, často nejsou schopni náročnou léčbu v TK dokončit.

Pojetí úspěšnosti/neúspěšnosti ovlivňuje i sebedůvěru týmu ve vlastní kompetenci. Je proto důležité, aby byl tým schopen vyrovnat se s otázkou, zda je opravdu „neúspěšný“ takový klient, který vzhledem ke svým limitům není schopen absolvovat kompletní proces léčby a předčasně odchází do následné péče. V těchto situacích se vhodně uplatňuje re-

10/ Terapeutické komunity pro drogově závislé v ČR podporují psychoterapeutické vzdělávání členů týmů (včetně sebezkušenostního výcviku) v akreditovaných výcvikových institucích s obecným zaměřením (tj. bez specifikace pro oblast závislostí).



### ● 7 / 6 A change in perspective on the client's treatment being successful/unsuccessful

The fixed notion of a "successful" client completing their treatment by a final ritual complicates the team members' attitude and relationships with the dual diagnosis clients, whose deficits and aberrantly shifted boundaries as a result of their psychological disorder often make them unable to complete the demanding treatment in a therapeutic community.

The idea of success/failure also affects the team's confidence in their own competences. It is therefore important for the team to resolve the question of whether a client whose deficits make them unable to complete the full process of treatment and leave early for aftercare is truly "unsuccessful". The relatively new concept of "managed discharge", which may also involve a suspended final ritual, seems to apply well to such situations.

### ● 7 / 7 Recommendations for therapeutic communities embracing the integrated treatment approach

When determining the treatment process for clients with dual diagnoses, the team of the therapeutic community should remember the following:

- to loosen the regimen and rules is not the way;
- a higher level of involvement with the individual by the key worker is necessary and justified;
- with great patience and sensitivity, a client should be encouraged to share individually communicated topics within the group process;
- it is advisable to look for and respect the client's limits ensuing from their co-occurring psychological disorder;
- a special approach to dual diagnosis clients and the creation of special conditions for them put these clients in a tricky, burdensome, and even dangerous position and situation within the group – the group may react by increasing their demands and even by aggressive behaviour;
- cooperation and consultations with a psychiatrist are an essential part of the determination of the further therapeutic processes and the planning of the future goals.

### ● 8 CAPACITIES AND LIMITATIONS OF A "STANDARD" THERAPEUTIC COMMUNITY FOR DRUG ADDICTS IN TERMS OF THE INTEGRATED TREATMENT OF DUAL DIAGNOSES

Under the current situation in the Czech Republic, a "standard" therapeutic community can be considered as one that does not directly specialise in the treatment of dual diagnoses but does not avoid DD clients and accepts and assimilates psychiatric interventions, as well as seeking a balance

lativně nový pojem „řízený odchod“, případně s odloženým rituálem.

### ● 7 / 7 Doporučení pro TK, které se hlásí k integrované léčbě

Co by neměl tým TK při stanovování terapeutického procesu u klientů s duální diagnózou opomenout?

- není řešením rozvolňovat režim a pravidla;
- vyšší míra individuálního garantského přístupu je nutná a opodstatněná;
- citlivě a s notnou dávkou trpělivosti se snažit, aby byl klient schopen individuálně sdělovaná témata sdělit a předat do skupinového procesu;
- hledat a také respektovat limity klienta vyplývající z přidružené psychické poruchy;
- mít na paměti, že výjimečný přístup a utváření výjimečných podmínek vytváří klientovi složitou, zatěžující a nebezpečnou pozici a situaci ve skupině – skupina reaguje zvýšenými nároky a může být i agresivní;
- spolupráce a konzultace s psychiatrem je nezbytnou součástí stanovování dalších terapeutických procesů a plánování následných cílů.

### ● 8 KAPACITY A MEZE „STANDARDNÍ“ TK PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V INTEGROVANÉ LÉČBĚ DUÁLNÍCH DIAGNÓZ

Za současného stavu v ČR můžeme za „standardní“ TK pro drogově závislé pokládat takovou TK, která se na léčbu duálních diagnóz přímo nespecializuje, ale neuzavírá se jim, akceptuje a asimiluje psychiatrické intervence a hledá rovnováhu mezi klientelou „pouze závislostní“ a klientelou s duálními diagnózami. V posledním desetiletí můžeme sledovat, že hledání této rovnováhy je obtížným a trvalým procesem: na jedné straně do něj vstupuje zhoršování psychopatologického profilu klientely TK, na druhé straně zvyšování kvalifikace a zkušenosti terapeutických týmů a dostupnost kvalitního psychiatrického servisu. Kapacita „standardních“ TK v léčbě duálních diagnóz se nepochybně zvýšila, má však svoje meze.

