

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Radek Talpa**

Život a dílo MUDr. Heleny Škopkové

Life and Work of MUDr. Helena Škopková

Bakalářská práce

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

Praha, 2021

**Věnování**

Věnováno MUDr. Heleně Škopkové

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně, a že jsem řádně uvedl a citoval 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, 29. 04. 2021

RADEK TALPA

**Identifikační záznam:**

Talpa, Radek. *Život a dílo MUDr. Heleny Škopkové. [Live and Work of MUDr. Helena Škopkova]*. Praha, 2021. 61 s., 1 příloha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Šejvl, Ph.D.

**Poděkování:**

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucímu práce, jímž je Mgr. Jaroslav Šejvl Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky. MUDr. Heleně Škopkové za bezmeznou trpělivost. Dále kolegyním Karolíně Landové a Kateřině Benešové-Štědré za nápady, které práci posouvaly vpřed. A v neposlední řadě budiž jmenován Jakub Třešňák za pomoc ve vzhledu do historického kontextu. Mé rodině patří velký dík za trpělivost.

## ABSTRAKT

Východiska: Rozvoj léčebné péče se po roce 1948 systematicky rozvíjel na celém území ČR, a to zejména v psychiatrických zařízeních. Byť založením Apolináře byl stanoven stěžejní terapeuticko-léčebný postup, byli i odborníci, kteří se od něj částečně odkláněli a hledali cesty s primární snahou o dobro pacienta. Takovou osobou byla i MUDr. Helena Škopková.

Cíl: Cílem práce je představit celoživotní dílo lékařky MUDr. Heleny Škopkové a vyhledat klíčové momenty, které ovlivnily její práci, přístup k pacientům a možnosti rozvoje nových terapeuticko-léčebných přístupů.

Metody: Práce je zpracována jako kvalitativní studie založená jednak na analýze vyhledaných písemností, vztahujících se k publikačním a dalším pracovním aktivitám MUDr. Heleny Škopkové, doplněné a systematizované o rozhovor s ní.

Výsledky: Provedeným výzkumem se podařilo zkomprimovat ucelený obraz jedné z nejvýraznějších postav psychiatrické a adiktologické péče na našem území MUDr. Heleny Škopkové a její vliv na rozvoj oboru léčby závislostí.

Závěr: MUDr. Helena Škopková pracuje od roku 1958 v oboru psychiatrie a od roku 1963 se v psychiatrické léčebně v Dobřanech věnovala léčbě závislostí. Postupem let se ze sekundární lékařky stala uznávanou a respektovanou primářkou v tomto oboru. Její přínos pro obor, který reflektoval nejen vědecké poznání závislostí, ale odráží i její zájem o individualitu každého pacienta a jeho specifické potřeby z ní činí jednu z nejvýraznějších osobností oboru.

**Klíčová slova:** MUDr Helena Škopková, Dobřany, závislost, alkoholismus, ústavní léčba

## ABSTRACT

Background Abstract: The development of therapeutic care was systematically developing throughout the Czech Republic after 1948, especially in psychiatric facilities. Although the founding of Apolinar established a pivotal therapeutic-treatment procedure, there were also experts who were partially diverted from it and sought paths with primary concern for the good of the patient. Such a person was MUDr. Helena Škopková.

Goal: The aim of the work is to present the life-long work of MUDr. Helena Škopková and to find key moments that influenced her work, access to patients and the possibilities of developing new therapeutic-treatment approaches.

Method: The work is processed as a qualitative study based on the analysis of the documents found relating to the publication and other work activities of MUDr. Helena Škopková, supplemented and systematized by an interview with her.

Results: Conducted research has managed to compress the complete picture of one of the most prominent figures of psychiatric and adictological care in our territory MUDr. Helena Škopková and her influence on the development in field of adictions treatment.

Conclusion: MUDR. Helena Škopková has been working since 1958 in the psychiatry field and since 1963 in psychiatric hospital in Dobřany she has been working on addiction treatment. Throughout the years, she managed to grow from secondary doctor to respected and highly regarded senior doctor in that field. Her contribution to the field, which reflected her scientific knowledge and her interest in each patient and his specific needs makes her one of the greatest persons in that field.

**Key words:** MUDr Helena Skopkova, Dobřany, addiction, alcoholism, institutional treatment

# OBSAH

1 ÚVOD.....	1
2 CÍL PRÁCE .....	3
3 METODOLOGIE A ANALÝZA DAT .....	4
4 ETIKA .....	6
5 TEORETICKÁ ČÁST .....	7
5.1 OBECNÁ HISTORIE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE V DOBŘANECH.....	7
5.2 HISTORIE LÉČBY ALKOHOLISMU V ČR .....	11
5.3 LÉČBA ALKOHOLISMU V PN DOBŘANY.....	12
5.4 RESERPIN – POČÁTKY ANTIPSYCHOTICKÉ LÉČBY V ČR.....	17
5.5 ANTABUS – HISTORIE FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY ALKOHOLISMU V ČR .....	21
6 PRAKTICKÁ ČÁST – MUDR. HELENA ŠKOPKOVÁ.....	25
6.1 DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ.....	25
6.2 STUDIUM MEDICÍNY .....	25
6.3 ZAČÁTKY V DOBŘANECH.....	26
6.4 RODINNÝ ŽIVOT V LÉČEBNĚ .....	28
6.5 PROTIALKOHOLNÍ ODDĚLENÍ .....	29
6.6 PUBLIKAČNÍ ČINNOST .....	35
6.6.1 Nezařazené.....	35
6.6.2 Efektivita, katamnestické zhodnocení léčby.....	36
6.6.3 Nucená protialkoholní léčba .....	37
6.6.4 Alkoholické psychózy, deliria a epilepsie.....	39
6.6.5 Komplikace při léčbě Antabusem .....	40
6.7 FAKTORY ÚSPĚŠNÉ LÉČBY DLE MUDR. HELENY ŠKOPKOVÉ	41
7 DISKUSE.....	44
8 ZÁVĚR.....	46
9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	48
10 BIBLIOGRAFIE MUDR. HELENY ŠKOPKOVÉ .....	59



# 1 ÚVOD

Dějiny oboru adiktologie u nás jsou potažmo dějinami léčby závislostí a ty jsou provázány a tvořeny lidmi. Mnoho z nich jsou osobnosti svého oboru. Nemnozí známí široké veřejnosti. Jmenujme v současnosti mediálně nejznámější: doc. MUDr. Jaroslav Skála a MUDr. Karel Nešpor. Mnohá jména jsou známa odborné veřejnosti, zde by mohl následovat dlouhý výčet, ale není cílem této práce někoho opomenout. Každý adiktolog si jistě sám vzpomene na mnoho jmen, která provázejí jeho studium a práci. Mnoho jmen současných i bývalých adiktologů je neznámých, pracujících tiše a trpělivě ve prospěch svých pacientů a klientů stranou všeho zájmu a výzkumu. A tyto neznámí vytvořili a ovlivnili obor. A bez jejich práce by obor neměl současnou tvář a podobu.

