

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Karolína Pilcová

Život a práce docenta Jaroslava Skály: terapeutické a léčebné metody a jejich přesah
do současné adiktologie

Life and work of doc. Jaroslav Skála: psychotherapeutic and healing methods and
their extent to contemporary addictology

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Šejvl, Ph.D.

Praha, 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 4. 2024

KAROLÍNA PILCOVÁ

Podpis:

Identifikační záznam

PILCOVÁ, Karolína. *Život a práce docenta Jaroslava Skály: terapeutické a léčebné metody a jejich přesah do současné adiktologie. [Life and work of doc. Jaroslav Skála: psychotherapeutic and healing methods and their extent to contemporary addictology]*. Praha, 2024. 61 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Šejvl, Ph.D.

Poděkování

Děkuji Mgr. Jaroslavu Šejvlovi, Ph.D. za cenné připomínky, vstřícný přístup a ochotu při vedení bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za trpělivost, kterou se mnou v době celého studia měli.

ABSTRAKT

Východiska: Jaroslav Skála byl český lékař, psychiatr a jak sám později říkal, tak také alkohololog. Specializoval se především na léčení alkoholismu, ale také na léčbu jiných drogových závislostí. Vystudoval lékařskou fakultu univerzity Karlovy a následně zasvětil svůj život pomoci a léčbě závislých na alkoholu a jiných návykových látkách. Je spoluzakladatelem KLU Su a v roce 1948 založil Apolinářské protialkoholní oddělení v Praze, později v roce 1951 založil záchytnou stanici. Celý život se také věnoval psychoterapii a vzdělávání v oblasti medicíny i psychoterapie.

Cíl: Cílem práce je podrobně nastudovat a rozepsat život a profesní kariéru docenta Skály, především se zaměřit na začátky v Apolinári a na Apolinářský model. Podrobně se zaměřit především na terapeutické metody – jejich začátek a průběh s přesahem do současnosti. Zaměřit se na inovace, které zavedl do oboru adiktologie, na jeho vztah k pacientům a celkově k léčbě závislostí. V poslední části se zaměřit na odkaz, který zanechal, jak přispěl k rozvoji adiktologie a jaké jeho metody se uplatňují i v současnosti.

Metody: Ke sběru dat byla použita kvalitativní studie. Jedná se o obsahovou analýzu z veřejně dostupných zdrojů.

Výsledky: Výsledkem této práce je zmapování Skálova života. Ukázalo se, že jeho metody byly průlomové, avšak v odvětví adiktologie se stále mění a jelikož se změnil i svět, ve kterém žijeme, s jistotou můžeme říci, že některé Skálovy metody by již nefungovaly.

Závěr: Na práci Jaroslava Skály se někteří odborníci stále odkazují, avšak někteří berou jeho práci za přežitou. Některé metody nelze využívat v současné adiktologii, jelikož je potřeba brát v potaz potřeby klientů, kteří do služeb docházejí nyní.

KLÍČOVÁ SLOVA

Jaroslav Skála – Apolinářský model – terapie – psychoterapie – adiktologie

ABSTRACT

Background: Jaroslav Skála was a Czech physician, psychiatrist, and, as he later stated, an alcoholologist. He specialized not only in the field of alcoholism treatment but also in curing addictions to other substances. He graduated The Faculty of Medicine of Charles University and later devoted his life to helping and healing alcohol addicts and the ones addicted to other substances. He is a co-founder of KLUS and in 1948 he founded Apolinar anti-alcoholic division in Prague. Later, in 1951, he founded detoxification (sobering-up) centre. Throughout his whole life, he focused on psychotherapy and education in the field of medicine and psychotherapy.

Aim: Aim of this thesis is to abundantly study and describe life and professional career of doc. Skála. Focusing especially on the beginnings of Apolinar centre and Apolinar treatment model. Furthermore, the aim is to focus on therapeutical treatment methods – their beginnings and development with implications towards present. The thesis focuses on innovations he brought into the study of addictology, innovations regarding attitude towards patients and addictions treatment holistically. In the last part, this thesis focuses on legacy he left and how doc. Skála contributed towards the development of addictology in addition to information about which methods of his are being used in present times.

Methods: For the gathering of data, a qualitative study was used. It is a content analysis from resources that are public and easily accessible.

Results: The result of my work is rigorous description of Skála's life. It was shown that his methods were breakthroughs. Nevertheless, as well as the world around us, the field of addictology constantly changes. Because of that, we can be certain that some of Skála's methods, as revolutionary as they might have been, wouldn't work nowadays.

Conclusion: Some experts still refer to the work of Jaroslav Skála. Some, on the other hand, perceive his work as irrelevant for today's practice. Many of his methods cannot be used in modern addictology because needs of patients, that benefit from modern addictology, have to be taken into account.

KEY WORDS

Jaroslav Skála – Apolinar treatment model– therapy – psychotherapy – addictology

OBSAH

1	ÚVOD	9
1.1	Metodologie	10
1.2	Výzkumné otázky a cíl práce	11
2	Studium a začátky v Apolináři	12
2.1	KLUS	13
2.2	Vznik Apolináře jako protialkoholního oddělení.....	14
3	Medikamentózní léčba	15
3.1	Aversivní léčba emetinem	15
3.1.1	Historie a působení emetinu	15
3.1.2	Léčení emetinem podle Jaroslava Skály	15
3.2	Poznátky Jaroslava Skály k aversivní léčbě emetinem	17
3.3	Léčba Antabusem	17
3.3.1	Historie Antabusu	17
3.3.2	Zavedení Antabusové léčby v Apolináři	17
3.3.3	Léčba Antabusem podle Jaroslava Skály	18
4	Vznik záchytné stanice.....	19
4.1	Příjem a průběh na záchytné stanici v roce 1955	20
4.2	Shrnutí poznatků vztahujících se k záchytné stanici	21
4.3	Situace záchytných stanic v letech 1951-1993 v Československu	21
5	Ústavní léčba – Apolinářský model	23
5.1	Behaviorální terapie.....	23
5.1.1	Behaviorální terapie u závislostního chování	23
5.2	Zařízení oddělení, výběr pacientů a rizika s tím spojená.....	24
5.2.1	Příjem pacienta do léčby a alkoholová anamnéza	24
5.3	Délka ústavní léčby, léčebný program a režim	25
5.3.1	Bodovací systém	29
5.3.2	Apolinářský desetiboj	29
5.3.3	Desatero při odchodu pacienta z léčby	30
6	Lojovice a Apolinář – specializované oddělení pro ženy	31
7	Psychoterapie	32
7.1	Začátky psychoterapie v Apolinářském modelu	32

8	Balintovské skupiny	33
8.1	Začátky Balintovských skupin v České republice	33
8.2	Frankciované víkendy a výcvik	34
8.3	Postup a obecné principy Balintovských skupin podle Jaroslava Skály	34
9	Výcvikový model SUR	36
9.1	Principy SUR.....	37
9.2	Pravidla výcvikové práce	38
9.3	Ukázka denního programu výcviku v SUR	38
10	Terapeutické komunity	40
10.1	Vznik demokratických a hierarchických komunit ve světě	40
10.2	Vznik demokratických terapeutických komunit v České republice.....	41
10.3	Vznik hierarchických terapeutických komunit v České republice	41
11	Důležitá data v životě Jaroslava Skály.....	43
12	Arnoštka Maťová	44
13	Odkaz Jaroslava Skály a současná adiktologie.....	45
13.1	Farmakologická léčba osob se závislostí na alkoholu v současnosti.....	45
13.1.1	Substituční léčba osob se závislostí na nealkoholových drogách v současnosti.....	45
13.2	Systém léčby na Klinice adiktologie	46
13.3	KLUS a svépomocné skupiny současnosti.....	50
13.4	Záchytné stanice v současnosti.....	51
13.5	Terapeutické komunity	52
14	Diskuze a závěr	53
14.1	Diskuze	53
14.2	Závěr	56
15	Použitá literatura	57
16	Seznam tabulek	61

1 ÚVOD

Tato práce vznikla za účelem zmapování života docenta Jaroslava Skály. Docent Jaroslav Skála položil základy alkoholologie v Československu. Celý svůj život zasvětil práci a péči o pacienty závislé na alkoholu, později se soustředil i na nealkoholové drogy.

Jaroslav Skála se narodil 25. května 1916 v Plzni, vystudoval gymnázium a poté lékařskou fakultu univerzity Karlovy. Po skončení se začal věnovat psychiatrii. V roce 1948 přijal nabídku profesora Myslivečka přesunout pacienty závislé na alkoholu z psychiatrického oddělení do Apolináře, kde aplikoval emetinovou a antabusovou léčbu. V témže roce spoluzaložil s doktorem Jandou KLUS. Následně se celý život věnoval Apolináři. Jaroslav Skála hodně cestoval, studoval, uměl hodně jazyků, účastnil se zahraničních přednášek a díky tomu mohl do alkoholologie přinášet nové poznatky. Jeho životní partnerkou byla Arnoštka Maťová, která v Apolináři působila po Skálově boku. Společně se také věnovali psychoterapii. V roce 1968 vzniká výcvikový model SUR.

Tato práce zkoumá celý především profesní život docenta Jaroslava Skály, jsou zde uvedeny důležité milníky pro Československou alkoholologii. V druhé polovině práce se věnuji současné adiktologii a odkazu Jaroslava Skály, ale i Apolinářskému modelu a Klinice adiktologie.

Ke sběru dat byla použita kvalitativní studie. Jedná se o obsahovou analýzu, a dále rešerši. Informace byly řazeny především podle klíčových slov a byly vyhodnocovány pomocí kódování. Ke sběru dat byly použity publikace a monografie, česká i zahraniční periodika a články dostupné na internetu, ale i další veřejně dostupné zdroje na internetu. Dokumenty byly získány z knihoven Univerzity Karlovy a z odborných databází konkrétně EBSCO, Medvik a centrální vyhledávač Univerzity Karlovy. V některých případech bylo pracováno i s digitálním repozitářem Univerzity Karlovy. Dalším ze zdrojů byly Zápisky z Apolináře a audiovizuální záznamy z archivu České televize. V poslední části práce byla použita komparace textů historických a aktuálních.

1.1 Metodologie

Ke sběru dat byla použita kvalitativní studie. Přesněji tedy obsahová analýza. Jednotkou analýzy byla osoba a vývoj Apolinářského modelu. Vyhledávání informací probíhalo podle klíčových slov. Díky stanovení klíčových slov a výzkumných otázek mohl vzniknout prostor pro následné otevřené kódování. Klíčová slova byla vyhledávána postupně, jak v jednotlivých publikacích, tak z volně dostupných zdrojů. Pro vyhledávání klíčových slov jsem použila databázi Medvik, EBSCO, repozitář závěrečných prací, centrální vyhledávač Univerzity Karlovy, Google Scholar, Bookport, vyhledávač knihovny Kramerius. Dále publikace dostupné z knihoven Univerzity Karlovy.

Klíčová slova, která byla vyhledávána i jejich kombinace: Jaroslav Skála, Apolinářský model, Apolinář, Arnoštka Maťová, vývoj Apolináře, SUR, výcvikový model, Jaromír Rubeš, Eduard Urban, KLUS, adiktologie, svépomocné skupiny, emetin, léčba emetinem, Antabus, DER reakce, protialkoholní oddělení, vývoj protialkoholního oddělení, dětství Jaroslava Skály, terapie, psychoterapie, psychiatrická léčebna, léčebný model, Lojovice, terapeutická komunita, behaviorální model, bodovací systém, Klinika adiktologie, léčba alkoholismu, alkoholismus, Balintovské skupiny, Michael Balint, Jiří Růžička

Pomocí klíčových slov vznikaly kódy, ke kterým se daly přiřadit informace. Použita byla metoda vytváření trsů. Pokud tedy uvedu příklad na kapitole 2. Studium a začátky v Apolináři, byly vyhledány takové zdroje, kde se určitým tématům daly přiřadit kódy například dětství a ke každému kódu bylo přiřazena barva a číslo pro lepší vyhodnocování textu. To znamená dětství bylo označeno jako JS1, střední škola JS2, studium na lékařské fakultě JS3, studium tělovýchovného institutu JS4. Díky podobnostem se pak dalo najít větší množství informací. Díky těmto skutečnostem mohly vzniknout všechny kapitoly tak, aby se z nich dal vytvořit souvislý text.

V posledních kapitole, a to je odkaz Jaroslava Skály, byla použita metoda kontrastů a srovnání. Šlo o porovnání dvou témat, které mají společný základ, avšak v něčem se liší. To znamená, vrácení se ke kódům z prvních kapitol a následné zpracování kódů nových a porovnání mezi tématy, pro příklad lze uvést kapitolu 5 a 13 – systém léčby v Apolináři a systém léčby na Klinice adiktologie.

Kódy byly zpracovány v písemné formě, pracovalo se z velké části s písemnými zdroji a pro pochopení a lepší organizaci bylo snadnější kódy zapisovat a barevně odlišovat. Byly také redukovány informace, které jsou vzhledem k práci nepodstatné. Pro ještě lepší utřídění byla stanovena časová osa, díky které se informace daly lépe zpracovat.

Díky kódovému označení a stanovení výzkumných otázek vznikla celá práce, jejíž výsledky jsou popsány v diskuzi.

1.2 Výzkumné otázky a cíl práce

Cílem práce je sestavit ucelený dokument o životě docenta Jaroslava Skály a jeho přínosu do adiktologie. Na základě těchto předpokladů byly sestaveny výzkumné otázky.

1. **Výzkumná otázka č. 1:** Jaký život vedl Jaroslav Skála, než se stal lékařem? (dětství, studium)
2. **Výzkumná otázka č. 2:** Jak vznikl a fungoval Apolinářský model, co si z něj lze odnést?
3. **Výzkumná otázka č. 3:** Jaké terapeutické metody Jaroslav Skála používal a jaké sám do adiktologie přinesl?
4. **Výzkumná otázka č. 4:** Vznik a vývoj výcvikového modelu SUR, stanovení jeho počátku i další fungování
5. **Výzkumná otázka č. 5:** Jaké z metod, které Jaroslav Skála zavedl používáme nyní a jak funguje Klinika adiktologie?

2 Studium a začátky v Apolináři

Jaroslav Skála se narodil 25. května 1916 v Plzni ve vesnici Kakejcov. Žil společně se svojí matkou, otcem a o čtyři roky mladším bratrem Milošem, jak sám popisuje s bratrem k sobě neměli příliš blízko. Jeho otec vystudoval průmyslovou školu v Plzni. Následně byl zaměstnaný ve Škodových závodech. Poměrně často jezdil za prací do zahraničí, často se tedy s rodinou stěhovali. Jeho matka se starala o domácnost a děti. Skála jí popisuje jako velkorysou, velmi krásnou a chytrou ženu, která ráda četla, což byl společný zájem, který spolu sdíleli, vždy si přála, aby se její starší syn stal doktorem (Skála, 1998).

V roce 1925 se společně s rodinou přestěhovali na tři roky do Jugoslávie, Skálův otec zde působil jako inženýr státních železáren. Poté bydleli společně v Plzni. Jeho otec i nadále cestoval do zahraničí kvůli svojí práci, často tedy nebyl doma. Možná i po vzoru svého otce Skála v dospělosti také rád cestoval většinou pracovně. Dalším společným zájmem byl sport, jeho otec byl až do svého stáří velice aktivní. Ve stáří jeho rodiče bydleli v bytě na Praze 2, když zemřela jeho matka ve věku 80. let, dožil jeho otec v Ústavu slepců v Dolní Palatě, zemřel ve věku 84 let (Skála, 1998).

Skála se od svých raných let věnoval sportu. Ve dvanácti letech vstoupil do TJ Sokol Plzeň, od roku 1933-1948 se aktivně účastnil všech sletů a spartakiád. Vystudoval gymnázium v Plzni, odmaturoval v roce 1935 z předmětů biologie, matematika, dějepis a němčina s velmi dobrým prospěchem. V létě, než nastoupil na vysokou školu v roce 1935 projel na kole Rakousko, Maďarsko a Slovensko (Skála, 1998).