Někteří kolegové hovoří o tom, že by podíl klientů s duálními diagnózami ve „standardní“ TK neměl přesáhnout jednu třetinu. O tento podíl však v zásadě nejde. Řada klientů s poměrně vážnou poruchou duševního zdraví funguje při dobré odborné péči spolehlivě, vykazuje pokroky v léčbě a může patřit i ke „zdravému jádru“ komunity. Existuje však určitá kritická hladina psychopatologických projevů, na které je kapacita komunity v danou chvíli již vyčerpána.

Limity můžeme vyjádřit následujícími tezemi:

- Projevy psychické poruchy přidružené k diagnóze závislosti nesmí přesáhnout terapeutické možnosti TK a jejího týmu.

between the “addiction only” clients and the clients with dual diagnoses. The past decade experienced a complex and prolonged process of pursuing such a balance: on the one hand, it involves the deterioration of the psychopathological profile of the clients of therapeutic communities, while on the other hand, there is the therapeutic teams’ increasing expertise and experience and the availability of high-quality psychiatric services. While the capacity of the “standard” therapeutic communities has undoubtedly improved as regards the treatment of dual diagnoses, it has its limitations.

Some experts claim that the proportion of clients with dual diagnoses in “standard” therapeutic communities should not exceed one third. But in fact the proportion is not what matters. When provided with good professional care, a number of clients with rather severe mental health disorders function reliably, show progress in their treatment, and may even belong to the “sound core” of the therapeutic community. However, there is a certain critical level of psychopathological signs beyond which the therapeutic community just does not have enough resources to handle the problem.

The limits can be described as follows:

- the signs of a psychological disorder secondary to the diagnosis of dependency must not exceed the therapeutic resources of the therapeutic community and its team;
- the signs of a psychological disorder secondary to the diagnosis of dependency must not jeopardise other members of the therapeutic community.

It is by no means rare for such cases to be dealt with by referring the clients to a psychiatric hospital. The very fact that this rather unpopular but acceptable step is an option often increases the therapeutic team’s confidence in a difficult situation. After his/her psychological status has stabilised, a client may return to the therapeutic community and continue treatment with greater success and less risk.

## ● 9 OTHER TREATMENT OPTIONS

There is currently only one therapeutic community in the Czech Republic that declares itself to be specifically focused on dual diagnoses. It even accepts clients who have been turned down elsewhere. It is known for its rather flexible treatment regimen and good reputation. No data on its results are available, though.

The principles of a therapeutic community have also been embraced by specialised addiction treatment units in psychiatric (and rarely also in general) hospitals (see Kalina, 2006, 2007, 2008; Mravčík et al., 2012). Given their incorporation within psychiatric institutions, these units could be ideal settings for the integrated treatment of the more serious dual diagnosis cases. They seem, however, to address mainly addiction issues during their medium-term (3-4 months) treatment programme.

- Projevy psychické poruchy přidružené k diagnóze závislosti nesmí ohrozit bezpečí ostatních členů komunity.

Nezřídka je řešením překlad klienta do psychiatrické nemocnice. Často samotná možnost tohoto nepříliš oblíbeného, ale akceptovatelného kroku zvyšuje jistotu terapeutického týmu v obtížných situacích. Po úpravě psychického stavu se může klient do komunity vrátit a pokračovat s větším úspěchem a menším rizikem.

## ● 9 JINÉ MOŽNOSTI LÉČBY

V ČR existuje v současné době jediná terapeutická komunita, která deklaruje svoje specifické zaměření na duální diagnózy. Přijímá i klienty, kteří jsou jinde neúspěšní. Má poněkud volnější režim a dobrou pověst, údaje o výsledcích však nejsou dostupné.

K principům terapeutické komunity se rovněž hlásí specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických (a ojedinele i ve všeobecných) nemocnicích (viz Kalina, 2006, 2007, 2008; Mravčík et al., 2012). Díky svému začlenění do psychiatrických institucí by tato oddělení mohla být optimálním prostředím pro integrovanou léčbu vážnějších případů duálních diagnóz, zdá se však, že se během střednědobého léčebného programu (3–4 měsíce) ponejvíce soustřeďují na závislostní problematiku.