Stejně tak je pro širokou celorepublikovou veřejnost jméno Apolinář synonymem pro léčbu závislostí. Regionálně mnoho lidí má povědomí o spádové léčebně závislostí. Na Severní Moravě znají lidé Opavu a v Jižních Čechách Červený Dvůr. Odborník jistě vyjmenuje mnoho dalších. Rozliší střednědobou ústavní léčbu a dlouhodobou léčbu v terapeutické komunitě. Ústavní léčba závislostí v Psychiatrické nemocnici Dobřany je známa také jen regionálně. Odborníci mají o její existenci obvykle všeobecné povědomí. Není mnoho historických ani současných prací, kde by léčba závislostí v Dobřanech byla zmíněna, natož zpracována. Ze současnosti budiž jmenována zmínka v diplomové práci (Klimešová, 2017). Z dřívějších například Samková (1978), Klik (1980), Škopková (1981) a další. Není však publikován ucelený soubor o léčbě závislostí v Psychiatrické nemocnici Dobřany (dříve Psychiatrická léčebna Dobřany) a tudíž i odborníkům nemůže být o tomto mnoho známo.

Při použití metody asociace prvního slova mnohé jistě, jako první, při léčbě závislostí, napadne spojení Apolinář – Skála, Bohnice – Nešpor. Odborníky jistě mnohé další, bez ohledu na pořadí zmiňme například: Červený Dvůr – Dvořák, Bílá Voda – Jeřábek. Dobřany - (bez upozadění kolegů a spolupracovníků zmíněných).

Skromným cílem této bakalářské práce je připomenutí a obeznámení s osobností MUDr. Heleny Škopkové, dlouholeté primářky protialkoholního oddělení Psychiatrické nemocnice Dobřany, kde působila od roku 1958 do roku 2018. V roce 1958 nastoupila do Dobřan coby elévka, sekundární lékařka, po studiu medicíny v Plzni. Přes posty obecného psychiatrického sekundáře, zástupce primáře protialkoholního oddělení, dlouholeté primářky a ke sklonku kariéry v Dobřanech, kdy uvolnila místo primáře, aby se mohla naplno věnovat pacientům na jednom „Svém“ oddělení, opět zástupce primáře, odešla po 60 letech kariéry věnované léčbě závislých pacientů. Ovšem ne na plný zasloužený odpočinek, dodnes jeden den v týdnu, obvykle v pátek, ordinuje v AT ambulanci Psychiatrické nemocnice Dobřany dislokované v Poliklinice Bory, Čechova 44, Plzeň.

Ne každý má ambice stát se vědcem a na plný úvazek zkoumat a publikovat. Ne každý chce být pedagogem a předávat své zkušenosti přímo budoucím

generacím. Ale být dobrým, špičkovým klinikem není důvod k opominutí a desítky tisíc pacientů (opravdu to číslo není nadnesené) MUDr. Heleny Škopkové po 60 letech jejího působení v oboru léčby závislostí, by jistě dali tomuto tvrzení za pravdu. Není úplně pravdou, že by MUDr. Škopková nepublikovala. Lze nalézt bezmála tři desítky článků a publikací pod kterými je podepsána a jsou součástí této bakalářské práce.

Na základě bezmála čtyřhodinového rozhovoru s MUDr. Škopkovou a následné analýze dohledaných dokumentů se bakalářská práce pokusí chronologicky zmapovat vývoj léčby závislých pacientů MUDr. Škopkovou od konce padesátých let minulého století dodnes. Zjistit důležité milníky v léčbě. Proč, kdy a jak se její léčba změnila. Zda její léčba byla shodná s kontextem dané doby, A na závěr se pokusit shrnout empirické poznatky MUDr. Heleny Škopkové za 60 let její kariéry, co považuje za důležité při léčbě závislostí.

## 2 CÍL PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je zmapování 60 let kariéry MUDr. Heleny Škopkové na poli léčby závislostí a připomenutí osobnosti MUDr. Heleny Škopkové, ve skromném rozsahu a schopnostech autora bakalářské práce, široké odborné veřejnosti. MUDr. Helena Škopková je neodmyslitelně spjata s léčbou závislostí v Psychiatrické nemocnici Dobřany, kde působila od koce studia medicíny v roce 1958 do roku 2018, po nejvíce let na postu primářky oddělení léčby závislostí. Po dobu své kariéry se převážně věnovala léčbě alkoholismu mužů, proto tato práce bude primárně věnována této problematice. Na základě bezmála čtyřhodinového rozhovoru s paní MUDr. Helenou Škopkovou, jeho následnou transkripcí a porovnáváním s vyhledanými relevantními dokumenty a publikacemi je cílem práce chronologické zmapování vývoje léčby závislostí MUDr. Škopkovou. Nalézt milníky ve vývoji její léčby. Kdy, jak a proč změnila svůj přístup k léčbě závislostí. A v neposlední řadě pokusit se shrnout nejdůležitější aspekty léčby, které po 60 letech práce se závislými pacienty MUDr. Helena Škopková spatřuje.

Sekundárním cílem práce je malé přiblížení léčby alkoholismu v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech s připomenutím všech kolegyň a kolegů MUDr. Heleny Škopkové, které zmínila v rozhovoru. Ústavní léčba závislostí je vždy týmová, i když na osobnosti šéfa mnoho záleží.

A dalším sekundárním cílem bakalářské práce je podpora všech adiktologů, kteří se rozhodli zasvětit svůj profesní život klinické dráze. MUDr. Helena Škopková si nikdy nekladla za cíl výzkumnou a pedagogickou dráhu, a přesto je její otisk v historii adiktologie neméně výrazný.

### 3 METODOLOGIE A ANALÝZA DAT

Již z názvu bakalářské práce „Život a dílo MUDr. Heleny Škopkové“ vyplývá použití kvalitativního přístupu. Základem výzkumu je semistrukturovaný rozhovor, kdy není nutné držet se pevných hranic. Polostrukturovaný rozhovor řeší nevýhody nestrukturovaného, nebo strukturovaného rozhovoru. Během rozhovoru lze měnit sled otázek, popřípadě některé vynechat, či doplnit a celkovou strukturu i tempo rozhovoru je možné přizpůsobit k získání maximální výtěžnosti (Miovský, 2006).

Bezmála čtyřhodinový rozhovor s MUDr. Helenou Škopkovou uskutečněný 30. 10. 2020 se často změnil v narativní rozhovor, kdy MUDr. Helena Škopková, díky svému neutuchajícímu temperamentu, některé otázky rozvedla dalece za zamýšlený rámec, ale bylo to ku prospěchu věci a autor se snažil přerušovat co nejméně, byť někdy na úkor zodpovězení, či rozvedení původně zamýšlených všech otázek. Výsledkem je rozhovor na pomezí semistrukturovaného a narativního, kdy bylo možné získat nejen fakta – odpovědi na otázky, ale i životní příběh MUDr. Heleny Škopkové, nepřenositelný a vyprávěcí události jejím pohledem. Výsledná struktura rozhovoru tak vykazovala znaky hloubkového rozhovoru. Zachycení výpovědi v autentické podobě (Švaříček & Šedřová, 2014).