V témže roce nastoupil Skála na Lékařskou fakultu univerzity Karlovy do Prahy na základě maturitního vysvědčení. Následně se přes profesora anatomie Weignera dozvídá o Institutu pro tělesnou výchovu a sport a začne studovat tyto dva obory současně. První tři roky studia bydlel na studentské koleji na Strahově. Skála toto období sám popisoval jako náročné, tím, že musel svůj čas rozložit mezi dvě školy. V roce 1939 úspěšně dokončil Institut. Tělocvikářské zkoušky dokončil v září 1939. Poté nastoupil na reálnou školu v Plzni, kde vyučoval jako pomocný učitel tělocviku. Celý život se věnoval běhu, atletice a jízdě na kole. Sport patřil k jeho životu a později ho aplikoval i do Apolinářského modelu (Skála, 1998).

17. listopadu 1939 došlo k uzavření českých vysokých škol. Skála se tehdy rozhodl přihlásit se na medicínu v Německu. Jak sám popisuje ve své publikaci Skála (1998) o tomto rozhodnutí v té době příliš nepřemýšlel a ani o něm moc nemluvil. Jeho okolí tuto skutečnost nepřijalo moc dobře. Hlásilo se tehdy 2000 studentů, přijato bylo 600. Dostal stipendium, z kterého poplatil svoje živobytí a učebnice. První dva semestry v Německu studoval v Konigsbergu, poté byl několik měsíců v Göttingenu. Jeho studium vyšlo tak, že v Německu neskládal žádné zkoušky, i přesto, ale Skála pilně studoval, zlepšila se mu němčina. Z těchto znalostí poté čerpal po zbytek svého života. K psychiatrii ho pravděpodobně dovedly přednášky, které v době studia v Německu navštěvoval, mezi

odborníky přednášel i docent Mauz, který byl žákem Erika Kretschmera (Kretschmer je autor morfologické teorie temperamentu) (Skála, 1998). Po skončení války se Skála vrací do Československa a v letech 1945-1946 promuje na lékařské fakultě univerzity Karlovy (Kalina, 2008).

Po promoci 20. června 1946 se Jaroslav Skála rozhodoval, jakým směrem by se jako mladý lékař chtěl ubírat. Nejprve se zajímal o místo na interní klinice pana profesora Hynka, Skála byl v té době již ženatý s kolegyní medicíkou, měl dceru Zuzanu, které byl jeden rok a jeho žena čekala dalšího potomka syna Martina. Profesor Hynek Skálu na internu nevzal, jelikož měl Skála rodinu, profesor Hynek konstatoval, že by na práci neměl tolik času, kolik bylo potřeba. Následně se ucházel o místo v Ústavu tělovýchovného lékařství u profesora Krále, ale místa byla již obsazena. Nakonec byl Skála přijat na psychiatrické klinice profesora Myslivečka, i když tehdy byla psychiatrie oborem ne příliš oblíbeným, Skála si k ní vybudoval vztah hlavně během válečného období, kdy docházel na přednášky z psychiatrie. Místo mu bylo nabídnuto díky jeho jazykovým znalostem, a to především proto, že se dobře orientoval v psychiatrii psané hlavně v němčině (Miovský et al., 2018).

Po 14 dnech na klinice, dostal nabídku od Profesora Bohuslava Hořejšího, aby se účastnil poválečné konferenci o alkoholismu a také valné hromady Československého abstinentského svazu. Po napsání článku, se Skála účastnil jako nejmladší účastník konference v Bruselu, především pro dobrou znalost jazyků (Skála, 1998).

Po návratu začal hledat v knihovnách články o alkoholismu v zahraničí a dobře si uvědomoval, že jako psychiatr by mohl v tomto oboru více pomoci. Především v této době narazil na hnutí Anonymních alkoholiků a o léčbě závislých na alkoholu emetinem. Tento nápad probral dále s doktorem Svetozarem Nevolem a Jandou, kterým se tento nápad také zamlouval. Skála však musel nastoupit na vojenskou prezenční službu (Skála, 1998).

K této kapitole bych ráda uvedla, že po důkladné rešerši a konzultacích jsem nenašla více adekvátních zdrojů k dětství a studiím Jaroslava Skály.

2.1 KLUS

V roce 1948 vzniká klub lidí usilující o střízlivost (KLUS), socioterapeutický klub. Zakladateli jsou Skála společně s doktorem Jandou (Pěstová et al., 2021). Skála se v té době inspiroval hlavně u anonymních alkoholiků (AA) a klub měl působit formou svépomoci společně s terapeutickými prvky. KLUS u nás působí dodnes (Kalina, 2008). Zásady KLUSu jsou, aby pacient abstinovat a aby při své úzdavě pomáhal i ostatním. Setkání se mohli účastnit, jak pacienti, tak abstinenti, ale i rodinní příslušníci. KLUS se konal jednou týdně, a to ve čtvrtek v odpoledních hodinách (Miovský et al., 2018). Program KLUSu se dělil na dvě části. V první polovině měli program na starost lékaři společně s terapeuty a psychology. V druhé polovině se programu zhostili sami pacienti,

kteří připravovali program (Šejvl et al., 2021). Předsedou KLUSu se stal hned v roce 1948 již abstinující Stanislav Kotulán. Po založení socioterapeutického klubu následuje založení Apolináře (Miovský et al., 2018).

2.2 Vznik Apolináře jako protialkoholního oddělení

Skála měl v té době úvazek také na dětském oddělení, ale i na klinice psychiatrie a nevěděl, jakým směrem se vydat. Jeho rozhodnutí ovlivnila nabídka přestěhovat pacienty s aversivní léčbou emetinem z hlavní budovy psychiatrie do Apolináře. Profesor Mysliveček tento nápad uvítal, protože o léčbu alkoholiků nejevil příliš zájem. Skálově Apolináři předcházela léčba emetinem, kterou vedl doktor Janda na psychiatrické klinice profesora Myslivečka. V té době také nastupuje Skála na prezenční vojenskou službu, kde začal také s aversivní léčbou emetinem na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice. Po návratu Skála souhlasí s přesunutím z psychiatrické kliniky a v roce 1948 vzniká oddělení v Apolináři společně s devíti pacienty (Skála, 1998).

3 Medikamentózní léčba

3.1 Aversivní léčba emetinem

3.1.1 Historie a působení emetinu

Kalina (2015) uvádí, že emetin hydrochlorid je látka, která obvykle vyvolá zvracení, stejně tak apomorfin je silné emetikum, dříve se používal právě buď apomorfin nebo emetin hydrochlorid. Apomorfin má výraznější a rychlejší účinky.

Emetin má protahovanější účinek než apomorfin a je také mnohem více toxický. U emetinu se také pozorovalo mnoho kontraindikací konkrétně stav po onemocnění jater, vředová choroba, těhotenství, kýla, věk nad 55 let, léze myokardu, abnormální EKG, ateroskleróza. Emetin byl důležitý hlavně pro vytvoření podmíněné zvracívé reakce. Skála uvádí, že tato léčba není vhodná samostatně, aby došlo k trvalé abstinenci je potřeba především psychoterapie, dobrovolnost pacienta k léčbě a pohled pacienta na celkovou abstinenci (Skála, 1987).

Dávivý účinek emetinu poprvé popsali v roce 1873 Higginotton a Schenk. V roce 1940 ho použil Voegtlin podával ho alkoholikům společně se strychninem a bezedrinem. Následně před pacienta položil alkoholické nápoje, které měl pacient ochutnávat, ale nepolykat, čuchat k nim, většinou se dostavilo zvracení. Tímto mechanismem se snažili dosáhnout podmíněného reflexu, po většinou se podařilo, že pacient nakonec zvracel i bez vpíchnutí emetinu a pouze po konzumaci alkoholického nápoje. Pacient musel léčení opakovat vícekrát za sebou, aby se dosáhlo větší úspěšnosti (Skála, 1957).

3.1.2 Léčení emetinem podle Jaroslava Skály

Aversivní léčba emetinem neboli „blinkačky“ na Moravě jako „bličky“. Jak již bylo zmíněno výše, s touto metodou se Jaroslav Skála seznamuje, když prochází v knihovnách dokumenty o novinkách v léčbě alkoholismu především v USA. S informací se podělí s doktorem Jandou, který započne léčbu emetinem na psychiatrickém oddělení v Praze.

Jedná se o metodu, kdy se pacientovi vpíchne emetin a ten vyvolá zvracení v případě napití se alkoholu, dále působí také na vůni alkoholu (Skála, 1998).

O tento typ léčby měli zájem především pacienti, kteří se přišli léčit se závislostí na alkoholu, především proto, že tato inovace slibovala zkrácení času léčení místo několika měsíců na několik týdnů. V prvním roce podstoupilo léčbu okolo šedesáti mužů. (Skála, 1998).

Na základě informací, které Skála měl, upravil léčbu podle sebe tak, aby byla efektivní. Mezi lety 1948–1955 se v Apolináři emetinem léčilo okolo 2000 pacientů (Skála, 1957).

- Emetin nepodával per os, jelikož léčba subkutánně se jevila jako účinnější, injekce se podávala v dávce 75 miligramů.
- Vyřadil z léčebné intervence bezedrin, neshledával ho podstatným. Uvádí také riziko obchodování bezedrinu mezi pacienty.
- Pořadí nápojů probíhá následovně – nejdříve se podávali pacientům nápoje slabší a s méně intenzivní vůní, až poté se podal nápoj silnější s výraznou chutí a vůní. Tedy v pořadí pivo, víno, nápoje s vyšším obsahem alkoholu.
- Při několika prvních sezeních pacientům podávali různé alkoholické nápoje, při pozdější terapii se zaměřili na alkohol, který měl pacient nejraději. Důležité také bylo, aby si pacienti odvykli na pivo.
- Sezení bylo přibližně 18-30, byla prováděna 2- 3x denně většinou s hodinovým odstupem. První sezení se aplikoval pouze emetin, při dalších sezeních docházelo k podání emetinu společně s apomorfinem, který znásobuje účinek emetinu.
- Léčba probíhala vždy ve skupině, většinou se jednalo o 6-8 pacientů, větší skupina nepřipadala v úvahu, kvůli organizaci a kontrole lékaře. Skupinu vedl vždy lékař, musel být autoritativní, aby pacienty přiměl k požití alkoholických nápojů. Léčbu lépe zvládali starší pacienti. K léčbě pacienti přicházeli vždy na lačno a mohli vypít pouze hrnek čaje.
- Základní odvykací léčba: po 6-8 sezeních se dělala jednodenní přestávka, 4 poslední sezení probíhaly týden před propuštěním pacienta, lze brát ohledy na tempo každého pacienta zvlášť.
- Opakovací léčba: někteří pacienti za kratší dobu po odchodu, kvůli obavě z relapsu, zde Skála uvádí, že někteří pacienti potřebují více podpůrnou léčbu, co se týče psychoterapie i farmakologické léčby.
- U některých pacientů lze vyvolat zvracívé reakce u zbytku se dosáhlo alespoň o odpor k napití se alkoholického nápoje.
- Emetinovou léčbu provázelo poměrně hodně komplikací a obtíží. S tím souvisí bolest po vpichu, alergické reakce, průjemy, zhoršení stavu zubů i nehtů, dušnost, únava, poškození močové trubice, váhový úbytek, bolesti v dolních končetinách.
- Někdy se používalo pouze podržení alkoholu v ústech a následné vyplivnutí, to zabraňovalo riziku vzniku intoxikace.
- Po zvracení se podával horký čaj – usnadňoval zvracení.
- V místnosti, kde probíhala terapie musela být vyšší teplota, aby docházelo k větším reakcím. Více času museli pacienti věnovat alkoholickým nápojům než míse, do které zvraceli. Muži a ženy byli při léčbě odděleni, aby nedocházelo k nepříjemným situacím zúčastněných.
- Průběh léčby se zapisoval a ohodnotil se známkou.
- Vpichy se zalepovaly, aby si pacienti emetin z ruky nevytlačovali.
- Pacienti museli být dobře seznámeni se všemi kroky a účinky léčby (Skála, 1957).

3.2 Poznatky Jaroslava Skály k aversivní léčbě emetinem

Uvádí, že léčba emetinem a apomorfinem patří ke komplexní léčbě závislosti na alkoholu, nelze ji však považovat za účinnou samostatně. Ke komplexní léčbě patří jak fyzická, tak psychická složka závislosti. Samotný navozený odpor k abstinenci nevede, ale v některých aspektech ji usnadňuje. Podle jeho zkušeností se ukázalo, že nejvíce propadali remisi pacienti ihned po léčbě, a to i s rozsáhlejšími reakcemi po emetinu. Tím vyvodil, že pokud se u pacienta nezmění postoj k pití, nepomůže mu pouze léčba medikací a dochází k remisi. Klade velký důraz na psychoterapii a postoj pacienta k léčbě (Skála, 1957). Aplikace emetinu a apomorfinu skončila v devadesátých letech, nyní není tato léčba považována za seriózní a eticky přijatelnou.

3.3 Léčba Antabusem

3.3.1 Historie Antabusu

Disulfiram (tetraetyltiuramdisulfid) byl vyroben v roce 1881 jako chemický preparát, byl používán především v gumárenství, poté zde byla zjištěna přecitlivělost u osob pracujících s tímto preparátem v průmyslovém odvětví. V druhé světové válce se využíval při léčení svrabu (Skála, 1987). DER (disulfiram – ethanolová reakce) reakce byla objevena náhodou, a to při hledání prostředku proti střevním hlízáům, na což přišel Hald a Jacobsen v roce 1945 (Cvek, 2018). Jako první aplikoval tablety antabusu Larsen-Martensen v roce 1948 při léčení závislosti na alkoholu (Skála, 1987).

Antabus (disulfiram) je lék, který působí metabolický blok, je aktivován enzym, který se podílí na metabolizaci alkoholu- acetylaldehyddehydrogenáza, následně dochází k intoxikaci organismu acetyldehydem (meziprodukt při metabolizaci alkoholu). Pokud se dotčený napije alkoholu po požití Antabusu vznikne DER reakce (disulfiram-ethanolová reakce) neboli antabusová reakce, která se projevuje tachykardií, zarudnutím v obličeji, nauzeou, bolestí hlavy, méně často zvracením a obtížným dýcháním. Někdy mohou vznikat kolapsové stavy a bezvědomí, po opakované intoxikaci může docházet k poškození jater i mozku. U pacientů se takto navozuje chemická senzitivace. To znamená, že pacient se vyhýbá nepříjemné reakci po napití alkoholu (Kalina et al., 2015).

3.3.2 Zavedení Antabusové léčby v Apolináři

Jak Skála (1986) sám uvádí první zmínka o Antabusu při léčbě alkoholismu pochází od dánských autorů. Do Československa se Antabus jinak Stopenhyl nebo TETD, jak uvádí v některých publikacích (Skála, 1957), dostává přes plzeňskou psychiatrickou kliniku. Antabus v Československu sehnal doktor Jaromír Rubeš, který se nejdříve věnoval porodnictví a chirurgii a dále psychiatrii na Plzeňské klinice. Sám dělal léčbu emetinem a později, jak již bylo uvedeno výše, dostal do Československa Antabus, který sám používal a vypracoval specifickou formu jeho klinického užívání (Skála & Urban, 2000). Díky Rubešovi se tedy dostává i do Skálova Apolináře. To, že měli odborníci k dispozici jak

injekce, tak tablety vedlo k rozsáhlému rozvoji ambulantních služeb (Skála, 1998). Antabus je pouze farmakologická léčba a bez další psychoterapie nemá v podstatě smysl.

3.3.3 Léčba Antabusem podle Jaroslava Skály

Skála ho popisuje jako jednu z metod léčení, nikoliv však jako komplexní terapii, dále navazuje, že není vhodný pro všechny pacienty. Příprava na terapii probíhala neurologickou a tělesnou prohlídkou včetně zjištění krevního tlaku, odebrání moči, jaterní testy, EKG, rentgen žaludku a skiagram srdce a plic (Skála, 1957).

Ústavní léčbu popisuje jako účinnější a také výhodnější, díky kontrole pacienta. Pacient během léčby prodělá 10-14 sezení s navozením DER reakce (Skála, 1987). Antabus je vhodný podávat v oplatce nebo nebo rozmělněný, aby nedocházelo k vyplivnutí, také s malou dávkou vody, aby to pacientovi neumožnilo vyvolat uměle zvracení. Antabusová léčba je vhodná pro pacienty, kteří mají určitý náhled na léčbu. Uvádí, že pokud se antabus podává větší skupině lidí v ústavní léčbě, lze sborově zpívat, dokud nedojde k vstřebání v žaludku (Skála, 1957).