Skupina klientů s nejtěžšími psychickými poruchami kombinovanými se závislostí na návykových látkách se stále ještě ocitá v prázdně na rozhraní mezi dvěma systémy služeb, tj. systémem pro léčbu závislostí a systémem pro léčbu duševních poruch. Tyto klienty je obtížné vůbec někde umístit, natož jim poskytnout efektivní a komplexní odbornou pomoc. Překlenování tohoto rozhraní představuje již dlouho odbornou a organizační výzvu. Nešpor (2003) napsal, že pro tyto závažné případy neexistuje v ČR specializované pracoviště, což platí i v r. 2013. Odborníci opakovaně diskutují o tom, zda je takové zařízení skutečně potřebné a jaké by byly případné důsledky jeho zřízení. Někteří upozorňují, že by se mohlo stát „kontejnerem“ pro všechny klienty s komplikovanější psychopatologií, kteří jsou zatím bez vážnějších problémů rozptýleni mezi standardní klientelou. Převládá však názor, že pro drogově závislé trpící vážnější duševní nemocí, zejména schizofrenní nebo bipolární afektivní poruchou, je specializované zařízení nutné, což koresponduje s uvažováním o této problematice v zahraničí. K realizaci ovšem dosud nedošlo.

The group of clients suffering from severe mental disorders combined with substance dependency is still caught in the gap between the two systems of services, i.e. addiction services and mental health services. It is difficult to place these clients in any treatment facility at all, let alone provide them with effective and comprehensive professional help. The spanning of this gap has long been a challenge in both professional and organisational terms. While Nešpor noted in 2003 that there was no specialised facility for these serious cases in the Czech Republic, the same applies in 2013. Professionals keep debating whether such a facility is really needed and what the implications of its establishment may be. Some warn that it could become a “bin” for any clients with more complex psychopathologies who have thus far been distributed among the standard client population without major problems. The opinion that predominates, however, is that it is necessary to have a specialised facility for drug addicts with severe concurrent mental illnesses, such as schizophrenia and bipolar affective disorder. While this approach also reflects the line of thinking about this issue abroad, it has not been put into practice.

## ● 10 CONCLUSION: NEED FOR FURTHER RESEARCH

While regarding the year 2003 as crucial for the initiation of professional interest in dual diagnoses in our country, 10 years later we need to admit that our knowledge of the issue is still very limited. In the clinical field, in particular, there is a notable lack of data about the treatment of dual diagnoses and its outcomes. It is necessary to expand and deepen research activities and transfer the clinical experience and the results of the rare and isolated studies to the evidence-based level of understanding of the issue, which has become a major focus of our treatment practice in the past decade.

The following questions may arise in connection with the topic of this article:

- What is the rate and the psychopathological profile of dual diagnoses in our therapeutic communities for drug addicts?
- What is the treatment of clients with dual diagnoses, and what are its complications and outcomes?
- What is the way in which psychiatric interventions are carried out and what is the role of the psychiatrist in relation to the team of the therapeutic community?
- What is the impact of psychiatric interventions on the process and outcomes of treatment in the therapeutic community?
- What are the good practices for enhancing the capacities of “standard” (= non-specialised) therapeutic communities as regards the integrated treatment of dual diagnoses?

## ● 10 ZÁVĚR: POTŘEBY VÝZKUMU

Pokládáme-li rok 2003 za klíčový pro iniciaci odborného zájmu o duální diagnózy v naší zemi, musíme po 10 letech konstatovat, že o nich stále ještě víme velmi málo. Zejména v klinické oblasti citelně postrádáme údaje o jejich léčbě a léčebných výsledcích. Je nezbytné rozšířit a prohloubit výzkum a převést klinické zkušenosti a výstupy ojedinělých dílčích studií na „evidence-based“ úroveň porozumění problematice, která se v poslední dekádě stala jedním z nejvýznamnějších ohnisek naší léčebné praxe.

Vzhledem k tématu článku se nabízejí následující otázky:

- Jaké je zastoupení a psychopatologický profil duálních diagnóz v našich terapeutických komunitách pro drogově závislé?
- Jak se provádí léčba klientů s DD, jaké jsou její komplikace a výsledky?
- Jak probíhají psychiatrické intervence a jaká je role psychiatra vzhledem k týmu TK ?
- Jaký vliv mají psychiatrické intervence na proces a výstupy léčby v TK?
- Jaké jsou příklady dobré praxe ve zvýšení kapacit „standardní“ (= nespecializované) TK pro integrovanou léčbu DD?

Tento výčet jistě není vyčerpávající. Podstatné ale je, že ani na jednu z těchto otázek dnes neznáme solidní odpověď z širšího okruhu TK, o specializovaných odděleních pro léčbu závislostí v psychiatrických nemocnicích nemluvě.