Rozhovor probíhal v příjemném „domovském“ prostředí MUDr. Heleny Škopkové v její ambulanci mimo pracovní dobu, a tedy ničím nerušen. Na počátku rozhovoru MUDr. Škopková ústně souhlasila s pořízením audio nahrávky na mobilní telefon (nahráno). Následně byl rozhovor postupně přepsán doslovnou transkripcí a opakovaně kontrolován opětovným poslechem po malých úsecích. Je to procedura náročná na čas a soustředění, ale umožňuje podrobné vyhodnocení (Hendl, 2005). Poté již bylo pracováno s psanou podobou rozhovoru. Text umožňuje zvýraznění, odlišení (třeba barevně) a kódování.

Při práci s textem bylo využito metody otevřeného kódování, hledání podobností a vytváření kategorií. Metoda vytváření trsů (Miovský, 2006) umožnila rozlišení jevů, míst, případů, metod, osob a vytvoření skupin na základě shody, nebo podobnosti. Metoda zachycení vzorců (Miovský, 2006) umožnila redukci opakujících se jevů, slov a následně redukci textu. Na tomto podkladě byla stanovena klíčová slova, utvořena struktura a obsah práce a následně provedena důkladná rešerše zdrojů.

Stanovená klíčová slova: Helena Škopková, Škopková, H., Dobřany. PL Dobřany, PN Dobřany, léčba alkoholismu, alkoholismus, Rubeš, Samková, Klik, Skála, Reserpin, Antabus, a variace a tvary těchto a podobných slov a spojení.

K vyhledání byly použity následující databáze: Národní lékařská knihovna, Medvik, Kramérius, Národní knihovna, EBSCO, UKAŽ, Centrální katalog Univerzity Karlovy. V rámci těchto databází byly nejčastěji vyhledány periodika Protialkoholický obzor a Československá psychiatrie ta je v současné době dostupná online, články z Protialkoholického obzoru a jiných periodik byly

objednány k vytištění a zaslání. Vzhledem k ryze české povaze zkoumaného fenoménu a rozsahu práce byly, zahraniční zdroje omezeny na minimum. V souvislosti s covidovou situací bylo půjčení knih značně ztíženo až nemožné. Všechny knihovny kromě knihovny 1. Lékařské fakulty, která funguje ve velmi omezeném režimu a pouze absenčně, jsou plně uzavřeny. Částečně řešeno meziknihovní výpůjčkou prostřednictvím Ústavu vědeckých informací 1. Lékařské fakulty z Vědecké knihovny Plzeň a Národní lékařské knihovny, ovšem opět v režimu absenční výpůjčky. Některé z titulů jsou dostupné pouze prezenčně a ty prostudovat v současné době nelze. Pořízení kopií mnohastránek vícero publikací v ceně 2 až 3 Kč za stránku jsou nad možnosti autora, aniž by bylo jisté, zda a kolik stránek je relevantních. Digitalizace těchto knih zatím není, nebo není k dispozici a mnohdy nelze nahlédnout ani do obsahu.

Vyhledané výsledky byly tříděny podle relevantnosti názvu, adekvátní zaznamenány, odstraněny duplicity a poté přistoupeno k analýze textů dostupných online, zapůjčených titulů a zasláných kopií a následnému spárování s původními kódy – klíčová slova.

Práce byla pro přehlednost rozdělena na dvě části: Teoretickou, která v krátkosti vysvětluje a přibližuje základní pojmy používané v Praktické části. Praktická část se tak již plně může věnovat MUDr. Heleně Škopkové na podkladě rozhovoru a dohledaných odborných zdrojů, aniž by musela zabíhat k vysvětlování a uvádění do problematiky. Body obou částí vplynuly z rozhovoru a cílů práce.

## 4 ETIKA

Nejpodstatnější částí práce je rozhovor s MUDr. Helenou Škopkovou. Na začátku tohoto rozhovoru MUDr. Škopková vyjadřuje zaznamenaný ústní souhlas s pořízením audio nahrávky tohoto rozhovoru prostřednictvím mobilního telefonu a následným použitím pro potřeby bakalářské práce o jejím životě a díle. Po schválení konečného textu vedoucím práce Mgr. Šejvlem a před postoupením k oponentuře byla bakalářská práce zaslána ke schválení MUDr. Škopkové a získán její souhlas s publikováním (osobní emailová korespondence). Práce byla MUDr. Helenou Škopkovou tímto autorizována. Tím je rozsah práce ve vztahu k MUDr. Škopkové eticky plně ošetřen.

Ve vztahu ke třetím osobám zmíněným v rozhovoru s MUDr. Helenou Škopkovou jedná se o osobní názor paní Škopkové a v práci je použit pouze v rozsahu a duchu rozhovoru. Ke třetím osobám byla použita triangulace. Pokud bylo možno opřít názor MUDr. Heleny Škopkové na třetí osoby o jejich publikované práce, a názor byl v souladu s prací dané osoby, je tato třetí osoba jmenována. Pokud názor MUDr. Heleny Škopkové na třetí osoby nebylo možno opřít o jejich publikované práce a tento názor by mohl dané osoby poškodit, či je vyjevit ve špatném světle, byly tyto osoby anonymizovány.

Publikované práce, tituly, články a jiné písemnosti jsou použity plně v rozsahu Zákona č. 121/2000 Sbírky o právu autorském a právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů. Nebyly pořízeny digitální kopie podléhající tomuto zákonu, nebyly dotčeny autorská majetková práva (70 let od smrti autora), ani práva nakladatelská (50 let od vydání). Papírové kopie dokumentů pořízené přímo knihovnami již toto mají ošetřeno ve svém zpoplatnění.

## 5 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část má za úkol uvést podstatná fakta a události doby, která ovlivnila život a dílo MUDr. Heleny Škopkové. Se zřetelem na ducha doby, jenž otisknut do podvědomí a nejnítěrnějších, mnohdy skrytých pocitů, dává našim činům sílu a náboj a uvádí je v chod.

### 5.1 OBECNÁ HISTORIE PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE V DOBŘANECH

Prvním samostatným objektem pro léčbu duševně nemocných na našem území byl Tollhaus otevřený 1. listopadu 1790. Vznikl upravením jedné budovy Všeobecné nemocnice v Praze, založené téhož roku císařem Josefem II. V dalších letech přemístěn a rozšiřován o další objekty. V roce 1869 vzniká jeho pobočka v Kosmonosích později osamostatněná. Přeplněnost obou ústavů vedla na popud profesora Fischela, ředitele pražského ústavu, zemský sněm český v roce 1874 k usnesení zřídit další ústav v Dobřanech (Vencovský, 1980, s. 8). Na návrh architekta Beníška byla stavba realizována v letech 1876-1883 nákladem 1 800 000 zlatých. Provizorně otevřena roku 1880 a do plného provozu předána 5. března 1881. Stavba realizována formou jednotlivých pavilónů. Jednak pro možnost rozčlenění nemocných na dvě kategorie: s potřebou stálého dohledu a svobodnějšího ošetřování. Jednak pro důvody hygienické pro zabránění šíření nemocí. A v neposlední řadě pro možnost postupné dostavby dalších pavilónů bez nutnosti zásahů do chodu již vybudovaných. Mezi pavilony je založen rozsáhlý lesopark. Rozloha ústavu je 80 hektarů a do roku 1954 k němu patřilo 47 hektarů polností (Šedivec, 1957 a, s. 34-36).