Ambulantně se podávaly nejdříve 3 tablety první den, druhý a třetí den po dvou tabletách. U ambulantní léčby poukazuje na riziko, kdy se pacient napije alkoholu a je bez lékařské pomoci, kdy může antabus vyvolat závažnou reakci ohrožující život. Zkušební sezení, jak ho Skála sám nazývá, probíhá ve skupině. Pacienti si v podstatě zkusili reakci antabusu společně s alkoholem, aby viděli, co se po napití stane. Pacientovi se podal alkoholický nápoj, a to 20-40 ml piva, vína, většinou šlo o nápoj, který pacient užíval nejraději. Následně se zhruba po pár minutách dostaví reakce s nepříznivými účinky. Popisuje, že pro pacienty je dostatečná reakce i po malé dávce alkoholu a lze ještě zdůraznit, co by se stalo, kdyby se pacient napil více. Nedoporučuje podávat analgetika a sedativa. Antabus by měl podávat pouze zdravotnický personál, nejlépe sám lékař (Skála, 1957).

4 Vznik záchytné stanice

Jaroslav Skála si byl dobře vědom problému alkoholismu a i toho, že se pacienti nedostávají do léčby včas, většina z nich do poraden docházela na popud příbuzných s velkým zpožděním, což mohlo být pro další léčbu krizovým faktorem, především kvůli již zasetým návykům (Skála, 1960). Vzniku záchytné stanice předcházely zkušenosti Jaroslava Skály z Apolináře, a to i skutečnost, že v Československu nebylo zařízení, které by zachycovalo osoby závislé na alkoholu a také nenabízelo prevenci a možnost následného léčení v ústavním zařízení. Často se uvádí, že šlo o první záchytka na světě, což není pravda. Záchytné stanice v té době již existovaly, ale nejednalo se o komplexní službu. Většinou šlo o záchytné stanice represivního a policejního charakteru. Lze tedy říci, že Jaroslav Skála zřídil zcela unikátní zařízení, které do té doby neexistovalo (Česká zázraky – Záchytka, 2019). Zároveň, jak již bylo popsáno výše, osoby závislé se tímto způsobem mohly do léčby dostat dříve, než kdyby k záchytu nedošlo, Skála si byl dobře vědom, že jsou tyto osoby ve vysoké intoxikaci nebezpečné sobě i okolí, proto bylo dobré je do doby vystřízlivění kontrolovat.

Jak uvádí sám Skála v zápisech z Apolináře, první myšlenka ochranné stanice pochází od doktora Josefa Pilaře v roce 1926, jeho publikace spočívala v tom, že ochranné stanice jsou potřebné k její zavedení však nedošlo. První záchytná stanice v Československu vznikla v Ostravě v roce 1950. Skála uvádí, že se jedná a zařízení represivní, ne zdravotnické, vzniklé v suterénu budovy, kam byli pacienti převáženi hasičským vozem po roce fungování zaniká (Zápisy z Apolináře, 1977, č. 3-6). V roce 1951 vzniká první záchytná stanice v Praze, patřila k budově Apolináře až do roku 1993. Teprve až roku 1962 došlo k jejímu legislativní zakotvení v rámci zákona 120/1962 Sb. o boji proti alkoholismu (Šejvl et al., 2021).

Záchytná stanice obsahovala 22 lůžek, pobyt trval v průměru 10-24 hodin. Hlavním úkolem bylo zachytit osoby v akutním stavu intoxikace, aby nebyly nebezpeční sobě a okolí, dále se také informovala odborná AT ambulance a záviselo na jejich součinnosti, jak budou dále realizovat léčebnou péči (Skála, 1987). Dříve byly záchytné stanice bezplatné následně se za ně platilo kolem 50 Kčs (Skála, 1957).

Podle zákona 80/ 1948Sb., o potírání alkoholismu bylo pro pacienty záchytné stanice podmínkou dostavit se do sobotní školy (protialkoholní skupina) (Miovský et al., 2018). Skála (1957) uvádí, že se jedná o sobotní/nedělní přednášky s protialkoholními tématy, posluchárně se shromáždí okolo 70–100 osob, obvykle zde probíhaly přednášky lékařů o nebezpečí alkoholu, promítaly se také filmy s protialkoholní tematikou. Skála uvádí, že se jedná o osvětu a je to důležité, protože by na ní účastníci sami nikdy nedošli. Lékaři je zde informují o rizicích spojených s pitím alkoholu a postupně je připraví na pozvání do protialkoholní poradny (Skála, 1960).

Pražská záchytná stanice se skládala z přijímací místnosti, ložnice pro muže s devíti lůžky, ložnice pro ženy se třemi lůžky, dvě koupelny a dvě izolace. Dále kanceláře ošetřujících s lékárnou (Skála, 1957).

4.1 Příjem a průběh na záchytné stanici v roce 1955

Pacient obvykle dorazí na záchytnou stanici s příslušníky veřejné bezpečnosti. VB předá doklady a cennosti zdravotníkům, vše se zapíše. Pacienta personál doprovodí do postele s číslem a uloží mu oblečení do skříňky. Postel je vybavena gumovým prostěradlem (Skála, 1957).

Na záchytné stanici bylo v noci přibližně okolo tří ošetřovatelů, především o víkendových směnách. Častou prací ošetřovatelů bylo omývání pacientů, praní prádla v případě znečištění. Skála uvádí, že ošetřovatelé by měli vždy působit terapeuticky, a i v náročných podmínkách vždy podpůrně a profesionálně, díky tomu se někteří pacienti ptají na dobrovolnou léčbu, nejde o přemlouvání k léčbě ani k provádění psychoterapie (Skála, 1957).

Drobná poranění ošetřil zdravotnický personál, pokud měl pacient závažnější zranění (poměrně časté byly zlomeniny) dopravili ho na chirurgii nebo jiné specializované pracoviště. Výplach žaludku většinou nebyl potřeba, prováděl se pouze zřídka, dále se uvádí, že je vhodné podat kofein, analeptika nebo sedativa (Skála, 1957).

Lékař na záchytné stanici prováděl obvyklou prohlídku, dále bylo jeho úkolem alespoň okrajově zhodnotit, zda jde o intoxikaci či psychózu. Dále se odebrala krev pro stanovení hladiny alkoholu v krvi. Pacient je propuštěn po vystřízlivění, nejdříve osm hodin od začátku záchytu (Skála, 1957).

Skála také apeloval na svoje pacienty z Apolináře, aby během své léčby podstoupili službu na záchytné stanici, šlo především o to, aby jim ukázal, jak vypadá člověk při intoxikaci a pacienti si potom dále uvědomovali, že tohle chování se dříve objevovalo i u nich. Poté psaly elaboráty (Skála, 1960).

4.2 Shrnutí poznatků vztahujících se k záchytné stanici

- Stanice je vždy v přímém kontaktu s VB
- Má charakter zdravotnického zařízení
- Je potřeba nepřetržitý provoz
- Zřizování ZS je výhodné a nezbytné hlavně ve velkých městech
- Vhodné je, když je záchytná stanice připojena k protialkoholnímu léčebnému zařízení nebo psychiatrické klinice
- Činnost ZS ovlivňuje celou společnost, ne pouze jednotlivce
- Je nezbytné předat pacienty ze ZS do ambulance, aby byla dodržena prevence (Miovský et al., 2018)

4.3 Situace záchytných stanic v letech 1951-1993 v Československu

V roce 1954 vydalo ministerstvo zdravotnictví směrnice pro zřizování a činnost záchytných stanic. V roce 1962 byly záchytné stanice zakotveny v zákoně 120 o boji alkoholismu. (Zápisy z Apolináře, 1977, č. 3-6). V letech 1951-1955 prošlo záchytnou stanicí přibližně 12 000 osob (Skála, 1957). Už v roce 1961 se počet záchytných stanic zvyšuje na 25 (Zápisy z Apolináře, 1977, č. 3-6). V roce 1963 se uvádí 21 zařízení a v tomto roce je zde 16 379 ošetřených osob. V letech 1966-1967 činil počet ZS v Československu 23. Poté se postupně počet záchytných stanic zvyšuje až do roku 1989, kdy je jich na našem území 35 a ošetření osob se také zvýšilo na 25 393. Poté se čísla do roku 1993 spíše snižují. V roce 1993 se počítá s 20 záchytnými stanicemi společně s 15 887 zachycenými osobami (Nechanská et al., 2011). Pro lepší pochopení textu přikládám tabulku.

Tabulka 1: Počet záchytných stanic a počet zachycených v letech 1963-1993 (Nechanská et al., 2011)

Rok	Počet záchytných stanic	Počet zachycených osob
1963	21	16 379
1964	21	18 189
1965	21	20 275
1966	23	18 755
1967	23	18 755
1968	25	17 950
1969	25	20 633
1970	25	26 633
1971	25	27 589
1972	25	31 273
1973	25	29 610
1974	27	28 761
1975	27	26 782
1976	28	25 110
1977	28	26 489
1978	30	28 963
1979	30	27 326
1980	32	29 901
1981	32	31 134
1982	33	29 169
1983	32	30 692
1984	33	33 078
1985	33	32 686
1986	34	31 176
1987	34	30 889
1988	34	29 851
1989	34	25 393
1990	29	19 657
1991	28	18 902
1992	25	18 177
1993	20	18 177

5 Ústavní léčba – Apolinářský model

Apolinářský (někdy také nazývaný Skálův model) byl soubor léčebných prvků zaměřený na behaviorální terapii, soudržnost terapeutické komunity a bodovací systém. (Kalina, 2008).

5.1 Behaviorální terapie

Pro úplnost této práce je potřeba uvést, alespoň základní informace o behaviorismu, jeho vývoji a základních pojmech. Apolinářský model význačně s tímto směrem souvisí.

Behaviorismus vznikl v 20. století v USA. Behavioristi považovali introspekci jako nevědeckou metodu, tato metoda je zaměřená na studium chování. Dále považují mysl za černou skříňku, do které nelze proniknout. Jako předchůdce tohoto směru můžeme označit Ivana M. Sečenova, ale také Ivana Petroviče Pavlova. Pavlov se věnoval klasickému podmiňování. Zavedl také čtyři nové pojmy, a to nepodmíněný podnět, reflex a podmíněný podnět a reflex. Za dalšího významného představitele a zakladatele se považuje John B. Watson a jeho experiment s malým Albertem. Tento experiment probíhal s devítiměsíčním kojencem, kdy se před dítě pokládala bílá krysa a poté se ozvali úderý klavírem. Watson chtěl u Alberta vyvolat vrozenou reakci strachu, později před něj pokládal další bílé, chlupaté předměty a pouze pohled na ně vyvolal u Alberta strach. Watsonova hypotéza se tedy potvrdila. Experiment se označuje za neetický a nevhodný. Dále zařazuje do tohoto směru pojem S-R, to znamená, že každý stimul vyvolá reakci. Za neobehavioralisty považujeme především Edwarda Chace Tolmana, který zavedl pojem intervenující proměnná a dále kognitivní mapu (experiment s krysami). Burrhus Frederic Skinner byl experimentální psycholog, jeho asi nejznámějším experiment je Skinner box, kdy zkoumal pozitivní a negativní posílení u krys (Plháková, 2019).

5.1.1 Behaviorální terapie u závislostního chování

Podle Millerové (2011) je závislost behaviorální povahy. Posílení i učení hrají při vzniku závislosti důležitou roli, ale také hrají důležitou roli při léčbě závislostí. Behaviorální terapie je tedy vhodnou složkou pro léčbu závislostí. Klienti jsou vedeni, aby se naučili a posílili pozitivní chování a změny. V tomto směru tedy lze použít techniky jako relaxace, různé typy úkolů, modelové situace, nácviky chování a asertivity. Kalina (2015) také uvádí, že do behaviorální terapie lze zařadit negativní přepodmiňování, což jsou averzivní techniky (byly popsány v medikamentózní léčbě). Jedná se především tedy o chemickou averzivní léčbu emetinem a chemickou senzibilizaci pomocí Antabusu. Dále také popisuje psychologickou senzibilizaci, která se navozuje pomocí imaginace klienta. Klient společně s terapeutem pracuje na představení si situace, která obvykle vyvolá užívání a následně se pracuje na tom, aby si klient představil, co po požití látky následuje (kocovina, odvykací

stav). Díky této technice si dokáže uvědomit následky svého chování. Do pozitivního předpokládání řadí autor relaxaci, nácvik asertivního chování a nácvik sebekontroly.

5.2 Zařízenost oddělení, výběr pacientů a rizika s tím spojená

Oddělení bylo od začátku fungování otevřené a dbalo se na dobrovolnost pacientů k léčbě (Skála, 1957). Dobrovolností se rozumí, že pacient přijde do léčby sám, Skála popisuje, že někteří pacienti přicházejí například na popud manželky, příbuzných, a to nelze považovat za čistě dobrovolné. Skála si spolu se zdravotnickým personálem pacienty vybíral. Popisuje, že asi polovina pacientů pocházela z Prahy, zbytek z jiných koutů České republiky (Skála, 1960). Výběr pacientů a možná rizika jsou věk pacienta, uvádí se, že hůře abstinují pacienti mladší 28 let, ale také pacienti starší 55 let, protože už mají zaseté návyky. Rodinné faktory a poměry jsou dalším faktorem, jak s klientem pracovat, především v tom, zda se vrací do rodiny, která je semknutá a podporující, pokud ne, lze předpokládat recidivu. Třetí rizikový faktor je zaměstnání, kam se lidé vrací. Vhodná nejsou zaměstnání, kde se očekává, že člověk bude pracovat s alkoholem – restaurace, hotely. S některými pacienty přímo probíral příslib toho, že už se do oboru nevrátí. Dalším nepříznivým faktorem může být nižší intelekt nebo to, že pacient léčení zatajuje a veřejně nepřiznává, že se léčí. Pacienti jsou přijímáni v pořadí, v jakém se zapsali, příjem probíhal ve čtvrtek (Skála, 1957).

Skála popisuje, že je vždy výhodnější, když je oddělení umístěno samostatně. Dává totiž pacientům pocit, že nejsou zavřeni na psychiatrické klinice, nýbrž v léčebném ústavu. Dále poukazuje na skutečnost, že je vhodné, aby oddělení mělo dostatečné velké prostory, aby se zde pacienti mohli volně pohybovat a měli větší pocit volnosti (Skála, 1957).

5.2.1 Příjem pacienta do léčby a alkoholová anamnéza

Pokud byl pacient do protialkoholní léčebny v Apolináři přijat v prvních dnech se seznamoval s oddělením, ale také absolvoval základní vyšetření, IQ testy, psychopatické a neurotické rysy, klinické a laboratorní vyšetření. Laboratorní vyšetření se týkalo jater, ledvin srdce a žaludku ale také stomatologické a ORL vyšetření. Při vstupu do léčby také pacient podepisoval pozitivní revers, to znamená, že v programu setrvá po celou dobu léčby (Šejvl et al., 2021).

Alkoholová diagnóza se tehdy určovala podle Jellinkovy typologie závislosti na alkoholu (Skála, 1986, 1987).

1. Typ alfa – abúzus slouží jako ulehčení pro vnitřní konflikty. Abúzer používá alkohol jako anxiolytika a pro ulehčení životních krizových situací, odstranění úzkosti a tenze a k navození euforie a sblížování se s druhými lidmi. Zatím není přítomná fyzická ani psychická závislost, avšak rizikem mohou být úrazy nebo trestné činy

2. Typ beta: Je to příležitostné pití (víkendy a pijácké zvyklosti). Motivací je se neodlišovat od ostatních a chodit do společnosti. Rizikem může být pití za volantem tedy porušování dopravních předpisů a vznik tolerance.
3. Typ gama: Už mluvíme o závislosti na alkoholu. Jedinec se vyznačuje nezodpovědností a ztrátou kontroly. Osoba si nikdy není jistá, zda když překročí 0,6 promile alkoholu v krvi, zda bude pít až do intoxikace či ne. Poté většinou nějakou dobu abstínuje, tolerance výrazně stoupá. Psychická závislost je patrná, při odnětí většinou nedochází k výrazným odvykacím stavům.
4. Typ delta: Jde o protahované pití, jedinec si takzvaně drží hladinku. V popředí je závislost fyzická. Psychická závislost se vyvíjí až později. Hrozí cirhóza jater.
5. Typ epsilon: Je poměrně blízký typu gama. Jedná se o epizodický abusus často s dramatickým a protahovaným průběhem.