Důležitá je rovněž výzkumná a metodologická spolupráce s odborníky z „druhé strany“, z oblasti služeb pro duševní zdraví, kteří se zejména v komunitní péči o duševně nemocné stále více setkávají s problémem duálních diagnóz u svých klientů a jsou pro jeho řešení vybaveni ještě o něco méně než my na poli adiktologie.

While this list is far from exhaustive, what matters is that neither the broader range of therapeutic communities nor the specialised addiction treatment units of psychiatric hospitals can provide valuable answers to any of these questions.

Last but not least, it is important to maintain research and methodological partnerships with professionals from the “other side”, from the domain of mental health services, who are being increasingly confronted with the issue of dual diagnoses in their clients, particularly as part of community mental health care, and possess even fewer resources to tackle it than us, addiction professionals.

## REFERENCES / LITERATURA

- Adameček, D., Richterová Těminová, M., Kalina, K. (2003). *Rezidenční léčba v terapeutických komunitách* [Residential Treatment in Therapeutic Communities]. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Díl 2. Kapitola 8/8. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Baigent, M. (2012). Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Curr. Opin. Psychiatry*, 25(3): 201–205.
- Ball, S.A. (2004). *Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: dual focus schema therapy*. In: Salas, L.E. (ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre. 43–68.
- Benaiges, I., Prat, G., Adan A. (2010). Neuropsychological aspects of dual diagnosis. *Curr. Drug Abuse Rev.*, 3(3), 175–188.
- Broekaert, E., Vandervelde, S., Soyev, V., Yates, R., Slater, A. (2006). The third generation of therapeutic communities: the early development of the TC for addictions in Europe. *Eur. Addict. Research*, 12, 1–11.
- Brunette, M.F., Mueser, K.T. (2006). Psychosocial interventions for the long-term management of patients with severe mental illness and co-occurring substance use disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (2006), Suppl. 7, 10–17.
- Canaway, R., Merkes, M. (2010). Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Australian Health Rev.*, 34(3), 262–268.
- Carroll, K.M. (2004). Behavioral Therapies for Co-occurring Substance Use and Mood Disorders. *Biol. Psychiatry*, 56, 778–784.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., Walter, G. (2008b). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst. Rev.*, (1): CD001088.
- Cosci, F., Fava, G.A. (2011). New clinical strategies of assessment of comorbidity associated with substance use disorders. *Clin. Psychol. Rev.*, 31(3), 418–427.
- Dass-Brailsford, P., Myrick, A.C. (2010). Psychological trauma and substance abuse: the need for an integrated approach. *Trauma Violence Abuse Rev. J.*, 11(4), 202–213.
- De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York: Springer Publishing Company.
- Donald, M., Dower, J., Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, 60 (2005), 1371–1383.
- EMCDDA (2004). *Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. EMCDDA: Lisbon.
- El Guebaly, N. (2004). Concurrent substance-related disorders and mental illness: the North American experience. *World Psychiatry*, 3 (3), 182–188.
- Gregory, R.J., DeLucia-Deranja, E., Mogle, J.A. (2010). Dynamic deconstructive psychotherapy versus optimized community care for borderline personality disorder co-occurring with alcohol use disorders: a 30-month follow-up. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 198(4), 292–298.
- Hides, L., Samet, S., Lubman, D.I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: current evidence and directions for future research. *Drug Alcohol Rev.*, 29(5), 508–517.
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., Walter G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Rev. Psychiatry*, 17(1), 24–34.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti [Psychopathology of Addiction]. In: Kalina, K. a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 4. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. I. a II. díl [Drugs and Drug Addiction: an interdisciplinary approach. I, II]. Praha: NMC-Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2006). Therapeutic Communities for Addicts in the Czech Republic – Roots, Recent Development and Current Profiles. *International Journal of Therapeutic Communities*, 27 (1), 31–44.
- Kalina, K. (2007). Profily terapeutických komunit [Profiles of Therapeutic Communities]. In: Nevšímal P. (ed.): *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Kapitola 4/1. Praha/Mníšek p.Brdu: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s.Magdaléna.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti* [The Therapeutic Community: a general model and its application to addiction treatment]. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie* [Basics of Clinical Addictology]. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich aplikace v adiktologii* [Psychotherapeutic Systems and Their Application in Addictology]. Praha: Grada Publishing.
- Khantzian, E.J., Podes, L., Brehm, N.M. (2005). Psychodynamics. In: Lowinson, J.H., et al. (2005). *Substance Abuse – A Comprehensive Textbook*. Chapter 6. 4<sup>th</sup> Ed. Philadelphia, USA: Lippincot – Williams & Wilkins.
- Kooyman, M. (1993). *The Therapeutic Community for Addicts. Intimacy, Parent Involvement and Treatment Success*. Lisse (The Netherlands): Swets and Zeitlinger. In Czech: Kooyman, M. (2005). *Terapeutická komunita pro závislé*. In: Nevšímal, P. (ed.). *Terapeutická komunita pro drogově závislé I. – Vznik a vývoj*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje/o.p.s. Magdaléna.

- Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost [Trauma and Addiction]. In: Kalina, K., a kol.: *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/7. Praha: NMS-Úřad vlády ČR
- Merekí, P. (2004). The changing boundaries in therapeutic communities. 134–175. In: Salas, L.E. (ed.) *Desafíos y avances en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Proyecto Hombre.
- Miller, G. (2005). Learning the language of addiction counselling. Hoboken, N.J., USA: John Wiley & Sons. In Czech: Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita pacientů léčených v souvislosti s užíváním drog [Psychiatric Comorbidity in Patients Treated for Drug-Related Problems]. *Psychiatrie*, 10, 3, 150–156.
- Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita [Psychiatric Comorbidity]. In: Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie*. Kapitola 5. Praha: Grada Publishing.
- Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, L., Škrdlantová, E., Štastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2002* [The 2002 Drug Situation in the Czech Republic – Annual Report]. Praha: Úřad vlády ČR.
- Mravčík, V., Fidesová, H., Grohmannová, K., Chomynová, P., Kalina, K., Kiššová, L., Kostelecká, J., Nečas, V., Nechanská, B., Vopravil, J. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011* [The 2011 Drug Situation in the Czech Republic – Annual Report]. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2003). Psychiatrická komorbidita a komplikace, duální diagnózy [Psychiatric Comorbidity and Complications: dual diagnoses]. In: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 4/5. Praha: Národní monitorovací centrum.
- NIDA (2010). COMORBIDITY: ADDICTION AND OTHER MENTAL ILLNESSES. NIH PUB NUMBER: 10-5771. BETHESDA, MARYLAND: NATIONAL INSTITUTE FOR DRUG ABUSE. DOWNLOADED FROM [HTTP://WWW.DRUGABUSE.GOV/PUBLICATIONS](http://www.drugabuse.gov/publications) [2012-12-30].
- Nunes, E.V., Levin, F.R. (2006). Treating depression in substance abusers. *Curr. Psychiatry Rep.*, 8 (5), 363–370.
- Popov, P. (2003). Alkohol [Alcohol]. In: Kalina, K., a kol., *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 3/1. Praha: NMS-Úřad vlády ČR.
- Quello, S.B., Brady, K.T., Sonne, S.C. (2005). Mood disorders and substance abuse disorders: A complex comorbidity. *Science & Practice Perspectives*, 3(1), 13–24.
- Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64.
- Sysko, R., Hildebrandt, T. (2009). Cognitive-behavioural therapy for individuals with bulimia nervosa and a co-occurring substance use disorder. *Eur. Eating Disord. Rev.*, 17(2), 89–100.
- Thylstrup, B., Johansen, K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions – introduction and commentary. *Nord. J. Psychiatry*, 63(3), 202–208.
- Tims, F.M., Inciardi, J.A., Fletcher, B.W., McNeill Horton, A. (1997). *The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse*. Westport, Conn., USA/London: Greenwood Press.
- Torrens, M., Rossi, P.C., Martinez-Riera, R., Martinez-Sanvisens D., Bulbena A. (2012). Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst. Use Misuse*, 47(8–9), 1005–1014.
- Vinař, O. (1990). *Psychofarmaka v psychiatrii* [Psychotropic Medication in Psychiatry]. Praha: Avicenum.
- Vornik, L. A., Brown, E. S. (2006). Management of comorbid bipolar disorder and substance abuse. *J. Clin. Psychiatry*, 67 (2006), Suppl. 7, 24–30.
- Wilson, N., Cadet, J.L. (2009). Comorbid mood psychosis and marijuana abuse disorders: a theoretical review. *J. Addict. Dis.*, 28(4), 309–319.
- Yates, R., Wilson, J. (2001). The modern therapeutic community: dual diagnosis and the process of change. In: Rawlings, B., Yates, R. (Eds.). *Therapeutic Community for the Treatment of Drug Users*. Chapter 10. London: Jessica Kingsley Publ.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., et al. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J. Psychiatr. Pract.*, 11 (5), 315–339.