Prvním ředitelem se stal docent Pick, objevitel frontální mozkové atrofie, kterou počal studovat v Dobřanech. Nemoc je po něm celosvětově pojmenována: Pickova demence – Morbus Pick (Vencovský, 1980, s. 8). Kapacita vybudovaného ústavu je 600 lůžek.

Dalším z významných ředitelů byl MUDr. Vladislav Hraše. Řídil dobřanský ústav v letech 1894-1909. V roce 1909 se stává ředitelem pražského ústavu v Bohnicích, na jehož vzniku a budování se podílel. Doktor Hraše dobřanský ústav pozvedl k mezinárodní úrovni. Do Dobřan přijíždějí psychiatři z celého světa a pochvalně se o něm vyjadřují. V tomto období se v psychiatrii uplatňoval terapeutický nihilismus a Neiserova doktrína ošetřování na lůžku. Což značně usnadňovalo práci ošetřovatelům. Hraše prosazoval aktivizaci pacientů, na lůžku mají zůstat jen akutní psychotické stavy. Pro ostatní pacienty viděl nejvhodnější pracovní terapii v polním hospodářství a zahradnictví (Hraše, 1894 a, b, c, d). V Dobřanech zřídil dílny, zelinářství, zahradnictví, ovocnou zahradu, zavedl chov pstruhů a včelín. V roce 1908 vydal první učebnici psychiatrie pro ošetřovatele a tato byla až do roku 1953 jedinou učebnicí pro střední zdravotní personál v

psychiatrii (Hraše, 1908). Hraše měl snahu o budování otevřených oddělení, prevenci v psychiatrii a o převádění schopných pacientů do heterofamiliární – příbuzenské péče (Šedivec, 1957 b, s. 44-49).

Výroční zpráva Zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech v roce 1887 uvádí 1478 pacientů z toho 1/3 zaměstnána prací, všichni zemřelí pitváni a 2x do roka hrála vojenská hudba (Šedivec, 1957 a, s. 37).

V letech 1909-1918 bylo již přes 2 000 pacientů + lékařský ředitel, 2 primáři, 1 ordinář, 5 sekundářů a 265 ošetřovatelů (Šedivec, 1957 a, s. 38).

Lékařské hodnosti ve všech zemských ústavech za Rakouska-Uherska měly tuto hierarchii: provizorní sekundář po jednoleté službě definitivní sekundář, ordinář, primář, řídicí primář, ředitel. Postup byl čistě jen dle délky služby u všech zemských ústavů pro choromyslné. Když na jednom konci monarchie někdo odešel do výslužby, postoupil jiný na druhém konci dle data nástupu do služby. Fronta se vždy posouvala o jednoho kupředu skrze celé mocnářství (Myslivoček, 1957, s. 50-53).

Na konci I. Světové války rychle vzrůstá úmrtnost. Tuberkulóza a dysentérie si u podvyživených pacientů vybrala daň. V poválečných letech se ke zklidnění pacientů osvědčil lék bromhydrát d'hyoscine a Luminal u epileptiků. Byla prováděna popudová terapie injekcemi mléka, séra a vlastní krve. Bylo také zvažováno použití šokové orgánoterapie. V roce 1924 začíná léčba pyretoterapie – vstříkávání malarické krve paralytikům. Studené zábaly a izolace byly na denním pořádku. Další zlepšení v léčbě bylo zavedení konvulzivní terapie injekcemi Kardiazolu v roce 1936 (Stolina, 1957). Klik (1980) uvádí mezi nejčastěji používané léky v Dobřanech Medinal, Trional a Tinctura Opii. Laudánium bylo v té době běžně užívaným preparátem.

Po I. světové válce vlivem vysoké úmrtnosti stav nemocných klesl na 950, ale během následujících let se rychle vrátil ke dvěma tisícům. Počet lékařů se ustálil na 10 a ošetřujícího personálu bylo 400 osob (Šedivec, 1957 a, s. 39).

Ústav byl rozdělen na dva primariáty: mužský a ženský. Koedukace a specializace oddělení započala až v 50 letech. Injekce byla na odděleních mimořádnou událostí. V době světové hospodářské krize bylo zaměstnání v dobřanském ústavu atraktivní. Státní zaměstnanec pod penzí s mnoha výhodami. Nejen pracovní, ale i vycházkový oblek, penze, strava. Před I. světovou válkou ošetřovatelé v ústavu bydleli v takřka kasárenském režimu a ven chodili jen na povolené vycházky. Až do 50. let byly používány plechové hrnky a talíře. Vypínače světél na odděleních byly na klíč (Klik, 1980).

Na podzim roku 1938 po Mnichovské dohodě přecházejí Dobřany coby sudetoněmecké území do Velkoněmecké říše. Český personál a pacienti jsou v převážné většině odsunuti do Bohnic a Kosmonos. Počet nemocných za II. Světové války dosahoval až 3 200. Lůžka byly všude po chodbách (Šedivec, 1957 a, s. 40). České Dobřany se mění na německý Wiesengund. Díky odvodům na frontu z



původních 12 německých lékařů v roce 1939 zůstávají v roce 1942 jen 4 lékaři na 3 200 pacientů. K přeplnění dochází překládáním pacientů z bombardovaných německých měst. Německá správa řeší nedostatek lékařů pracovním nasazením cizinců do pomocných lékařských postů. V Dobřanech ordinují lékaři z Francie, Holandska a Estonska (Vencovský, 1957, s. 67).

Pokračuje léčba konvulzivní terapií Kardiazolem k níž se v roce 1940 přidává Azoman. Od roku 1941 je započato s elektrošokovou léčbou. Od plánované šokové terapie inzulínem upuštěno pro jeho válečný nedostatek.

K obrovskému počtu pacientů je ještě přiřčeněn Kinderheim – dětský domov z Liberce s 200 slabomyslnými dětmi. Probíhá jejich výuka v domácí škole a absolventi se uplatňují v pomocných pracích. (Hájek, 1957).

V roce 1943 začíná překládání pacientů do jiných ústavů, snad v Rakousku. *„Nikdo ze subalterujících lékařů nevěděl, že byli posíláni do plynových komor“ (Hájek, 1980, s. 27).*

V noci z 16. na 17. dubna 1943 byla léčebna bombardována Američany. Červeným křížem byly označeny střechy nejen léčebny, ale i nedalekých německých kasáren a Američané o tom údajně věděli a chtěli bombardovat kasárny (Vencovský, 1980, s. 11).

*„Byl jsem očitým svědkem tohoto inferna. Oddělení neklidných žen č. IX bylo zasaženo několika fosforovými zápalnými pumami. Pacientky se křečovitě drželi mříží oken a jako hořící pochodně umírali ve svých celách. Pomoc pro velký žár nebyla možná.“ (Hájek, 1980, s. 27)*

*„Starší oligofrenik se vrátil po dvou dnech zcela sám. V každé ruce měl housátko a říkal: „Pane primáři – to ale byla bouřka.“ (Hájek, 1980, s. 27)*

Zemřelo 360 pacientů, několik set bylo raněno, mnozí se rozutekli do polí. Léčebna byla značně poškozena a mnozí pacienti museli být přeloženi do věznice Bory. Následovala vlna tyfové epidemie. Německá správa situaci řešila výstavbou nouzových dřevěných baráků (Vencovský, 1980, s. 12).