Jednotlivé typy se u většinou neobjevují čistě samostatně. Skála (1986) uvádí že u nás se nejčastěji objevovali jednotlivci s převahou gama a méně často s převahou delta. Skála se na Jellinka poměrně hodně odkazoval a roku 1961 se s ním potkal i osobně (Skála, 1986).

5.3 Délka ústavní léčby, léčebný program a režim

V prvních letech fungování Apolináře trvala léčba tři týdny, občas se i zkracovala, například pacienti na Antabusu často pobývali v léčbě pouze týden (Skála, 1957). Také se uvádí, že léčba trvala sedm týdnů, kdy se prvních čtrnáct dní pacient seznamoval s oddělením a režimem (Šejvl et al., 2021). Následně se léčba prodloužila na osm týdnů, poté se prodloužila znovu na tři měsíce pro dobrovolné pacienty, což se uvádí jako vhodné (Zápisy z Apolináře, 1977, č. 3-6). Pro některé pacienty zvláště mladší 30 let se léčba mohla prodloužit na 4-6 měsíců, což bylo ale pouze výjimečné (Skála, 1960).

Léčebný program klade důraz především na to, aby pacienti byli důslední a zodpovědní ve své léčbě, tímto lze pacienty připravit na dobu abstinence v běžném životě. Během programu se pacienti učí uspokojovat své základní potřeby, dodržování programu a režimu, získávají nové zkušenosti, obnovení vztahů, znovuzískání autonomie a identity, sociální dovednosti (Skála, 1987). Příjem nových pacientů probíhal vždy ve čtvrtek, v tento den se pacient seznámil s oddělením, dostal potřebné informace a udělali se mu testy z moči a krve. V pátek se konala vizita, současně se jednalo i o uklízení den, který byl součástí pracovní terapie. Pacienti zde prováděli všechny úkoly sami, především kvůli disciplíně (Skála, 1960).

S režimem i programem se pojí volná tribuna (dále VT), se kterou se v Apolináři začalo v roce 1954. Volná tribuna je v komunitách využívána dodnes. Je to setkání celého oddělení, věnuje se tématům, které se týkají celé skupiny, jako je například přijímání nováčků, rozloučení se s pacienty, kteří léčbu končí. Volnou tribunu vždy vedl jeden terapeut podle sebe, pacienti psali elaboráty především o pocitech, ne o tom, jak VT

probíhala. Kolem roku 1970 se volné tribuny chopili sami pacienti. VT se vždy účastnili všichni pracovníci (Skála, 1998).

Režim je třeba řádně dodržovat. Do režimu na protialkoholním oddělení v Apolináři zařazujeme především terapeutické metody, které se během let obměňovaly a zdokonalovaly (více popsáno níže). Režim je celek, který má určité faktory, od nesnášenlivosti alkoholu (léčba emetinem, antabusem) až po zlepšení tělesné a psychické aktivity, zdokonalování se v základních i složitějších potřebách, zdravotním stylu a interpersonálních vztazích (Skála, 1987).

Tabulka 2: Program na týden – Apolinář 1982 (Skála, 1987)

	Ráno	Dopoledne	Odpoledne	Večer
Pondělí	5:45 – budíček 6:00 – rozcvička, běh, ranní hygiena, úklid 7:00 – snídaně	7:30 – ranní schůzka 8:00–9:30 – první pracovní blok 10:00–11:30 – druhý pracovní blok nebo vyšetření pacientů	13:00–14:15 – skupinová psychoterapie 14:30–16:00 – přednáška s diskuzí	18:00–19:00 – elaboráty z přednášky 19:00 – deník 19:40 – večerní rozcvička 21:00 – kontrola úklidu 22:00 – večerka
Úterý	5:45 – budíček 6:00 – rozcvička, běh, ranní hygiena, úklid 7:00 – snídaně	7:30 – ranní schůzka 8:00–9:30 – první pracovní blok 10:00–11:30 – druhý pracovní blok nebo vyšetření pacientů	13:00–14:15 – skupinová psychoterapie 14:20–14:45 – elaboráty ze skupin 15:00–16:00 – pohybová aktivita	18:00–19:00 – studium zápisů z Apolináře (později – deník, rozcvička, kontrola úklidu, večerka)
Středa	5:45 – budíček 6:00 – rozcvička, běh, ranní hygiena, úklid 7:00 – snídaně	7:30 – ranní schůzka 8:00–9:30 – první pracovní blok 10:00–11:30 – druhý pracovní blok nebo vyšetření pacientů	14:00–15:30 – volná tribuna 15:30 – 16:00 – přezkoušení z přednášky	18:00–19:00 – elaboráty z volné tribuny (ostatní program stejný jako úterý)

Čtvrtek	5:45 – budíček 6:00 – rozcvička, běh, ranní hygiena, úklid 7:00 – snídane	7:30 – ranní schůzka 8:00-9:30 – první pracovní blok 10:00–11:30 – druhý pracovní blok nebo vyšetření pacientů	13:00–14:15 – skupinová psychoterapie 14:25–14:45 – transparence skupin 15:00–16:00 – úklid	18:00–19:30 – KLUS 20:00-21:00 – elaboráty z klubu (ostatní program stejný jako předešlé dny)
Pátek	5:45 – budíček 6:00 – rozcvička, běh, ranní hygiena, úklid 7:00 – snídane	7:30 – ranní schůzka 8:00-9:30 – první pracovní blok 10:00–11:30 – druhý pracovní blok nebo vyšetření pacientů	13:00–14:00 – pořádková vizita 14:15–14:45 – vyhodnocení soutěže – vyhodnocení bodů světnic i jednotlivců 15:00–16:15 – běh na zahradě na 12 minut – měření tepové frekvence	17:30–18:30 – kulturní hodinka 18:45 – divadlo pro pacienty v 7.,9.,11 a 13. týdnu léčby
Sobota	6:30 – budíček, bez rozcvičky	8:00–11:30 – vycházky pro pacienty v doprovodu terapeuta	14:00–16:00 – návštěvy	Volno
Neděle	7:00 budíček, bez rozcvičky	10:00 – dobrovolný běh na zahradě	14:00–16:00 – návštěvy	18:00–19:00 muzikoterapie

5.3.1 Bodovací systém

Bodovací systém zařazujeme do behaviorální terapie, hojně se užívá k léčbě závislostí většinou na specializovaných odděleních. Podle Skálova modelu ho později převzala většina oddělení v tehdejší Československu. Jedná se o soubor povinností a požadavků, pokud je pacient neplní, je negativně hodnocen s následným trestem. Podle Skály měl tento systém výhody i nevýhody, především, ale zdůrazňoval, že díky bodovacímu systému se někteří pacienti vyřadí sami během prvních třech týdnů (Kalina, 2015).

Sám Skála ho popisuje jako úvěrový a kupónový systém (jinak také čtvrtáky a osminky). Tento systém se užíval v Apolinárii téměř od začátku jeho založení (Skála, 1987). Skála se inspiroval sociálním pedagogem a spisovatelem ukrajinského původu Antonem Semjonovičem Makarenkem, který se věnoval výchově dětí a mladistvých. Makarenko dbal především na kolektivnost, své chovance roztrídřoval do skupin, kde každá skupina měla na starost jinou činnost. Dále do výchovy aplikoval vojenské a pracovní prvky (především manuální práce), které byly důležité pro součinnost kolektivu. Skupiny i jednotlivci byli dále odměňováni nebo trestáni za prohřešky (Balvín & Sedláček, 2016).

Na protialkoholním oddělení v Apolinárii se v začátku udělovaly a strhávaly body za úklid a práci. S přibývajícím rokem se bodovací systém zdokonaloval. Později se k bodování připojilo psaní deníků, elaborátů z VT, KLUSu a přednášek ze skupin, dále plnění určitých rolí, jako byl tělocvikář, důvěrník nebo předseda. Odměnou byly především procházky, které trvaly od soboty 6:00 do neděle 20:00. Podle bodů byly buď zkráceny nebo pokud pacient neplnil, jak měl, nemohl je mít vůbec. Hodnocení bodování bylo v pátek. Bodovací systém byl pevně daný a většinou se neudělovaly výjimky, pokud ano, musela s nimi souhlasit celá skupina (Skála, 1998). Bodovací systém byl na začátku léčby pro pacienty náročný, dodržování pravidel vyžadovalo od pacientů hodně disciplíny. S bodovacím systémem se pojí Apolinářský desetiboj.

5.3.2 Apolinářský desetiboj

1. Angažovat se při léčbě – pacient musí být partnerem při psychoterapeutickém procesu. Nesmí čekat, že se něco změní samo.
2. Ber a Dávej!
3. Brát na sebe zodpovědnost – důležitý znak zralosti a také toho, že pacient přebírá plnou odpovědnost za svoje činy.
4. Gratifikace – jestliže pacient plní, co má a někdy plní i nad rámec má ze sebe pocit uspokojení. Díky tomuto pocitu se pacientovi zvyšuje sebevědomí a důvěra v sám sebe, ale i ve své okolí.
5. Frustrace. Při velké zátěži a úsilí pacient někdy zklame – to souvisí také s tím prožít si frustraci bez drogy a dále se naučit, že i v běžném životě se něco nepovede.
6. Buď fit!

7. Změna hodnot. Jde především o změnu návyků – změna hodnot je v léčbě důležitá, ale může být i velice náročná, protože pro člověka může být těžké měnit některé věci a učit se něco nového.
8. Naprostá a trvalá abstinence.
9. Pokud pacient plní osm zásad předešlých, měl by jistou změnu pociťovat i na sobě. A následně to začne pociťovat i okolí.
10. Myslet na doléčování během léčby. Pacient by neměl mít pocit, že bude dodržovat léčbu, vyjde z oddělení a je plně vyléčen. Doléčování je velmi důležitou součástí léčebného procesu, mnohdy důležitější než samotný pobyt v Apolinári (Zápisy z Apolináře, 1974, č. 3-4).

5.3.3 Desatero při odchodu pacienta z léčby

(Na začátku desatera Skála upozorňuje na dodržování těchto pravidel a na nezbytné doléčování).

1. Pacient se léčí pro sebe, prodělal chorobu, při které ale nevyžaduje pozornost okolí a neměl by chtít, aby se mu dostávalo přehnané pozornosti.
2. Pacient netají, že prodělal léčbu. Neznamená to, že to musí říkat všem. Ale okolí, na kterém mu záleží by o této skutečnosti mělo být informováno.
3. Alkoholismus je doživotní nemoc.
4. Kontakt s léčbou a léčebnou institucí například ve formě přednášek nebo chození do KLUSu.
5. Přizpůsobit se svému prostředí a nechtít všechno hned. Taková zátěž by mohla způsobit recidivu.
6. Nevyhledávat ve svém okolí osoby z místa, která jsou pro pacienty spjatá s alkoholem.
7. Vyhledávat nové zájmy, nebo obnovit ty staré.
8. Dodržovat denní režim. Pacienti se v Apolinári aktivně učili, jak si den rozložit, kdy vstát, kdy uklidit, kdy cvičit. Měli by svůj životní styl přizpůsobit prostředí mimo léčebnu a obzvlášť v těžkých chvílích a životních situacích ho dodržovat.
9. Mít odvahu řešit problémy na které stačí. Naopak nezaplétat se do problémů, které by pro pacienta mohly být krizové.
10. Neustále na sobě pracovat, pacient by měl vědět, že je vždy co zlepšit (Zápisy z Apolináře, 1974, č. 3-4).

6 Lojovice a Apolinář – specializované oddělení pro ženy

Mimopražské Lojovice od roku 1957 patřily k Apolináři, tím se oddělení v podstatě rozrostlo o dalších 32 lůžek pro muže, Skála se rozhodl, že Apolinář bude přednostně sloužit pro pacienty, kteří přicházejí do léčby poprvé a Lojovice mohou sloužit pro pacient s relapsem, ale také pacientům, kteří mají léčbu soudně nařízenou. Lojovice s mužskými pacienty vedl psycholog Jaroslav Madlafousek, který přizpůsobil Apolinářský režim nově vznikající instituci (Skála, 1998). V začátcích Apolináře se ženy léčily společně s muži, ženy měly vyhrazený jeden pokoj (světnici). Odborníci se ale později shodli na tom, že společná léčba není až tak účinná a představuje řadu problémů, především vztahy mezi pacienty a pacientkami. Léčba žen v Apolináři skončila (Pecinovská, 2021).

Tehdy u nás nebyl žádný program, který by se orientoval pouze na léčbu žen, a tak se od 11. 10. 1971 přidalo k Apolináři specializované pracoviště, které se věnovalo léčbě žen závislých na alkoholu a jiných látkách v Lojovicích. Inspirací byla pro Skálu návštěva západoněmecké léčebny Höchsten u Bodamského jezera, zde se otevírala budova pro ženy závislé na alkoholu. Skálu nápad tak uchvátil, že léčebnu zavedl i v Československu. Muži se z Lojovic odstěhovali a byli posíláni do Červeného dvora (Skála, 1998). Pod vedením docenta Jaroslava Skály a Jiřího Hellera vzniká rehabilitační pobočka psychiatrické kliniky fakultní nemocnice II v Praze. Slovo rehabilitační pobočka mělo chránit právě pacientky před stigmatizací. V začátcích bylo k dispozici 32 lůžek, 17 prvních pacientek bylo převezeno z Červeného dvora (Pecinovská, 2021).

Vytvoření programu a terapeutického týmu měl na starost právě psychoterapeut Heller. Tým se skládal ze sestry (půjčené z Apolináře), psychoterapeuta a 1x týdně dojížděl do rehabilitační pobočky i Jaroslav Skála jakožto lékař. Lojovice v podstatě používaly Apolinářský model (včetně bodovacího systému), až na to, že byl upraven pro ženy. Především byl doplněn o rodinné terapie, doléčovací program a byla založena organizace pro abstinující ženy – Pavučina. Program se skládal ze skupinové a komunitní psychoterapie, relaxačních technik, pohybových aktivit, pracovní terapie a samozřejmě písemné reflexe. Došlo také k prodloužení doby léčby. Lojovický program měl velmi dobrou pověst, léčba se vyznačovala svojí efektivností, také se tímto programem inspirovaly i další instituce vytvořené pro léčbu závislostí u žen. Lojovice byly také zázemím psychoterapeutického výcvikového modelu SUR. Po roce 2000 došlo k vypršení smlouvy provoznímu personálu léčebny, a proto bylo potřeba zachovat program někde jinde, tudíž se ženy vrací do Apolináře. V Apolináři bylo tehdy vyhrazeno 20 lůžek pro ženy. V roce 2003 se počet lůžek zvýšil na 28 (Pecinovská, 2021).

7 Psychoterapie

Skála (1989) popisuje, že Psychoterapeutická sekce psychiatrické společnosti u nás pracuje od roku 1952. V roce 1957 vznikl odborný časopis Československá psychologie. V roce 1973 byla vytvořena pracovní skupina psychoterapeutů ze socialistických zemí, kdy každý z nich vede jednu sekci a to vzdělávání, informace o psychoterapii, výzkum a léčebné modely. A v roce 1986 je psychoterapie uznávána jako specializační obor, dále bylo zřízeno pracoviště pro školení lékařů v psychoterapii v rámci psychiatrické katedry 1LFu. Psychoterapeutická sekce psychiatrické společnosti se scházela v Apolináři každé první úterý v měsíci na dvě hodiny na vědecko-pracovní schůzi. Po roce 1989 se psychoterapie hodně rozšířila a začala se řešit i témata, která byla dříve tabuizována. Po otevření hranic k nám začali jezdit odborníci a dochází k poznání nových informací ve formě přednášek, ale i výcviků (Šikl & Vobořil, 2020).

Během let se psychoterapie vyvíjela, obměňovala. Jak uvádí Vymětal (2016) tak Skála byl nejen významný alkoholologem, ale věnoval se také výrazně psychoterapii, kterou u nás v letech komunismu, ale i po něm, rozvíjel a udržoval v co možná nejlepší možné kondici. Skála si byl velmi dobře vědom toho, že psychoterapie je klíčová v léčbě závislých pacientů.