Tyfová epidemie trvala i po návratu pacientů z věznice do ústavu až do roku 1945 a vyžádala si mnoho obětí. Každý mrtvý se musel pitvat.

*„Podle zákona z minulého století měl lékař provádějící pitvu nárok na čtvrt litru rumu a jedno viržinko. Na mou žádost, aby místo viržinka byly dány cigarety, jsem obdržel zamítavou odpověď, a to s odůvodněním, že okresní úřad nemá pravomoc měnit zákony. Naštěstí jsem se nestal alkoholikem.“ (Hájek, 1980, s. 27)*

Po válce byli němečtí pacienti postupně odsunuti. K poslednímu předání pacientů do NSR došlo v roce 1951 (Vencovský, 1957, s. 70).

K návratu léčebny do českých rukou došlo už 12. května 1945. MUDr. Vencovský (1957, s. 69) z pověření revolučního národního výboru v Plzni přebírá vedení od německé správy. Vše proběhlo poklidně. V červnu 1945 se ředitelem stává MUDr. Quido Knapp (1957, s. 72). Ústav byl ještě po bombardování ve

značně neutěšeném stavu. Opravy provedeny jen provizorně a v areálu bylo krom německých pacientů značné množství běženců pod dohledem americké armády. Pacienti byli značně podvyživení. V letech 1945–1951 nadále probíhala léčba Kardiazolem a elektrošoky, k níž přibyla i prefrontální leukotomie – lobotomie.

V roce 1951 se ředitelem stává MUDr. Jaromír Rubeš (1957, s. 77). Dochází k rozvoji a uplatnění léčby komatózním inzulinem, protrahovaným spánkem, elektronarkózovou. Po příchodu MUDr. Hanzlíčka jde o nejmodernější léčbu Chlorpromazinem a Reserpinem. Hanzlíček rozvinul psychofarmakologický výzkum v nebývalém měřítku. A do Dobřan přivedl druhou psychiatrickou revoluci (Klik, 1980, s. 34). Je vybudována nová laboratoř a standardizováno vstupní vyšetření. Zřízeno celostátní oddělení léčby TBC u duševně nemocných pacientů, dříve léčených na všech pracovištích v republice. Toto oddělení je v Dobřanech dodnes. Přichází první psycholog a sociální pracovnice. V roce 1952 zřízena centrální ústředna léčby zaměstnáním a přes nevoli personálu opět započato s aktivizací pacientů prací, k jejímuž rozvratu došlo v době válečné a hlavně poválečné. Mnoho zdánlivých i předválečných chroniků je propuštěno z důvodů špatné původní diagnózy, nebo účinkem moderní léčby (Rubeš, 1957, s. 78).

V roce 1955 při odchodu ředitele Rubeše do Lázní Jeseník má Psychiatrická léčebna v Dobřanech 2165 pacientů a 21 lékařů.

V roce 1957 je zde 26 oddělení a 8 primariátů.

V '60 letech začínají jednodenní výlety pacientů autobusem. Posléze i rekreační pobyty na horských chatách. Pacienti jsou propouštěni do následného ošetřování a opatrování JZD Dobřany.

V letech 1955–1962 byla zřízena pobočka na zámku v Dolní Lukavici. Napřed byla deponována léčba alkoholiků poté chroniků. Pro neutěšený stavební stav objekt opuštěn (Klik, 1980, s. 39).

V letech 1968 a následné normalizaci podává Klik (1980, s. 41-47) pouze dobově tendenční informace o úspěších socialistického hospodaření a léčby. Dle jeho slov dochází k rozvoji léčebny. Toto období je místo nemnoha faktů pro odlehčení doplněno řadou historek.

*„Na přijímacím oddělení se sešli dva pacienti, kteří si naindukovali bludy, že podlaha je zaminovaná. Jeden chodil s minohledačkou – smetákem a druhý držel pantofel u ucha. Nalezené miny zneškodňovali zašlápnutím.“ (Klik, 1980, s. 44)*

Jiné relevantní práce z tohoto období se nepodařilo nalézt a čekají na budoucí zpracování.

Po roce 1989 dochází k přejmenování na Psychiatrickou nemocnici v Dobřanech. Je dokončena humanizace oddělení zmenšením počtu lůžek na pokojích. Celá nemocnice je postupně zrekonstruována. A dnes se řadí k nejmodernějším a nejkrásnějším v Evropě (Žižka, 2010).

V roce 2021 má 12 primariátů a 31 oddělení.

## 5.2 HISTORIE LÉČBY ALKOHOLISMU V ČR

*„Tady Vondráček píše o tom doktoru Šimsovi. ...v okruhu zdravotní osvěty publikoval a vydával různé články, a to už v roce 1900. V roce 1907 založil skupinu Zdraví lidu, ve které se angažoval Český spolek boje proti alkoholismu. V roce 1908 už jezdil po Čechách a pořádal přednášky s diapozitivy. A doporučoval tělovýchovu...“*

Takto začíná náš rozhovor s paní MUDr. Helenou Škopkovou a nad knihou Konec vzpomínání profesora Vondráčka (Vondráček, 1988, s. 131) rekapituluje počátky léčby alkoholismu v ČR v osobě doktora Šimsy. Více k osobě doktora Šimsy v Popov (2017). Počátky vzestupu alkoholismu a potřeby řešení lze ovšem nalézt už dříve.

*„Péče o mravní a fyzický rozvoj nynějšího i příštího pokolení ukládá státní správě povinnost, aby nutnými opatřeními omezila opilství všude tam, kde toho jest potřeba.“* František Josef I.

K první kulminaci abúzu alkoholu a potřebě jej řešit dochází v polovině 19. století (Kulda, 1846), a poté průběžně vzrůstá sledujíc křivku konjunktury a recese. Alkoholismus v Rakousku Uhersku vrcholí na přelomu 19. a 20. století fenoménem Kořalečnického moru, rozmach nestřídmého pití a alkoholismu je opakovaně projednáván na Sněmu Království Českého např. 2. 6. 1905 č. sn. 438 tisk CC2XXV (Stenoprotokoly Poslanecké sněmovny PČR) a Dr. Wlassak sepisuje pro císaře důkladnou zprávu, kterou přednesl na mezinárodním sympoziu ve Vídni roku 1901 (Wlassak, 1902). První zmínku o boji proti alkoholismu lze nalézt roku 1839 v Andělské Hoře vzniknul první Spolek střídmosti (Zlámal, 2009). Roku 1884 ve Vídni vzniká Spolek proti opilství, V roce 1905 MUDr. Šimsa zakládá Český zemský spolek proti alkoholismu, který je roku 1908 přejmenován na Československý abstinentní svaz (Vondráček, 1988, s. 131). Souhrnnou zprávu o Historii svépomocných systémů lze nalézt v práci Pěstové (2020). Bojem proti alkoholismu reaguje i stát Rakousko Uhersko, za všechny například 21. 9. 1909 Zemský Sněm projednává návrh poslance Dr. Hnídky na omezení alkoholismu, zákaz výčepu lihovin v obchodech i hostincích (Stenoprotokoly Poslanecké sněmovny PČR). Přednášky o škodlivosti alkoholu nepodniká začátkem 20. století jen MUDr. Šimsa, ale i Masaryk, například přednáška O alkoholismu ve Vsetíně 11. 9. 1905 (Masaryk, 1922).