7.1 Začátky psychoterapie v Apolinářském modelu

Skála (1957) popisuje, že medikamenty pro léčbu závislosti nikdy nezmění pacientovu emocionální a intelektuální stránku. Dochází k závěru, že v léčbě závislostí je vždy potřebná psychoterapie. Podle něj psychoterapie musí působit na celou osobnost pacienta, jde tedy o převýchovu nemocného. Jak sám popisuje alkoholik musí najít nové pocity sebeuspokojení většinou v zájmech. To tedy znamená přeučit pacienta, že k pocitu uspokojení, ke kterému dříve sloužil alkohol, musí najít jinou cestu. Psychoterapie by tedy měla splňovat tři následující body.

1. Pacient by měl mít náhled, že alkohol je pro něj pouze únikem, aby nemusel řešit své problémy.
2. Přivést pacient k poznání, co ho přivedlo k alkoholu, rozpoznat pravé příčiny.
3. Klást důraz na to, aby se pacient nedostával do situací, které zaviňovaly jeho problémy.

Jak sám uvádí Skála (1960) ten, kdo provádí psychoterapii, musí mít určité znalosti a dovednosti. Měl by být dobře znalostně vybaven. Terapeut by měl být trpělivý, současně i útočný. Ten, kdo se podle Skály zabývá léčbou alkoholismu, by měl být abstinent, to znamená, že by měl umět to, co chce po svých pacientech. Skála bere abstinenci v tomto oboru jako samozřejmost. Dále opět klade důraz na to, aby pacient o svých problémech mluvil a nezamlčoval, že prochází léčbou. Skála uvádí své zkušenosti v roli psychoterapeuta takto:

1. Nepoužívat výraz alkoholik, je agresivní a hanlivý. Lepší je pacienty označovat jako osoby závislé. Skálovi se také osvědčilo mluvit o pacientech jako o našich.
2. Pracovat na vztahu psychoterapeut – pacient (lépe však klient) a na vztahu terapeutický tým – pacient.
3. Terapeut by se měl snažit dopracovat optimálního vztahu s pacientem. To znamená ukázněvat, ale nezraňovat!
4. Terapeuti se musí během života cvičit a zdokonalovat. Měli by se vyznat v technikách, ale hlavně sami v sobě.
5. Jedná se o úzdravu, nikoliv o vyléčení. Abstinence není cíl, ale prostředek. Léčba se tedy nesoustředí pouze na abstinenci, ale umožňuje nácvik a návod zdravého životního stylu a hodnotového systému.
6. Práce terapeutů vyžaduje toleranci na frustraci, kterou prožívají nejen od pacientů, ale i ze strany ostatních zdravotníků z týmu, veřejnosti i rodinných příslušníků
7. Stát se alkoholikem přináší riziko (stejně jako abúzus jakékoliv látky), následně ale přináší uznání.
8. Terapeut má právo na to, vybrat si přístup s jakým bude pracovat, ale také přebírá odpovědnost za osud svých pacientů a léčebné výsledky.
9. Pro terapeuta platí zbavit se pýchy a být pokorný.
10. Bez empatie to nejde. Znamená to schopnost terapeuta vcítit se do situace svých pacientů, ale zároveň neztratit svojí vlastní identitu (Skála, 1993).

8 Balintovské skupiny

Zakladatelem Balintovských skupin je Michael Balint. Michael Balint byl maďarský psychoanalytik a lékař narozený v roce 1896. Vystudoval biochemii a v roce 1921 započal psychoanalytický výcvik společně se svojí první ženou Alicí. Výcvik započali u doktora Sasche v Berlíně, poté pokračovali v Maďarsku u Sandora Ferencziho (Freudův žák). Byl tedy sám ovlivněn Freudem. V roce 1939 Balint emigruje do Anglie. V roce 1945 propracovává koncept vztah mezi lékařem a pacientem. V roce 1950 začal vést na Tavistocké klinice skupinová setkání pro lékaře. Balintův koncept je tedy zaměřený na vztah pacient – lékař, důležitost, co pacient od lékaře potřebuje, nelze tedy zůstat pouze na úrovni tělesné, to znamená starat se o pacienta a o jeho emoce, aby nedocházelo k psychosomatickým obtížím. Jeho práce se rozšířila celosvětově, největší vliv jeho konceptu však působil v Evropě (Pačesová, 2004).

8.1 Začátky Balintovských skupin v České republice

Balintovské skupiny neoddělitelně patří k vývoji a založení SUR. Balintovské skupiny u nás nahrazovaly skupiny supervizní. Zakladateli jsou především doc. PhDr. Jiří Růžička, Ph.D. (klinický psycholog, zabývá se psychoanalytickou psychoterapií, v současnosti se věnuje hlavně dasainanalýze, pracuje s neurotickými a psychosomatickými pacienty, je rektorem PVŠPS) a později v upravené verzi i Jaroslav Skála. V roce 1953 vznikla

psychoterapeutická sekce v rámci psychiatrické společnosti a dále v roce 1987 vzniká psychoterapeutický kabinet. Odborníci si byli vědomi toho, že psychoterapie funguje a v léčbě je důležitá, potřebovali ji dát důležitost, aby byla celkově odborně uznávána, tehdy chybělo teoretické vzdělání, supervize i časopis. Především Jiří Růžička dbal na důležitost psychoterapie, dále věděl, že zdravotnickému personálu chybí v tomto odvětví znalosti a že tak docela neumí jednat s pacienty. Zlepšení chtěl docílit tím, že bude organizovat supervizní skupiny, což se povedlo nejdříve se členy psychoterapeutického kabinetu. Jiří Růžička následně zjišťuje podobnost se skupinami v Německu, přesněji tedy s Balintovskými, přesto ale nebyly úplně stejné, u nás se více dbalo na fantazie a představy a účastníci situaci ze skupin neshrnovali (Pačesová, 2004).

8.2 Frankciované víkendy a výcvik

V roce 1980 začíná se skupinami sám Jaroslav Skála, a to přímo u Apolináře. Balintovská skupina začala být součástí výcvikového modelu SUR (začalo to tedy 1980-1985), to znamená, že k pětiletému výcviku se přidalo ještě 100 hodin Balinta (Pačesová, 2004). Inspirovala ho hlavně zkušenost z Lindau, kdy se účastnil psychoterapeutických týdnů v letech 1967-1969. Sám absolvoval výcvik vedený profesorem Luban-Plozzou ve Švýcarsku v letech 1981 a 1982 (Skála et al., 1989). Skála začíná s balintovskými víkendy (jinak frankcionované) a stojí i také u zrodu balintovského výcviku. Balintovské výcviky vedoucích trvaly tři roky a účastníci se scházeli 2x do měsíce, celkem absolvovali 250 hodin. Výcvik obsahoval tři části a to – teoretickou část, zážitkovou skupinu a balintovské skupiny. V současnosti vedoucí neprocházejí výcvikem, ale musí splňovat podmínky pro akreditaci (Pačesová, 2004).

8.3 Postup a obecné principy Balintovských skupin podle Jaroslava Skály

Tyto body sepsal Jaroslav Skála po zkušenosti přibližně 150 skupin, které sám vedl. Uvádí, že postup není vždy jednotný, ale tyto zákonitosti po většinou fungují.

- Je utvořena skupina po 8-12 účastnících, která trvá 90 minut. Jeden z účastníků nabízí své téma k prodiskutování. Pokud je nabídek více, rozhoduje buď vedoucí anebo skupina, které téma přijde na řadu jako první.
- Účastník, který s tématem přichází, popíše historii případu, nejasnosti a obavy.
- Poté přichází čas na dotazy ostatních účastníků skupiny. Doptávají se na pacienta a na to, co jim například nebylo jasné.
- Následně účastníci prezentují své fantazie a představy. (Účastník v této části pouze naslouchá skupině).
- Poté nahlas uvažují, co by dělali oni. Nejedná se o rady, ale o inspiraci, jak situaci řešit.

- Účastník, který s tématem přišel následně poskytuje zpětné vazby, co pro něj bylo přínosné.
- Na závěr skupiny, se mohou pokládat otázky vedoucímu a hodnotí se práce skupiny jako celku.
- Vedoucí požádá účastníka, který přišel s tématem, aby referoval o dalším děním mezi ním a pacientem na dalších skupinách, pokud bude mít zájem (Skála et al., 1989).

9 Výcvikový model SUR

V šedesátých letech minulého století vzniká výcvikový model, který nese jméno podle jeho zakladatelů, a to Jaroslav Skála, Eduard Urban a Jaromír Rubeš (Pačesová, 2004). V některých publikacích (Pačesová, 2004) se uvádí, že ztělesňovali Freudovo ego, superego a id. Tyto termíny pocházejí ze strukturálního modelu osobnosti podle Sigmunda Freuda. Podle Freuda jsou tyto tři subsystémy mezi sebou v neustálém boji. Id pochází z nevědomí a je principem slasti. Ego je principem reality a je racionální. Superego obsahuje zákazy a omezení (Drapela, 2011). Jaroslav Skála je tedy považován za ego, Urban byl superegem a Rubeš id. SUR se odvolával na práci Maxwella Jonese a byl především psychodynamický, do jeho prvků patřily prvky psychoanalýzy, existenciální a humanistické styly (Kalina, 2013). Jedná se o společenství, které má znaky přirozené skupiny s terapií skupinovou, kde se uplatňují psychodynamické, existenciální gestaltické přístupy (Růžička, 2000). Nápad výcvikového modelu přišel však od Hany Junové a Ferdinanda Knoblocha, poté co se účastnili konference v Lindau. Poté předávají tuto informaci Urbanovi a ten dále Skálovi, společně se účastní o dva roky později také konference v Lindau. Skála se následně domlouvá s Rubešem a nabízí mu k tomuto počínu všechny své prostory a přizvou také Eduarda Urbana (Skála, 2000). A tak v roce 1968 v Lojovicích vzniká první kurz, který spojuje tři tradice. Skálův protialkoholní režim. Rubeše a jeho ideu terapeutické komunity a Urban jeho sebezkušenost a metoda výcviku (Pačesová, 2014) dalšími vedoucími byly Hana Junová a Milan Bouchal (Kalina, 2008). SUR byl dále inspirován terapeutickými komunitami pro neurotiky v Lobči, Brně a Kroměříži. SUR vychoval řadu odborníků z řad psychiatrů, psychologů, ale i sester, sociálních pracovníků a vychovatelů. Tito odborníci přenášeli zkušenosti i do jiných odvětví např. školství, poradenství a vězeňství (Šimek, 2000).

V 70. letech každý z trojice zakladatelů zakládá svoji vlastní komunitu. Jako první z nich v roce 1972 právě Jaroslav Skála zavedl komunitu s názvem Bobeš, podle jmen lektorů – Boš, Bečvářová a Špitz, byli to absolventi předešlé pětileté komunity. V roce 1973 zavedl svoji komunitu Rubeš a Urban začal o dva roky později (Skála, 2000). Zakladatelé SURu komunitu nejdříve vedli a v pozdějších letech spíše superevidovali. V letech, kdy byla u moci komunistická strana, nebyl SUR zakázaný, ale nebyl také ničím oficiálním, nebylo možné pro něj získat vládní povolení, přesto i nadále fungoval. Po řadu let byl SUR sledován státní bezpečností (Pačesová, 2004). Do roku 1990 vzniklo 17 výcvikových komunit a prošlo jimi 400 účastníků (Kalina, 2005). Jak uvádí Kalina (2008), tak počet účastníků SUR do roku 2007 lze odhadnout na celkem 1000.

MUDr. Jaromír Rubeš se narodil 16.3. 1918. Nejdříve se specializoval jako porodník a chirurg. Následně nastupuje na psychiatrickou kliniku v Plzni. Společně s psychologem Milošem Bondym zakládá v Lázních Kynžvatu něco jako terapeutickou komunitu. Od roku 1948 se také věnoval otázce alkoholismu a díky němu se do Československa dostává Antabus. V roce 1951 vede psychiatrickou léčebnu v Dobřanech, později byl ředitelem

v lázních Jeseník. Po Jeseníku následovaly Bohnice. Převzal také předsednictví psychoterapeutické sekce Psychiatrické společnosti JEP, po něm jí přebírá Hausner a následně po něm i Skála. Zemřel 9. 2.2000 (Skála& Urban, 2000).

PhDr. Eduard Urban se narodil 30. 3.1928 v Praze. Vystudoval obor psychologie. Tehdy nebyla psychologie samostatným oborem, a tak k tomu studoval filosofii, latinu a řečtinu, později si jako svojí specializaci vybral psychopatologii (Urban, 2000). Nakonec se věnoval klinické psychologii. Při studiích působil na psychiatrické klinice u Kurta Freunda, která se zabývala léčbou mužské homosexuality. Působil v Dobřanech u doktora Svetozara Nevoheho. Doktor Nevohe byl odborníkem na Rorschachův test, a právě díky němu, se ho Urban naučil a rád ho používal. Později v Lojovicích i Apolináři se jeho kariéra stočila k problematice alkoholismu a závislostí. V roce 1973 mu vyšla jeho první monografie s názvem toxikománie (Šturma, n.d).

9.1 Principy SUR

Jak uvádí Zlámaný (2013) SUR je fenoménem, který se mimo Českou republiku nevyskytuje. Jde tedy o jedinečný model, který kombinuje sociální práci v komunitě společně s psychoterapeutickým skupinovým procesem.

Výcvikový model se během let měnil, jeho základní principy však zůstaly téměř stejné po celou dobu trvání.

- Principem je výcviková práce, která probíhá souběžně ve velké skupině využívající prvky terapeutické komunity a v malých skupinách, které jsou součástí této komunity.
- Skupiny jsou většinou 2-4, nejčastěji však tři.
- Skupina má 8-14 členů, snaha o rovnoměrné zastoupení mužů i žen, ženy zpravidla převažují.
- V prvním období působení vedl skupinu pouze jeden terapeut, v 80. letech dvacátého století se ustálilo vedení skupiny ženou a mužem.
- Komunita má jednoho nebo dva vedoucí.
- Výcvik trvá 4-5 let, v jednom roce se odborníci účastní komunitního setkání, obvykle 1- 2x ročně na týden a víkendová setkání, probíhající 2- 3x ročně. Výcvik obsahuje minimálně 500 hodin.
- Při setkání celé komunity se střídají aktivity jako ranní setkání, přednášky, kluby a odděleně se provádějí sezení jednotlivých skupin odděleně.
- Vedoucí komunity mají interní supervizi.
- Výcvikový tým se setkává a probírá záležitosti komunity. Vzájemně si poskytují supervizi (Kalina, 2008).

9.2 Pravidla výcvikové práce

Kalina (2005, 2013) uvádí ve svých publikacích pravidla výcviku SUR

- Mluvit otevřeně a upřímně, co do komunity vkládáš, to si i odneseš. Právo na sdělování informací, které sdílet chceš. Právo říci ne, nemuset mluvit o tom o čem v dané chvíli mluvit nechceš.
- Informace ze skupin se nevynášejí mimo výcvikovou skupinu – mlčenlivost a důvěrnost.
- Nenavazovat erotické a sexuální vztahy s ostatními členy.
- Dodržování disciplíny a dochvilnosti během výcviku.
- Pokud se členové potkají mimo výcvik v pracovní rovině, neřeší spolu témata z výcviku.
- Pravidlo střizlivosti. Neúčastnit se výcvikových aktivit ve změněném stavu vědomí (alkohol, návykové a psychotropní látky).

9.3 Ukázka denního programu výcviku v SUR

Tabulka 3: Výcvikový denní program (Kalina, 2005)

7:00 -9:00	Rozcvička, snídane, ranní hygiena
9:00-10:00	Komunita
10:30-11:00	Přestávka
11:00-12:30	Skupiny
12:30-14:00	Polední přestávky – oběd, psaní deníků a osobní volno
14:30-16:00	Workshop pro skupiny
16:00-16:30	Přestávka
16:30-18:00	Skupiny
18:10-18:30	Relaxace
18:30-20:00	Večerní přestávka – večere, deníky, volno
20:00-21:30	Klub
21:45-22:00	Pečetění dne
22:00-23:30	Porada výcvikového týmu

V průběhu výcviku tedy hrají roli prvky režimové (deníky, dochvilnost, rozcvičky, obhajoba práce při ukončení výcviku), ale i edukativní účastníci prochází takzvanými „tématikami“, což je technika, kdy se účastníci pomocí vlastního zážitku učí terapeutickým technikám. Ve druhé polovině výcviku se účastníci učí vést komunitní a skupinové programy pod dohledem supervizorů (Zlámaný, 2013).

SUR, institut pro vzdělávání v psychoterapii z.s. je nyní uznáván Evropskou psychoterapeutickou asociací a je zařazen do psychodynamických psychoterapií (Kalina.,2008) a také je schválený Českou psychoterapeutickou společností. SUR stejně jako v době jeho založení obsahuje sebezkušenostní, teoretický a supervizní modul. Podmínkou do přijetí terapeutického a supervizního modulu je absolvování sebezkušenostní části. Výcviky se i nadále pořádají v jednotlivých skupinách. V počtu hodin se od založení také neliší.

10 Terapeutické komunity

Je zde určitě nutné zmínit, jak a kdy vznikaly terapeutické komunity, jelikož se to odehrávalo v letech, kdy Jaroslav Skála působil a značně k jejich rozvoji také přispěl, také významně souvisí s výcvikovým modelem SUR.

Terapeutická komunita je specializované rezidenční zařízení. Je zaměřená na léčbu, která vede k abstinenci a soustředí se na sociální rehabilitaci jedince (Kalina, 2008). Trvá zpravidla 6-18 měsíců většinou podle potřeb jednotlivce a doporučení personálu. Mezi hlavní cíle terapeutické komunity řadíme osobní růst klienta, naučit se žít bez drog, změnu chování a změnu doposud zasetých návyků, osobní odpovědnost, komunikační dovednosti, učení se psychické odolnosti při krizových situacích (Kalina et al., 2015). Terapeutické komunity, které považujeme za klasické pocházejí z USA. Většinou se doba pobytu pohybuje okolo roku a více (Nešpor, 2013), Fáze pobytu TK dělíme na nultou, první, druhou a třetí fázi (Kalina, 2008).

10.1 Vznik demokratických a hierarchických komunit ve světě

Ve 20. století dochází k výraznému rozvoji terapeutických komunit a řadíme je do dvou směrů. Demokratické terapeutické komunity jsou určeny pro lidi s různými poruchami duševního zdraví (Kalina et al., 2015). Nejčastěji to jsou akutní psychotici, chronicky psychicky nemocní, lidé s poruchami osobnosti, oběti týrání, staří lidé trpící psychickými poruchami. Průkopníkem a zakladatelem demokratických komunit je Maxwell Jones, který v roce 1948 formuloval pět zásad demokratických terapeutických komunit. Což jsou sociální učení jako interakce tady a teď, společné vedení, shoda v přijímání rozhodnutí, oboustranná komunikace a proces rozhodování (Kalina, 2008).

Druhým směrem terapeutických komunit jsou komunity hierarchické, to jsou komunity, které se zaměřují na léčbu závislostí. Úplně první nápad terapeutické komunity pro závislé byl v roce 1958 Synanon. Synanon založil Charles E. Dederich, který byl sám nejdříve závislý na alkoholu, poté abstinoval a byl členem AA. Po odchodu z AA založil společenství, kde spolu žili lidé závislí na alkoholu a nelegálních látkách a vzájemně si pomáhali v abstinenci a předcházeli tomu, aby docházelo k relapsům a recidivám. Toto společenství se však ukázalo jako neúčinné, vzhledem k tomu, že Dederich nezvládl komunitu vést a byl příliš autoritářský. Prostředí se nejevilo jako léčebné, neobjevovali se zde ani žádní odborníci z oboru, společenství bylo čistě svépomocné. Docházelo zde k manipulacím a konfrontacím, komunita byla zavřená sama do sebe a odmítala jakékoliv kontakty zvenku. V roce 1978 byl Dederich a další spolupracovníci komunity obžalováni za vraždu a jiné zločiny. Společenství skončilo mezi lety 1970-1980 (Kalina, 2008).

První oficiální komunita pro klienty se závislostí na návykových látkách vznikla v New Yorku s nesla název Daytop Village, založil jí Daniel Casriel a jeho spolupracovníci. Casriel se inspiroval Synanonem, kdy v té době ještě fungoval na dobré úrovni. Avšak

nechtěl svoje pacienty od světa izolovat, naopak je chtěl naučit, jak žít venku bez alkoholu a drog. Vycházel ale také z některých postupů Maxwella Jonese, i když velmi málo. Komunita se lišila od demokratických komunit, Casriel jí i tak pojmenoval terapeutická komunita, poté se přidala řada dalších zařízení (Kalina, 2008).

10.2 Vznik demokratických terapeutických komunit v České republice

V roce 1954 založili manželé Knoblochovi Lobečský model terapeutické komunity, avšak v té době se tomu TK neříkalo. Šlo o léčebný kolektiv s kolektivní psychoterapií od Apolinářského modelu se lišili tím, že terapeutická komunita byla jednoskupinová. Roku 1966 vytvořil MUDr. Milan Hausner terapeutickou komunitu v Sadské, výrazně vycházel z poznatků právě z Lobče. Následně roku 1969 se lobečský model aplikoval do podmínek denního stacionáře v Horní Palatě, vedl ho MUDr. Zdeněk Mrázek. V roce 1971 vzniká v psychiatrické léčebně Kroměříž terapeutická komunita pro pacienty s neurózami a teprve tehdy se začalo používat pojmenování terapeutická komunita, tento počín se spojuje se jménem PhDr. Stanislava Kratochvíla. Stanislav Kratochvíl sice nebyl psychoanalytikem, ale dokázal propojit psychodynamické, interpersonální a behaviorální přístupy právě do TK v Kroměříži. Dodnes je tato komunita vzorem dynamických TK. Lobeč, Horní Palata a v neposlední řadě i Kroměříž byly vyhledávaným výcvikovým centrem pro odborníky z oboru. Jezdili sem na cvičné pobyty, kdy byly v roli pacienta a tím se dále učily, jak s pacienty lépe pracovat, dlouho byla tato možnost jedinou formou výcviku v psychoterapii. Jak již bylo popsáno výše v roce 1967 vzniká výcvikový model SUR, který se na principy TK odvolával (Kalina, 2008).

10.3 Vznik hierarchických terapeutických komunit v České republice

Sám Skála přirovnával Apolináře k terapeutické komunitě. Apolinář ale není typickou terapeutickou komunitou a v prvním období Apolináře podle Kaliny (2008) se nelze odkazovat na Jonesovu práci. Ačkoliv měl Apolinář zajisté prvky terapeutické komunity značně se od hierarchické komunity také odlišoval, nelze ho tedy považovat za terapeutickou komunitu. Je také zřejmé, že Skála svůj model v průběhu let inovoval a měnil tak, aby ho přizpůsobil potřebám pacientů. Po vzniku SUR se situace, co se terapeutických komunit týče začala měnit (Kalina, 2008). Jak jsem už zmínila výše nejdříve přichází do popředí TK pro léčbu neuróz. Jak je uvedeno ve výroční zprávě Sananimu (2001), tak v devadesátých letech dvacátého století vzniká sdružení Sananim (první nestátní nezisková organizace zabývající se problematikou závislostí na nealkoholových drogách) a po roce trvání otevírá TK pro drogově závislé v Němčicích, tedy první komunitu tohoto druhu v České republice. Jedná se o zařízení, které nabízí resocializaci a dlouhodobou léčbu. Zakladatelkou je PhDr. Martina Richterová Těmínová společně se svými spolupracovníky. Komunita vznikla jako nezdravotnické zařízení, které se věnuje rehabilitaci, společně s výchovnou složkou a psychoterapií. Inspirace pro TK pro osoby

závislých na návykových látkách přichází hlavně z TK Daytop, ale také TK Lobeč, Horní Palata a Kroměříž. Němčický model také inspiroval řadu dalších komunit, které později vznikaly v České republice.

11 Důležitá data v životě Jaroslava Skály

- 1935 – Jaroslav Skála nastupuje na lékařskou fakultu univerzity Karlovy a také na tělovýchovný institut
- 1939 – Úspěšně složil všechny zkoušky a dokončuje tělovýchovný institut
- 1946 – Promuje na lékařské fakultě univerzity Karlovy
- 1948 – Založení klubu osob usilujících o střízlivost, spoluzakladatel MUDr. Janda
- 1948 – Vzniká samostatné oddělení pro léčbu alkoholiků v Apolináři
- 1947 – začátek averzivní léčby emetinem
- 1949 – Založení zápisů z Apolináře – výuková a léčebná pomůcka (fungovala 40 let)
- 1950 – Do Apolináře nastupuje sociální pracovnice Arnoštka Maťová
- 1950 – Zavedení podávání Antabusu
- 1951 – Vznik záchytné stanice v Praze
- 1967 – Založení SUR
- 1971 – oddělení pro ženy Lojovice
- 1982 – Skála předává vedení Apolináře svému zástupci – MUDr. Pavel Mareček CSc.
- 1989 – Jaroslav Skála se stává docentem
- 1991 – Vzniká Pražská psychoterapeutická fakulta – spoluzakladatel Jiří Růžička
- 1993 – Spoluzakládá společnost pro návykové nemoci (SNN)
- 2001 – Vzniká Pražská vysoká škola psychosociálních studií – opět společně s Jiřím Růžičkou, škola funguje do současnosti

Jaroslav Skála vedl Apolinář do roku 1982, poté se i nadále věnoval svému oboru, především však psychoterapii a vzdělávání dalších terapeutů, také přednášel a publikoval. Zemřel 26. 11. 2007 v Praze (Kalina, 2008).

12 Arnoštka Maťová

K Apolinářskému modelu neodmyslitelně patří i sociální pracovnice Arnoštka Maťová. Narodila se 25. 3. 1925. Byla nejvýznamnější spolupracovnicí Skály a později i jeho životní partnerkou. Vystudovala reálné gymnázium v Českém Brodě a ve studiu pokračovala na Masarykově škole zdravotní a sociální. Po škole pracovala v ordinaci pro duševní hygienu Hlavního města Prahy, následně pak také v ústavu národního zdraví na Vinohradech, kde spoluzaložila poradnu pro duševní hygienu a protialkoholní poradnu. Právě na tomto pracovišti se setkává se Skálou a v roce 1950 nastupuje do Apolináře, kde působí až do důchodu, tedy celých 36 let. Byla sociální pracovnicí a v Apolináři se věnovala především seminářům pro manželky a páry. Dále se starala o doléčování pacientů a sledovala a zaznamenávala výsledky z léčby, vedla skupiny a byla členkou redakční rady Zápisů z Apolináře. Také se podílela na výcviku nových terapeutů. Téměř podle všech zdrojů byla empatická, velice dobře komunikovala s týmem a pro pacienty znamenala útěchu v tehdy poměrně náročné léčbě v Apolináři (Skála, 2005). Zemřela 23. 4. 2022

13 Odkaz Jaroslava Skály a současná adiktologie

Je téměř jasné, že Jaroslav Skála se zasloužil o založení alkoholologie a později adiktologie v Československu. Je průkopníkem ve svém oboru a přišel s novými informacemi a metodami, které implikoval do praxe. Jeho průlomové názory a metody se postupně rozšiřovaly především v Evropě. V současné době stále funguje oddělení u Apolináře, nyní jako Klinika adiktologie od roku 2012 (Miovský, 2023). Po Skálově odchodu do důchodu vedl oddělení u Apolináře prim. MUDr. Pavel Mareček CSc. v letech 1982-1992 (Skála, 1998). Následně se roku 1992 stal primářem MUDr. Petr Popov do roku 2023. V současné době vede kliniku primářka MUDr. Miroslava Mašlániová.

Ve výroční zprávě z roku 2023 se uvádí, že odvykací lůžkové programy se vyvíjely z Apolinářského modelu. Avšak v současnosti dochází k odklonu od tohoto modelu, především kvůli tomu, že tento model je vyznačován velkou kontrolou pacienta, hierarchickým léčebným společenstvím, kde má silnou roli personál, přísnými pravidly a sankčními systémy. Je uvedeno, že tento model již zcela neodpovídá potřebám pacientů a současným společenským hodnotám (Chomynová et al., 2024).

13.1 Farmakologická léčba osob se závislostí na alkoholu v současnosti

Ve farmakologické léčbě došlo od dob Skály k rozsáhlým změnám. Emetinová léčba zanikla úplně, jelikož není eticky přijatelná. Vyvolává řadu nežádoucích účinků a je účinná pouze v krátkodobém horizontu (Kalina et al., 2015).

Farmakologická léčba, která se dochovala do dnešní doby je léčba disulfiramem pod českým názvem Antabus. V nynější době je Antabus podáván pacientům ambulantně a je také podáván pacientům, kteří mají na svoji závislost náhled a chápou rizika s tím spojená. Antabus je nyní jakousi prevencí před napitím alkoholu a je to pomoc při abstinenci. V době, kdy Skála začínal s léčbou osob závislých na alkoholu, neměl ještě k dispozici léky jako antipsychotika nebo antidepresiva, i tyto léky jsou dnes hojně využívány při léčbě na lůžkových odděleních. Někteří z pacientů trpí komorbidním onemocněním, a proto jsou tyto léky v léčbě velmi účinné (Chomynová et al., 2024). Nyní také funguje substituční léčba na nelegálních návykových látkách, ze začátku Skálova působení nebyla ještě k dispozici. K povaze práce je ale vhodné zařadit i toto téma. I když neodkazuje přímo na Jaroslava Skálu, určitě souvisí se současnou Klinikou adiktologie a je důležitou složkou v léčbě závislostí na nelegálních látkách.

13.1.1 Substituční léčba osob se závislostí na nealkoholových drogách v současnosti

V roce 1992 se k nám dostává metadon, a to díky doktorovi Jiřímu Preslovi (Zábranský et al., 2002). Metadon je dlouhodobě působící syntetický opiod, agonista

opiodních receptorů. Účinek je analgetický a má centrálně tlumivý efekt. (Kalina et al., 2015) MUDr. Presl zahájil jednorroční experiment, více mu nebylo dovoleno. Metadon podával klientům, kde selhali všechny ostatní možnosti léčby. Zjistil, že se výrazně zlepšuje jejich somatický i psychický stav. V roce 1997 ministerstvo zdravotnictví rozhodlo o spuštění pilotního programu na oddělení pro léčbu závislosti 1. LF a VFN, tehdy už pod vedením primáře MUDr. Petra Popova. Léčby se účastnilo dvacet pacientů, závěrem šlo ověřit po roce to, zda metadon funguje a jaké jsou léčebné výsledky. Po roce byl připraven souhrn výsledků, a to že metadon klienty pozitivně ovlivňuje. Došlo k zlepšení psychického i somatického stavu a snížení kriminálních aktivit. V roce 1999 sestavilo ministerstvo zdravotnictví pracovní skupinu, která připravila standardy substituční léčby a registr substituční léčby. Poté se počet léčených metadonem v Apolináři zvýšil na 100 klientů. V roce 2000 bylo spuštěno dalších sedm substitučních programů (Zábranský et al., 2002).

Dále se v roce 2001 dostává do České republiky přípravek Subutex, který obsahuje buprenorfin (Zábranský et al., 2002). Buprenorfin je syntetický opiod odvozený od alkaloidu morfinu. (Kalina et al., 2015) Ze začátku nebyla jeho preskripce nijak omezena (Zábranský et al., 2002). Jak uvádí Mravčík et al. (2017) únik Subutexu na černý trh je poměrně běžný, Metadon na černý trh téměř neuniká, jelikož je vydáván pouze v metadonových centrech a není možné si ho opatřit v lékárně na předpis. V roce 2008 se mimo metadonu a Subutexu na trhu zaregistroval nový přípravek Suboxone, který obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon (Mravčík et al., 2008). Suboxone je bezpečnější, díky naloxonu, a nedochází tedy k předávkování při injekční aplikaci. (Kalina et al., 2015) V roce 2011 se na Českém trhu objevuje přípravek Buprenorphine Alkaloid a dále přípravek Ravata obsahující Buprenorfin (Mravčík et al., 2012). V současnosti tím, mám na mysli rok 2023 je na trhu sedm substitučních přípravků. Substituci může předepsat jakýkoliv lékař bez ohledu na svojí specializaci (Chomynová et al., 2024).