První institucionální léčbou na našem území byla léčebna ve Velkých Kunčicích založená Bedřichem Konaříkem v roce 1908 (Jurková, 2017) a otevřená roku 1911. Léčebna je určena mužům. Délka pobytu 6–12 měsíců. Důraz kladen na trvalou abstinenci, součástí léčby je pracovní terapie a budování vztahů (Šejvl & Miovský, 2017). Kapacita 10–15 pacientů, k plánovanému rozšíření léčebny nedošlo vlivem jejího uzavření v důsledku 1. světové války v roce 1915.

Léčebna Tuchlov vznikla roku 1923, správcem léčebny byl opět Bedřich Konařík a ošetřujícím lékařem se stal MUDr. Šimsa (Šejvl & Miovský, 2018). Kapacita léčebny je 50 pacientů, ale dlouho nebyla naplněna. Léčebna je určena

mužům, do léčby nejsou přijímáni pacienti s psychiatrickou diagnózou. Léčena je uzavřená, pacienti mohou na vycházku pouze s doprovodem. Po nastupujících pacientech je vyžadována motivovanost k léčbě, jejíž doporučená doba je 5-6 měsíců. Program léčebny jest ustanoven v deseti bodech, z nichž nejdůležitější je abstinence. Během let 1923–1929 prošlo léčebnou 165 pacientů. Léčebna zaniká roku 1938 přiřazením území k Německé říši na základě Mnichovské dohody. Stručně lze historii obou léčeben nalézt v práci Hrubé (2018). Velmi podrobnou a vyčerpávající analýzu historie léčby alkoholismu v ČR zpracoval Šejvl (2020).

Po skončení 2. světové války nebylo na území ČR žádné zařízení k léčbě alkoholiků. V roce 1948 vzniká první poválečná léčebna. Protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. „U Apolináře“, dle názvu přilehlého kostela. Vedením prof. Mysliveček, přednosta kliniky, pověřuje sekundárního lékaře Jaroslava Skálu. Počátky léčby byly orientovány na vytváření negativního, podmíněného reflexu za pomoci emetinu a apomorfinu (Popov, 2005). Ale již od počátku si byl MUDr. Skála vědom úskalí čistě averzivní, medikační terapie bez psychoterapeutické podpory (Skála, 1957). Koncem padesátých let došlo k vytvoření a propracování tzv. Apolinářského modelu léčby, který MUDr. Skála vytvořil za podpory celého kolektivu léčebny, zejména A. Mařové a navázal na strukturu programu Velkých Kunčic. Struktura programu založená na principu bio – a psychosociálním. Zdůrazňuje zejména individuální, ale i kolektivní zodpovědnost. Posilování fyzické zdatnosti. Práci s rodinou. Bodovací systém, jeden z nejpřísnějších u nás. Upevňování pracovních návyků. Ale i Reizththerapie – dráždivá, jednoduše označená slovem „buzerace“, frustrační složka léčby, která má pacienta připravit na úskalí běžného života (Skála, Mařová, Hrodková & Homolková, 1973, s. 303-309). Apolinářský model léčby v modifikovaných verzích byl posléze přejímán i dalšími léčebnami, které vznikaly na území ČR a MUDr. Skálou stále rozvíjen a dopracováván (Miovský, Popov & Šejvl, 2018).

Další zařízení, která postupně vznikala na území ČR: Lojovice, Červený Dvůr, Želiv, Horní Beřkovice, Horní Holčovice, Podlesí, Dobřany (Klimešová, 2017) a další.

### **5.3 LÉČBA ALKOHOLISMU V PN DOBŘANY**

První zmínku o potřebě ústavní léčby alkoholismu publikuje z Dobřan v roce 1885 doktor Jan Šimsa (1885 a, b, c, d). Jako mladý lékař začínal v Dobřanech v letech 1891-1895 coby sekundář a prosektor (Šedivec, 1957 a, s. 111).

Další práci o alkoholismu publikuje MUDr. Jan Hraše (1933). Ředitel Zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech v letech 1894–1909.

Do doby po II. Světové válce nejsou o léčbě alkoholismu v Dobřanech žádné zprávy. Archiv, knihovny, dokumentace chorobopisů a veškeré nepublikované práce lékařů byly zničeny při náletu v roce 1943. Léčba alkoholismu zřejmě byla

koedukovaná s jinými diagnózami a alkoholicí roztroušeni po všech odděleních (Rubeš, 1957, s. 81).

Po roce 1945 s léčbou alkoholismu v západočeském kraji začíná profesor MUDr. Vencovský a jeho asistent MUDr. Rubeš (1982) na plzeňské psychiatrické klinice. Diagnóza chronický alkoholismus byla zřídka.

*„Prognózu základního onemocnění, chronického alkoholismu, jsme považovali prakticky za infaustní, stav za neléčitelný.“* (Rubeš, 1982)

Průlomem byla léčba Emetinem zavedená profesorem Vencovským a krátce nato léčba Antabusem zavedená velmi rychle po objevu jeho účinků v kombinaci s alkoholem. Pro velký zájem pacientů z celé republiky bylo otevřeno lůžkové oddělení léčby alkoholismu v plzeňské psychiatrické klinice. Československý abstinentní svaz zakládá protialkoholní poradnu zpočátku vedenou MUDr. Klímou a poté MUDr. Rubešem. Pro vyřešení vzrůstající potřeby protialkoholních lůžek, hlavně pro soudem nařízené léčby, zakoupily Státní lázně na popud MUDr. Rubeše a pozdějšího náměstka generálního prokurátora ČSR Zábranského, objekt Waldheim u Kynžvartu. Budoucí pacienti jej měli vlastním úsilím renovovat včetně plaveckého bazénu a mělo z něj být vytvořeno západočeské protialkoholní centrum. Pacienti si měli práci vydělat na svou léčbu, měl být vytvořen provoz ke stáčení a lahvování minerálky a její prodej. Představa MUDr. Rubeše o léčbě byla formou rodinné terapie po vzoru brněnské Kolonie netušených možností Jana Novotného. Bývalí abstinující pacienti měli společně s rodinami v léčebně trávit víkendy a dovolené se současnými pacienty. Projekt Kynžvartu byl po nuceném nástupu MUDr. Rubeše do Dobřan rychle opuštěn a likvidován (Rubeš, 1982).