13.2 Systém léčby na Klinice adiktologie

Minulý rok oslavil Apolinář 75 let svého fungování (Miovský, 2023), přesto se za tu dobu hodně změnilo. Jak již bylo zmíněno výše v současnosti se jedná o Kliniku adiktologie, která vznikla spojením Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislostí VFN, a to od roku 2012. Pracoviště se nyní nespecializuje pouze na léčbu alkoholem, ale jak se obor postupně rozvíjel, přidaly se i závislosti na nelegálních látkách a nelátkové závislosti. Kromě toho, že se rozšířilo spektrum pacientů, tak přibyli i pracovníci a profese lékařské i nelékařské (Klinika Adiktologie, historie). Kliniku vede přednosta, v nynější době je to prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D. Klinika adiktologie dnes obsahuje léčebnou a univerzitní část. Do léčebné patří lůžková a ambulantní část. (Miovský et al., 2018). Pokud mluvíme o lůžkové části jedná se o detoxifikační oddělení, které většinou předchází vstup do léčby. Délku určuje lékař, ale většinou se jedná o 7-10 dní. Dále klinika obsahuje lůžkové oddělení pro ženy i muže. Ženské oddělení funguje v Apolináři od roku 2002, kdy se ženské oddělení z Lojovic

přestěhovalo do Apolináře (Pecinovská, 2021). Léčba je zde dobrovolná, nedoporučuje se však odcházet z léčby dříve, pro ženy trvá 17 týdnů může být však i prodloužena. Je určena pro pacientky starší 18 let, specializuje se i na komorbiditu, především na poruchu příjmu potravy a afektivní a úzkostné poruchy společně se závislostí. Na webových stránkách všeobecné fakultní nemocnice je uvedeno, že program obsahuje psychoterapii, komunitní a skupinové terapie, pracovní terapie, sportovní aktivity, a i individuální terapie. V roce 2002 se tým skládal z psychiatra, psycholožky, sociální pracovníce a pracovního terapeuta, adiktologa a sestry. Oddělení pro muže navazuje přímo na oddělení, které vybudoval Skála, v nynější době se jedná o léčbu, která trvá 13 týdnů (Pecinovská, 2021). Léčba je kombinací psychoterapeutické společně s režimovou. Jak uvádí Miovský et al. (2018), v roce 2018 bylo k dispozici 24 lůžek. Oddělení také dále spolupracuje s Pavučinou. Pavučina je sdružení, které založily pacientky v Lojovicích a jedná se o abstinující pacientky.

Na mužském oddělení v Apolináři trvá léčba obvykle 3-4 měsíce. Léčebný program je postavený na Apolinářském modelu léčby, program je velmi strukturovaný (Miovský et al., 2018).

Program v Apolináři, nyní na Klinice adiktologie se za tu dobu příliš nezměnil, stále je konstruovaný a má svůj řád. Program není každý den stejný, v některých částech se mění. Především je více zaměřen na psychoterapii. Znalost programu patří do léčebného řádu (Chýšecký, 2022).

Jako příklad přikládám tabulky programu pondělí z roku 2022 – Lůžkové oddělení muži a ženy.

Tabulka 4: pondělní program lůžkové oddělení muži (LOM) v roce 2022 (Chýšecký, 2022)

Čas	Aktivita
6:30	Zvonění, budíček
6:40-7:10	Rozcvička, hlášení, hygiena
7:10-7:30	Úklid pokoje
7:30	Zvonění
7:35	Vizita, kontrola úklidu
7:45	Hlášení
7:50 – 8:05	Snídaně
8:10	Léky
8:10-8:40	Káva, kouření, mobilní telefony
8:40	Zvonění
8:45-9:30	Komunita
9:55	Zvonění
11:50	Hlášení
11:55-12:10	Oběd
12:15	Léky
Do 12:55	Káva, kouření, mobilní telefon
12:55	Zvonění
13:00-13:20	Relaxace
13:30-15:00	Skupina
15:30-16:00	Běh, chůze
16:00-16:25	Osobní volno
16:25	Zvonění
16:30-17:00	Elaboráty, deníky,
17:30	Zvonění
17:40-17:55	Večeře
18:00 – 19:30	Léky, káva, kouření a mobilní
20:45-21:10	Úklid a rajóny
21:10 – 22:00	Zvonění, vizita, léky
22:00	Večerka a noční klid

Tabulka 5: pondělní program lůžkové oddělení ženy (LOŽ) v roce 2022 (Chýšecký, 2022)

Čas	Aktivita
6:15 -6:40	Zvonění, budíček, rozcvička, hygiena
7:00-7:20	Úklid, zpěv
7:20-7:25	Zvonění, hlášení
7:30	Snídaně
7:50	Vizita, léky
8:25	Zvonění
8:30-8:45	Autorelaxační techniky
9:00-9:45	Komunita
10:00-11:30	Pracovní terapie
11:55	Zvonění
12:00-12:10	Zpravodajství, hlášení
12:15	Oběd
13:00-14:15	Pracovní terapie
14:30-16:00	Skupina
17:10-17:15	Zvonění, hlášení
17:20	Večeře
18:00-19:00	Studium
19:40	Zvonění
20:00-20:40	Rajóny
21:10-21:30	Zvonění, léky, vizita
22:00	Večerka, noční klid

Pro vysvětlení bych ráda uvedla, že ženy i muži mají program rozdílný. U žen můžeme vidět program strukturovanější a více přísný a možná můžeme říci i náročnější. Zvonění je pro pacienty impulsem, že za pět minut začíná hlavní program. Pokud tyto tabulky porovnáme se Skálovou tabulkou č. 2, je zřejmé, že se v programu opravdu tolik nemění. Avšak přibýlo více terapeutických aktivit. Co je do programu zahrnuto stále je pohybový program, můžeme ale s jistotou říci, že ne tak náročný jako za dob Jaroslava Skály. K bodovacímu systému bych ráda uvedla, že se na oddělení Kliniky adiktologie využívá dodnes, je nedílnou součástí léčby a využívá se také v terapeutických komunitách.

Ambulantní část Kliniky adiktologie se skládá z Krajské adiktologické ambulance u Apolináře pro alkoholové závislosti, tato ambulance poskytuje ambulantní léčbu osobám starším 18 let, léčba je dobrovolná a cílovou skupinou jsou uživatelé i experimentátoři v oblasti užívání drog. Toxi ambulance se zaměřuje na nealkoholové závislosti. Dalšími ambulancemi na Klinice adiktologie jsou adiktologická ambulance, ambulance dětské a dorostové adiktologie a centrum pro psychoterapii a rodinnou terapii. (Všeobecná fakultní nemocnice, n. d).

Co se týče nealkoholových drog tak vzniká v roce 1978 v pražském Apolináři středisko, které se věnovalo pouze nealkoholových závislostem. Založil ho MUDr. Rubeš. Poté se z něj koncipovalo středisko Drop-In, nestátní zdravotnické zařízení, které funguje do dnešní doby. Po roce 1989 se začal rozvíjet nestátní a neziskový sektor, který se stal doplňujícím článkem v léčbě závislosti. První organizací byl tedy Drop-In a občanské sdružení Sananim. V první polovině 90. let se zakládali nízkoprahová zařízení, první terénní programy, doléčovací programy (Kalina et al., 2003). Nízkoprahová centra tvoří důležitou část adiktologických služeb, stejně jako terénní programy. Jedná se o harm reduction služby, tedy jde především o snižování rizik spojených s užíváním. Cílovou skupinou jsou pravidelní uživatelé drog, ale také experimentátoři, lidé žijící na ulici. Nízkoprahová centra včetně výměny, potravinového servisu a základního ošetření poskytují také krizové intervence, poradenství a sociální pomoc (Kalina et al., 2003).

V neposlední řadě je také důležité uvést, že Klinika adiktologie má i univerzitní část, ta začala vznikat v roce už v roce 2004. A v roce 2005/2006 se otevřel samostatný bakalářský studijní obor (Miovský et al., 2018).

13.3 KLUS a svépomocné skupiny současnosti

Jak již bylo zmíněno výše Klub lidí usilujících o střízlivost vzniká v 50. letech minulého století, ještě před založením Apolináře. KLUS se také v pozdějších letech dostává i mimo Prahu a vzniká ve spoustě jiných měst v České republice (Debnar & Šejvl, 2019). Další kluby postupně vznikaly v šedesátých a sedmdesátých letech. Skála (1987) uvádí, že v osmdesátých letech jich bylo okolo šedesáti z toho zhruba polovina na Slovensku. Od roku 1989 se počet socioterapeutických klubů snížil (Nešpor, 2013). Některé kluby fungovaly při AT ambulancích a některé vznikaly při lůžkových zařízeních. Klub se uchoval až do současnosti a stále je provozován na Klinice adiktologie v pravidelných setkáních (Chomynová et al., 2024). Nešpor (2013) uvádí, že socioterapeutické kluby slouží především k tomu, aby si účastníci udrželi střízlivost, přináší tedy řadu výhod, a to především kompenzaci negativního vlivu. Dočasně i dlouhodobě může nahradit klientovo okolí, jelikož lidé, kteří abstínují většinou musí opustit své staré prostředí a okolí. Jak v lůžkovém, tak v ambulantní zařízení poskytuje klub pozitivní obraz abstínujícího klienta, tudíž je inspirativní pro další klienty, kteří například nejsou v léčbě tak dlouho. A v neposlední řadě umožňuje jakousi formu doléčování, je důležité, aby pacienti udržovali dlouhodobý kontakt s klubem (Nešpor, 2013). Klub se nyní nespecializuje pouze na alkoholové závislosti, ale i na nelátkové závislosti a osoby závislé na nelegálních drogách či lécích (Chomynová et al., 2024).

V dnešní době také fungují jiné svépomocné skupiny asi nejznámější jsou anonymní alkoholici (AA), u nás se první setkání konalo roku 1988 v utajení, v témže roce proběhl u Apolináře meeting Anonymních alkoholiků. Dále se již skupiny anonymních alkoholiků rozvíjely i do jiných koutů České republiky (Pěstová et al., 2021). Svépomocná

skupina anonymních alkoholiků vznikla v USA v roce 1935 v Akronu. Anonymní alkoholici se odvolávají na 12 kroků (Millerová, 2011). Oproti klubu jsou čistě svépomocné, AA nevede žádný odborník z oboru, ale setkání vede volený předseda. Je zde důležitá anonymita. Ten, kdo mluví, by neměl být přerušován a nedostává ani zpětnou vazbu (Nešpor, 2013). V roce 2022 u nás působilo 65 skupin AA v 50 městech (Chomynová et al., 2024).

Dvanáct kroků AA představuje jakési zásady, které slouží účastníkovi k uzdravě jako vodítko. Uveřejněny byly poprvé v roce 1946 (Millerová, 2011).

1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.
2. Dospěli jsme k víře, že síla větší, než naše nás může vrátit zpět k duševnímu zdraví.
3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.
4. Provedli jsme inventuru a důkladné sebezpytování sami sebe.
5. Přiznali jsme Bohu, ale i sobě a svému okolí jasnou povahu svých chyb.
6. Byli jsme svolní, aby Bůh odstranil tyto naše charakterové vady.
7. Požádali jsme ho s pokorou, aby tyto nedostatky odstranil.
8. Sepsali jsme si listinu lidí, kterým jsme ublížili a chceme jim to vynahradit.
9. Rozhodli jsme se to napravit a nápravy dělat vždy, kdy to situace dovolí, avšak tak, aby to znovu neuškodilo.
10. Pokračovali jsme v provádění morální a osobní inventury, a pokud jsme pochybili, hned jsme to napravili.
11. Pomocí modliteb a meditace jsme zdokonalili svůj vědomý styk s Bohem (tak, jak ho chápeme) a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a abychom měli sílu jí uskutečnit.
12. Výsledkem je, že jsme se duchovně probudili. Předáváme dál poselství ostatním alkoholikům a uplatňujeme tyto principy ve svých osobních záležitostech (Millerová, 2011; Nešpor, 2013).

Organizací, která vznikla po vzoru anonymních alkoholů je Al-Anon. Jedná se o skupinu, která je zaměřená na partnery osob závislých na alkoholu. Dalšími organizacemi jsou například anonymní gambleři, narkomani, kuřáci a mnoho dalších (Nešpor, 2013).

13.4 Záchytné stanice v současnosti

Záchytné stanice většinou poskytují poradenství a základní informace o škodlivosti alkoholu. Personál by měl také být schopen navést klienta na správnou službu, pokud o to jeví zájem. Většinou plní funkci v oblasti v harm reduction u alkoholu (Mravčík et al., 2014). Záchytné stanice však nemůžeme brát vyloženě jako léčebný prvek, avšak záchyt může znamenat první impuls k léčbě.

Vývoj do roku 1993 jsem uvedla v kapitole 4. V následujících letech se počet záchytných stanic i jejich klientela v letech 1993–2004 spíše snižovala. V poslední letech dochází zase spíše k navyšování. Pro přesnost uvádím tabulku vždy s odstupem pěti let.

Tabulka 6: Záchytné stanice v letech 1994-2023

Rok	Počet záchytných stanic	Počet zachycených
1994	21	14 884
1999	18	11 439
2004	15	16 568
2009	14	27 664
2014	17	23 903
2019	19	23 744
2023	18	21 100

(Chomynová et al., 2024; Mravčík et al., 2010; Mravčík et al., 2015; Mravčík et al., 2020; Nechanská et al., 2011)

13.5 Terapeutické komunity

Jak uvádí Kalina (2008) TK v současnosti nejsou typickými hierarchickými komunitami, jde především o propojení různých zdrojů, podnětů i zkušeností. Terapeutické komunity pro závislé na nelegálních látkách se zpočátku ke Skálovu modelu vymezovaly, ale později z něj začaly čerpat. První tedy přichází TK Sananim a jejich komunita v Němčičích. Dále se komunity začaly vyvíjet i pro typ klientů se specifickými potřebami, což znamená například matky s dětmi – komunita Karlov. Radimecký (2018) uvádí, že terapeutické komunity vznikaly po vzoru evropských TK a v České republice vznikají v 90 letech. I když se terapeutické komunity někde inspirovaly, u nás se vyvinul model, který zohledňuje naše sociální a kulturní specifika. Naše terapeutické komunity jsou průlomové především zapojováním rodinných příslušníků do léčby, některé zahraniční komunity se tím inspirovaly.

V roce 2014 schválila vláda integrovaný přístup v protidrogové politice, a tak se klientela TK rozšířila i na klienty alkoholových drog a nelátkových závislostí, původně z klientů pouze závislých na nealkoholových drogách. Co se objevuje stále častěji jsou kombinované závislosti a duální diagnózy (Radimecký, 2018).

V roce 2023 na území České republiky existuje 17 terapeutických komunit. Z toho 4 jsou provozované při psychiatrické nemocnici Marianny Oranžské v Bílé Vodě a v Olomouci a 13 z nich je registrováno jako sociální služba. Kapacita je přibližně 300 míst (Chomynová et al., 2024).

14 Diskuze a závěr

14.1 Diskuze

Po důkladné rešerši materiálů a zdrojů z práce vychází následující, a to především to, že z práce Jaroslava Skály se i nadále čerpá, avšak některé metody jsou vnímány jako zastaralé a nevhodné pro sociální a kulturní vnímání dnešní doby. Je také zřejmé, že metody a léčba se měnila podle situace v jaké se Československo nacházelo.

V prvních kapitolách bylo popsáno dětství a dospívání Jaroslava Skály, z práce vychází, že jediné, co se o tomto tématu můžeme dozvědět vychází z jedné Skálovy publikace (Lékařův maraton), tudíž i po důkladné rešerši se nedozvídáme nic zcela nového, neexistují vlastně žádné další zdroje, ze kterých by se dalo nyní čerpat. Skálovo dospívání, ale významně souvisí s tím, jakým směrem se Skála dále vydal a co formulovalo jeho profesní kariéru. Jak již bylo zmíněno výše, přichází na psychiatrickou kliniku profesora Myslivečka, který nemá zájem o to léčit alkoholiky. A zřejmě především díky tomu vzniká protialkoholní oddělení u Apolináře.

Tím se tedy dostáváme k druhé výzkumné otázce, tedy jak vznikl a fungoval Apolinář. Z dokumentů bylo zjištěno, že vznikl roku 1948, v té době už fungoval KLUS i emetinová léčba, kterou nejdříve prováděl doktor Janda. Skála začínal v Apolináři s devíti pacienty, všichni byli léčeni emetinem a díky tomu byla léčba poměrně krátká. Postupem času zdokonaluje svůj vlastní model, aplikuje především bodovací systém, který se vyznačuje sankcemi a odměnami. Požaduje po pacientech velkou disciplínu a sebekázeň. Léčba probíhala velmi strukturovaně, byla přísná a měla jasně daný řád. Ale také prodlužuje dobu léčby na tři měsíce, což se později jeví jako účinné. Za doby, kdy Skála působil převzalo Apolinářský model většina léčených v ČSR. V roce 1950 nastupuje do Apolináře sociální pracovnice Arnoštka Maťová, která po Skálově boku působí celý zbytek života. Jak bylo uvedeno v některých dokumentech Skála tedy vládne pevnou rukou a Maťová vnáší do Apolináře spíše empatický přístup. K Apolináři se později připojuje i Lojovický zámeček, kde je zřízeno oddělení pouze pro ženy. To znamená, že muži jsou samostatně v Apolináři. Postupem let se opouští od emetinové léčby, jelikož se jeví jako nepřijatelná a neetická, pacienty do budoucna spíše poškozovala než, aby jim pomáhala. Antabusová léčba přetrvává dodnes, avšak také v jiné formě, většinou ambulantně, hodí se pro pacienty, kteří jsou motivováni do léčby a přistupuje se k nim komplexněji. V roce 1992 se začíná objevovat léčba na substitučních preparátech u závislosti na opiátech. Prvně se jedná o metadon a v roce 2001 o Subutex, který obsahuje buprenorfin. Jedná se také o komplexní a účinně prokázanou léčbu.

K Apolinářskému modelu se pojí také založení zachytné stanice v roce 1950 v Praze, která fungovala při budově Apolináře. Ze zdrojů bylo zjištěno, že Skála si uvědomuje, že lidé intoxikovaní alkoholem mohou být nebezpeční sobě i okolí. Snažil se o vytvoření komplexnějšího přístupu, kdy byly tedy zachyceny osoby v intoxikaci a následně jim byla

doporučena další péče. Ti, kteří se na záchytné stanici ocitli museli absolvovat sobotní školu, jednalo se především o poradenství. Skála doufal, že záchytná stanice může být prvním impulsem k léčbě.

Psychoterapie se vyvíjela postupně a ze začátku velmi opatrně, bylo zjištěno, že ze začátku Apolináře se na psychoterapii příliš nedbalo. Tím, že někteří odborníci četli a zkoumali metody v zahraničí se mohly aplikovat nové metody. Bylo to však, nejen novým přívalem informací, ale i tím, že postupně získávali klinické zkušenosti od svých pacientů. Skála později publikoval své poznatky jako terapeut, které by se dle něj měli využívat a byly dle něj ověřené, v této práci jsou zaznamenány výše. Terapeutické aktivity a metody zaváděl i v Apolináři. Jednalo se především o skupinové terapie, psaní deníků a elaborátů, volnou tribunu, ale i výše zmiňovaný KLUS. KLUS je spolek, který spojuje svépomoc společně s terapeutickými prvky a na Klinice adiktologie se s ním setkáváme dodnes. Lze také říci, že sport, který tak hojně v léčbě využíval, považujeme také za terapeutický prvek. Ke KLUSu se později přidávají svépomocné skupiny, které jsou inspirované zahraničními spolky například Anonymní alkoholici, Anonymní gambleři a Al Anon.

S rozvojem psychoterapie významně souvisí Balintovské skupiny a SUR. Odborníci si byli vědomi toho, že zcela chybí supervize pro povolání v pomáhajících profesích. Balintovské skupiny nejdříve zavedeny Jiřím Růžičkou a později používány Jaroslavem Skálou se zaměřují na komunikaci a supervizi mezi odborníky. Což významně zlepšuje péči v terapiích, léčebnách a pomáhá to i samotným odborníkům pro práci s klienty.

SUR je model, který vznikl díky spojení tří lidí a spojoval tři tradice. Jaroslava Skálu a jeho protialkoholní režim, Jaromíra Rubeše a jeho ideu terapeutické komunity a Eduarda Urbana a jeho sebezkušenostní metodu výcviku. Spojením těchto tří faktorů vznikl unikátní model, který se na našem území zatím nevyskytoval, jak již bylo zmíněno, terapeut by měl mít určité dovednosti, ale jsou i věci, které se lze naučit pomocí výcviku a normálně by o nich terapeut ani nemusel vědět. Skála, Urban i Rubeš komunitu nejdříve vedli, později se rozdělili a každý měl svojí. V následujících letech už se spíše věnovali jen supervizím komunit.

Jaroslav Skála se v pozdějších letech svého života zaměřoval spíše na psychoterapii než na model, který původně vytvořil. V roce 1993 odchází do důchodu a na jeho místo nastupuje MUDr. Pavel Mareček CSc.

Od roku 2012 se jedná už o Klinikou adiktologie, která se skládá z částí univerzitní a léčebné. Do léčebné lůžkové části patří detoxifikační oddělení, mužské lůžkové oddělení a ženské lůžkové oddělení, program je i nadále strukturovaný a na ženském oddělení stále funguje bodovací systém. Do systému léčby se přidaly prvky jako arteterapie, ergoterapie, více se dbá na skupinové a individuální terapie. Léčebná část je ještě složena z ambulancí. Je důležité podotknout, že spousta oddělení ze Skálova modelu stále vychází, ale upravují ho tak, aby vyhovoval potřebám současných klientů. Dále se během let také začaly zavádět

terapeutické komunity, které vychází částečně z demokratických komunit, ale mají určité prvky, které se zaměřují na osoby závislé na alkoholu, nelegálních látkách, ale přijímají i klienty s nelátkovými závislostmi. Terapeutická komunita je léčba, která je spíše uzpůsobena pro náročnější klienty s prvkem pomoci integrovat klienty zpátky do života bez drog.

Odkaz Jaroslava Skály, který stále přežívá je KLUS, který je součástí komplexní léčby. Dále také SUR, který i nadále funguje se stejnými pravidly jako kdysi. Avšak nyní mají terapeuti na výběr více psychoterapeutických směrů, tedy i výcviků a mohou si vybrat, který výcvik jim bude vyhovovat při práci. Supervize jsou i nadále důležitou složkou, jak pracovat s klienty ale i s vlastní osobností terapeuta. Pro léčbu závislostí se jako vysoce účinná hodnotí behaviorální a kognitivně behaviorální terapie.

14.2 Závěr

Docent Jaroslav Skála se označoval za alkoholologa, avšak k této kariéře původně vůbec nesměřoval, je tedy možné říct, že až postupem času si k psychiatrii a k léčbě závislostí hledá cestu. Svůj profesní život začne i končí v Apolináři. Působí zde celých 45 let. Postup léčby začíná tvrdým a vojenským přístupem, zaměřeným na svědomitost a dodržování pravidel, postupem času i sám Skála ustupuje od některých nároků na pacienty a je si vědom důležitosti psychoterapie a toho, že každý pacient může mít jiné potřeby. Psychoterapii do konce života však označuje jen jako svůj koníček. Stále je výraznou osobností oboru adiktologie, avšak v současné době se tento obor od jeho práce spíše odklání, některé prvky stále přetrvaly např. bodovací systémy, struktura a řád. Avšak nikoliv v takové míře jako kdysi.

Tato práce měla za úkol zmapovat celý života Jaroslava Skály. Informace a dokumentů je o tématu poměrně hodně, avšak žádný z nich nepojednává komplexně o jeho celé kariéře a zároveň i o tom, jak aplikoval své metody a postupy. Ačkoliv bylo hojně čerpáno z jeho vlastní publikace, kde popisuje celý svůj život, snažila jsem se o zpracování práce tak, aby zde byla popsána i současnost a postupný vývoj oboru adiktologie.

Práce vznikala hlavně pomocí řešerše a obsahové analýzy. Kdy byly nápomocné publikace, které napsal buď sám Jaroslav Skála, nebo publikace odborníků kteří vedle něj působili.

Když se vrátíme k výzkumným otázkám, tak první otázka se nepodařila zcela zpracovat tak, jak bylo očekáváno, informace o Skálově osobním životě nejsou příliš dostupné. V druhé otázce šlo o zpracování vývoje Apolináře i Skálova modelu, je zde popsán jeho vznik, jak Skála v Apolináři fungoval a jaké poznatky k tomu publikoval. Výzkumná otázka číslo 3 a 4 jsou zpracovány také dle publikací, ale také ze Zápisů z Apolináře a článku rozhovoru se zakladateli SUR, což byl poměrně výrazně přínosný zdroj. V poslední otázce bylo čerpáno nejvíce z internetových zdrojů vztahujících se ke Klinice adiktologie, ale také z výročních zpráv.

Možné doporučení pro další práci by bylo rozpracování i toho, co tomu předcházelo, či rozhovory s osobami, které Jaroslava Skálu osobně znaly. Další možnost pro další práci by bylo se také zaměřit více na současnou adiktologii, opět pomocí rozhovorů s odborníky, kteří v oboru působí nyní.

15 Použitá literatura

Balvín, J., Sedláček, D. (2016). *Sociální pedagog Anton Semjonovič Makarenko*. Praha, Hnutí r.

Conversation with Jaroslav Skála. (1986). *British Journal of Addiction*, 81(4), 457-460.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1986.tb00356.x>

Cvek, B. (2018). Serendipity aneb Lekce z dějin antabusu. *Vesmír*, 97(7), 449.

Česká zázraky – Záchytka (2019). *Archiv České televize*. Dostupné z:
<https://www.ceskatelevize.cz/porady/11091597618-ceske-zazraky/419235100021007/>

Debnar, A., Šejvl, J., (2019). Případová studie Červeného dvora – část druhá (1971-2016). *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 2(2), 82-92.

Drapela, V. J. (2011). *Přehled teorií osobnosti* (Vydání šesté). Portál.

Chomynová, P., Dvořáková, Z., Grohmannová, K., Orlíková, B., Galandák, D., Černíková, D., ... Lucký, M. (2024). *Zpráva o alkoholu v České republice 2023*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/zprava-o-alkoholu-v-ceske-republice-2023/>

Chyšecký, D. (2022). *Alkohol, alkoholik, Apolinář: cesta tam a zpět*. Grada Publishing.

Kalina, K. a kolektiv (2003). *Drogy a drogové závislosti*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2005). Co je SUR? Dostupné z: http://www.sur.cz/downloads/co_je_sur.pdf

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Klinika Adiktologie (n. d). *Historie*. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/historie>

Miller, G. A., & Bareš, J. (2011). *Adiktologické poradenství*. Galén.

Miovský, M., Popov, P., & Šejvl, J. (2018). *Klinika adiktologie "U Apolináře" v perspektivě 70letého vývoje*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M., (2023). Apolinář slaví 75 let. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 6(2), 67-68.

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Škařupová, K., Šťastná, L., ... Zábranský T. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2009/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Orlíková, B., Pešek, R., Škařupová, K., Škrdlantová, E., ... Vopravil, J. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2007/>

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2011/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., ... Jurystová, L. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2013/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., ... Malinová, H. (2015). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2014/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2016/>

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková T., Rous, Z., ... Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecích-drog-v-ceske-republice-v-roce-2019/>

Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., Brožová, J. (2011). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/monografie/uzivatele-alkoholu-a-jinych-drog-ve-zdravotnicke-statistice-od-roku-1959/>

Nešpor, K. (2013). *Návykové chování a závislost Současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál.

- Pačesová, M. (2004). *Lékař, pacient a Michael Balint*. Triton.
- Pecinovská, O. (2021). Padesát let léčby žen závislých na návykových látkách v Lojovicích a Apolináři. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4(4), 223-227.
- Pěstová, T., Miovský, M., Šejvl, J. (2021) Historie svépomocných aktivit – bratrstva a spolky střídmosti na území Čech, Moravy a Slezka. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 4(3), 150-156. doi: 10.35198/APLP/2021-003-0002.
- Plháková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Grada.
- Radimecký, J. (2018). České terapeutické komunity v roce 2018. *Odborný časopis sociální služby*, 28-29. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Terapeutick%C3%A9%20komunity.pdf>
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Státní zdravotnické nakladatelství.
- Skála, J. (1960). *-až na dno!?: fakta o alkoholu a pijáctví*. Státní zdravotnické nakladatelství.
- Skála, J., & Blahoš, J. (1986). *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost / Zásady léčby glukokortikoidy / Jaroslav Blahoš*. Avicenum.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum.
- Skála, J. (1989). *Psychoterapie v medicínské praxi*. Avicenum.
- Skála, J. (1993). *Psychoterapie. II., sborník přednášek: Psychoterapeutická fakulta 1992/93*. Triton.
- Skála, J. (1998). *Lékařův maraton: ber a dávej*. Český spisovatel.
- Skála, J., Urban. E. (2000). Jaromír Rubeš zemřel a žije dál. *Vesmír*, 79(5), 284. Dostupné z: <https://vesmir.cz/cz/casopis/archiv-casopisu/2000/cislo-5/jaromir-rubes-zemrel-zije-dal.html>
- Skála, J. (2005). Osobní zpráva. Sociální pracovnice Arnoštka Maťová se v březnu dožívá 80 let. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2005_2_122.pdf
- Spravedlivý jako palma kvést bude. (2008). *Zaostřeno na drogy*, 6(1), 1-12. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4600/576/Zaostreno_200801_skala_web.pdf
- Šejvl, J., Mašlánirová, M., & Miovský, M. (2021). The context and historical correlations of the origin and development of the oldest continually existing residential alcohol treatment model ("Apolinar model") in Central Europe from 1948 to 1960. *Časopis lékařů českých*, 160(5), 203-208.

Šíkl, R., Vobořil, D. (2020) Dějiny československé psychologie v údajích a číslech. *Československá Psychologie*, 64(1), 3-42.

Šimek, A. (2000). Tři rozhovory se zakladateli SUR. *Psychoterapeutické sešity*, 55(1).

Šturma, J. (n. d.). PHDR. Eduard Urban. Dostupné z: <http://sur.cz/zakladatele-2/>

Tisková zpráva. Adiktologie ve VFN slaví 75 let boje se závislostmi. (2023). Dostupné z: <https://www.vfn.cz/wp-content/uploads/2023/09/TZ-75-let-boje-se-zavislostmi-ve-VFN.pdf>

Všeobecná fakultní nemocnice. Klinika adiktologie. *Charakteristika pracoviště*. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/>

Všeobecná fakultní nemocnice. Klinika adiktologie. *Odborné ambulance*. Dostupné z: <https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/odborne-ambulance/>

Vymětal, J. (2016). Jaroslav Skála: Ber a dávej. *Psychoterapie*, 10(3), 269-271.

Výroční zpráva Sananim. (2001). Dostupné z: <https://www.sananim.cz/res/archive/001/000210.pdf?seek=1653897995>

Zábranský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Petroš, O., Korčíšová, B., ... Kuda, A. (2002). *Výroční zpráva o stavu ve věcech v České republice v r. 2001*. Praha & Lisabon: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & EMCDDA. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizprava-o-stavu-ve-vecich-drog-v-ceske-republice-v-roce-2001/>

Zápisy z Apolináře r. 1977 č. 3-6, s. 128–132.

Zápisy z Apolináře r. 1977 č. 3-6, s. 135–142.

Zápisy z Apolináře r. 1974 č. 5-6, s. 177-179.

Zlámaný, J. J. (2013). *Teorie SUR – výcviková komunita jako terciální rodina* (Dizertační práce). Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, katedra psychologie. Dostupné z: <https://1url.cz/SuyZC>

16 Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet záchytných stanic a počet zachycených v letech 1963-1993 (Nechanská et al., 2011)	20
Tabulka 2: Program na týden – Apolinář 1982 (Skála, 1987)	25-26
Tabulka 3: Výcvikový denní program (Kalina, 2005)	36
Tabulka 4: pondělní program lůžkové oddělení muži (LOM) v roce 2022 (Chýšecký, 2022)	45
Tabulka 5: pondělní program lůžkové oddělení ženy (LOŽ) v roce 2022 (Chýšecký, 2022) .	46
Tabulka 6: Záchytné stanice v letech 1994-2023	49