Léčba alkoholismu v Psychiatrické léčebně Dobřany začíná krátce po příchodu MUDr. Rubeše na post ředitele v roce 1951. Z rozdělané práce na plzeňské psychiatrické klinice, v protialkoholní poradně, a hlavně při uskutečňování plánů léčebny Kynžvart byl ze dne na den stranou převelen na post ředitele v Dobřanech, aniž by o to usiloval (Rubeš, 1980, s. 51). I přes značnou nevoli kolegů lékařů i všech stávajících zaměstnanců, kteří tvrdili, že to nejde, zřizuje MUDr. Rubeš do týdne po svém nástupu do funkce ředitele samostatné protialkoholní oddělení. *„Stačilo vyměnit alkoholové pacienty, roztroušené po celé léčebně, za psychiatrickou klasiku z jednoho pavilonu a na ten je soustředit“* (Rubeš, 1982, s. 6). Stejnou situaci musel MUDr. Rubeš paradoxně řešit o 10 let později v bohnické psychiatrické léčebně, kde protialkoholní oddělení existovalo, ale bylo zaplněno terminálními schizofreniky. Tam si s ostatními primáři vyměňoval jednoho psychiatrického pacienta za čtyři alkoholiky. Neochotu veškerého dobřanského personálu zúčastnit se tohoto experimentu vyřešil ředitel Rubeš povoláním čerstvých absolventů ústavní ošetrovatelské školy, nezatížené minulostí a předsudky starších zaměstnanců. Přicházejí ošetrovatelé Bosman, Hess, Fikrle a Štětka. Na oddělení je postupně léčeno i několik morfinistů (Rubeš, 1982). Od počátku byla aplikována skupinová terapie a režimová léčba. Pacienti postupně procházeli několik oddělení – budov, které sami v rámci pracovní terapie

renovovali a adaptovali (Rubeš, 1957, s. 81). Prvním působištěm protialkoholního oddělení byl pavilón č. 7, po jeho rekonstrukci alkoholiky přišlo stěhování na pavilón č. 21 a práce započaly nanovo a po jejich dokončení přišla rekonstrukce zámku v Dolní Lukavici opět provedenou alkoholiky. Jejich zručnost a um byla využita i při stavbě zaměstnaneckých bytů v léčebně a odklízecích pracích na vybombardovaných odděleních 8 a 9 (Bosman, 1982).

V roce 1955 získal MUDr. Rubeš pro dobřanský psychiatrický ústav zámeček v Dolní Lukavici. Po jeho částečné rekonstrukci alkoholiky, za pomoci stavitele Sobotky, do obyvatelné podoby sem bylo z Dobřan v květnu 1955 přemístěno protialkoholní oddělení s 50 lůžky a pacienti pokračovali v rekonstrukci zámečku. Z Plzně sem byla přesunuta krajská záchytná stanice pro opilce (Rubeš, 1957, s. 81). Ředitel MUDr. Rubeš 1. 9. 1955 odchází do Lázní Jeseník a již 1. 10. 1956 se za nového ředitele MUDr. Šedivce alkoholici vracejí zpět do areálu dobřanské léčebny na oddělení 20, kde setrvají až do roku 2009. Do Dolní Lukavice je výměnnou přesunuto 150 chronických schizofreniků. Názory na návrat protialkoholního oddělení do Dobřan se různí. Primářka Nová (1982, s. 17) uvádí jako důvod poruchy chování pacientů. Vrchní ošetřovatel Bosman (1982, s. 29) vidí důvod v nevyužití kapacity zámečku Dolní Lukavice. 50 alkoholiků nemohlo obsáhnout 150 možných lůžek. MUDr. Klik (1982, s. 14) uvádí časté a opakované útky pacientů do hostince v blízkosti zámečku. Sociální pracovnice Janoušková (1982, s. 31) píše o nemožnosti přehledu o pohybu pacientů v rozlehlém areálu zámku. Psychiatrická léčebna Dobřany svou pobočku na zámku v Dolní Lukavici definitivně opouští roku 1962 (Klik, 1980, s. 39).

V letech 1951 až 1955 pověřil ředitel MUDr. Rubeš řízením protialkoholního oddělení postupně MUDr. Ježka a MUDr. Francucha. Krátce zde působil MUDr. Klik. Na podzim roku 1956 po návratu protialkoholního oddělení z Dolní Lukavice do Dobřan, tentokrát pavilón č. 20, pověřuje nový ředitel MUDr. Šedivec vedením tohoto oddělení mladou sekundářku MUDr. Jindru Novotnou.

*„Proč vybral ředitel Šedivec právě mne, je mi dodnes záhadou, ale zřejmě počítal, že jako nejmladší člen lékařského kolektivu nebudu mít větší námitky a starší kolegové tuto práci zásadně odmítali.“* (Nová, 1982, s. 17)

Na protialkoholní oddělení 20 nastupuje MUDr. Jindra Novotná s vrchním ošetřovatelem Výrutem a sociální pracovnicí Janouškovou. Rada MUDr. Bašného: *„To chce klacek a mlátit“* (Nová, 1982, s. 18) byla první, se kterou se mladá lékařka setkala po nástupu na oddělení. Naštěstí jí osud přivedl do cesty Jana Novotného, vedoucího Protialkoholní poradny v Mariánských Lázních. Sám coby dlouholetý abstinent a bývalý alkoholik měl mnoho zkušeností s touto prací a rád se o ně s doktorkou Novou podělil. Protialkoholní oddělení 20 v té době patřilo do primariátu MUDr. Kotiny. Roku 1961 se vyčleňuje a spolu s dalšími čtyřmi odděleními – koloniemi 22, 23, 24 a 25 – je vedeno teď již primářkou MUDr. Novou.

Na podnět pana Novotného zakládá MUDr. Nová v roce 1957 tradici každoročních sjezdů abstinujících pacientů. Ty se kromě jedné výjimky konaly

každé léto až do roku 1989. Na první sjezd dorazili po předchozí korespondenci pacienti na jedno odpoledne a konalo se posezení u čaje. Následující rok sestry už nasmažily řízky a odpoledne se protáhlo a od třetího sjezdu roku 1959 jsou sjezdy abstinentů protialkoholního oddělení 20 Psychiatrické léčebny Dobřany dvoudenní pod záštitou ředitele léčebny. Postupem času na sjezd navazoval vždy společný i několikadenní výlet stávajících a minulých pacientů po vlastech českých, obvykle kromě pamětihodností, spojený také s návštěvou jiné protialkoholní léčebny (Samková, 1982, s. 60-70). První den sjezdu je oficiální se sérií přednášek. Večer je estrádní pořad a druhý den si stávající a již abstinující pacienti vyměňují zkušenosti (Samková, 1980). Význam každoročních pravidelných sjezdů vidí psycholožka Samková i v počtu abstinujících pacientů. Každý měsíc dokončí léčbu asi 16 pacientů. V zimním období, kdy se sjezd nekoná, abstinuje 4-5 pacientů (dobu trvání abstinence Samková neuvádí). V letním období, v době konání sjezdů a působení příkladu bývalých pacientů, stoupá jejich počet na 9 (Samková, 1978, s. 51).

V 50 letech a začátkem 60. let je také běžné v rámci pracovní terapie zapojení pacientů protialkoholního oddělení do běžných zaměstnání v podnicích mimo léčebnu a pacienti mají možnost vydělat si peníze na dobu po skončení léčby a kapesné v léčbě. Pacienti fáráli na dole Eliška - 1. máj v Chlumčanech. Sociální pracovnice Janoušková vzpomíná jak s primářkou MUDr. Novou a vrchním ošetřovatelem Výrutem běžně fáráli za účelem namátkové dechové zkoušky pacientů (Janoušková, 1982, s. 33). Pacienti stavěli silnici z Lišic do Přeštic. Samozřejmostí byly práce pro všechna okolní JZD v okolí Dolní Lukavice i Dobřan, Semenářský podnik v Lužanech (Bosman, 1982, s. 28).

K povinnostem sociální pracovnice protialkoholního oddělení té doby krom běžné agendy patřil i styk s rodinami pacientů včetně povinnosti služebních cest do rodin za účelem ověření skutečností. Janoušková (1982, s. 36) vzpomíná na cesty vlakem, traktorem i na kole. Sociální pracovnice Regnerová (1987, s. 19) popisuje cestu do obce Boč u Karlových Varů vorem přes rozvodněnou Ohři. Převozník během cesty poskytl o rodině veškeré informace a na místě už zbývalo jen je ověřit.

Z příkazu ředitele Němečka nastupuje, přes protesty její a jejího manžela, v srpnu roku 1963 na protialkoholní oddělení sekundářka MUDr. Helena Škopková. Primářka Nová je v té době na mateřské dovolené, zastupuje jí MUDr. Jarmila Patrová a na oddělení pracuje i sekundář MUDr. Jiří Matoušek. Postupem času se jí ale práce na oddělení začíná líbit (Regnerová, 1987, s. 20). Oddělení mělo v té době již zaběhnutý pevný program a režim pod vedením mladé, ale přísné primářky Nové.

V prosinci 1965 odchází primářka Nová do Lnář a primářem se stává MUDr. Jiří Šmolík známý laskavým přístupem k pacientům.

V roce 1969 je rozsáhlý primariát rozdělen na dva. MUDr. Šmolík se stává primářem rehabilitačního a MUDr. Škopková po složení II atestace v témže roce primářkou protialkoholního primariátu sestávajícího ze současného oddělení 20

s režimovou léčbou se 40 lůžky a oddělení 22 pro chronické a špatně spolupracující alkoholiky. V roce 1970 na oddělení přichází psycholožka Marta Samková, CSc (Škopková, 1982 a).

System režimové léčby v Dobřanech shrnuje psycholožka Samková (1978). Oddělení 20 sestává z 3 ložnic pacientů, chodby, jídelny, kuchyňky a malé pracovní personálu. Každá zdravotní sestra je patronkou několika pacientů, jejich důvěrníci. Má po dobu léčby minimálně 3 sezení s pacientem a ti se na ní obrazejí se vším v průběhu léčby. Bodovací systém je pouze na celé body a ty mohou pacienti dostávat i od spolupacientů. Je zaveden systém zpětného ručení. Pacient, který jede na dovolenku na základě kladných bodů spolupacientů jim zpětně ručí za svůj návrat včas a v pořádku. V opačném případě nikdo z ručitelů v příštích týdnech dovolenku nedostane. Od spolupacientů může pacient získat 3 body, od sester a ošetřovatelů také 3 body a za sport rovněž 3 body. Za deník 7 bodů, dále po bodu za elaborát z přednášek, obsah přečtené knihy, kritiku povinného kulturního programu, za každou správnou odpověď v týdenním přezkoušení odpřednášené látky. Záporné body jsou za neodevzdání životopisu a zpracované pijácké kariéry včas, do doby odevzdání. Za neúčast a nedochvilnost na povinném programu. Vstup do kuchyňky mimo řád, kouření mimo vymezené prostory a během večeřky, hazardní hry o peníze, špatný úklid, špatnou hygienu, bonbóny s alkoholem, porušování nočního klidu, léky bez předpisu lékaře, vulgární výrazy, vaření kávy po 19. hodině. Splnění režimu skýtá výhody. O dovolenku lze požádat po 5 týdnech po splnění bodování a neobdržení žádného záporného bodu.

Jako červená nit se od počátku léčby alkoholismu v Psychiatrické nemocnici Dobřany v roce 1955 vine po desetiletí problém s nařízenou léčbou. Na velké problémy s „paragrafisty“ a takřka nemožnost jejich koedukované léčby s dobrovolnými pacienty si stěžují naprosto všichni, kdo kdy publikovali. Primářka Nová (1982, s. 20-22) popisuje veřejná soudní přelíčení na oddělení ve spolupráci s prokuraturou, kdy byl za nedodržování režimu na místě odsouzený pacient v nařízené léčbě přímo odvezen do vazby. Ve spolupráci s krajským prokurátorem JUDr. Vaškem předběhli dobu a začali léčit alkoholiky již při výkonu trestu v NVÚ na Borech. Ostraha již prodělávala školení u doc. Skály, ale tehdejší ministr vnitra akci rázně zrušil. Okresní prokurátor JUDr. Palán měl snahu dávat nespokojeným pacientům léčbu k úhradě k velké nelibosti jiných pracovníků pro velkou administrativní zátěž s tím spojenou (Janoušková, 1982, s. 32). Sociální pracovnice Regnerová (1987, s. 20-21) vzpomíná na 70. léta, kdy se léčilo 30-35 pacientů s ochrannou léčbou ročně. Na jejich negativní vliv na dobrovolné pacienty a na obrovskou administrativní zátěž ohledně neustálého dopisování se soudy. Klik (1987, s. 3) píše o nahromadění dissociálních pacientů, hrubém a nezvládnutelném chování a nutnosti zavádění režimu domácího vězení. Škopková (1966, 1970 a, 1970 b, 1974 a, 1974 b, 1976, 1982a, 1982b, 1987a, 1987b) se ochrannou nařízenou protialkoholní léčbou v Dobřanech zabývá důkladně a opakovaně. Zkoumá její efektivitu a důvody nespokojenosti a asociálního chování těchto pacientů a jejich negativní vliv na dobrovolné pacienty.



V roce 1981 začíná léčba žen alkoholiček a toxikomanek na oddělení 7 s 11 lůžky (Bařková, 1980).

V roce 2009 je po generální rekonstrukci budovy otevřeno oddělení 24 s 33 lůžky ve dvou a třech lůžkových pokojích se soc. zařízením a širokým zázemím pro pacienty i personál, přímo navazující na tradici oddělení 20. Specializuje se na léčbu alkoholismu a patologického hráčství mužů. Oddělení 25 se 49 lůžky navazuje na oddělení 22 pro léčbu chronických alkoholiků, kteří by nezvládli režimovou léčbu na oddělení 24. Oddělení 24 a 25 jsou v gesci primariátu MUDr. Škopkové. Detenční oddělení 1 v primariátu MUDr. Šupiny mimo jiné slouží k léčbě pacientů se soudně nařízenou ochrannou léčbou, odvykacích stavů a psychóz. Léčba závislosti žen probíhá na oddělení 26 se 16 lůžky v primariátu MUDr. Fajta (130 let, 2010).

V roce 2018 MUDr. Škopková odchází po 60 letech z Psychiatrické nemocnice Dobřany. Ovšem ne na odpočinek. Stále jeden den v týdnu ordinuje v psychiatrické ambulanci. V posledních dobřanských letech předala vedení primariátu MUDr. Evě Navrátilové a z pozice zástupce primáře se již naplno věnovala jen pacientům na oddělení 24.

V únoru 2021 vede primariát V a jeho oddělení 1, 24 a 25 pro léčbu alkoholismu a patologického hráčství mužů v nezměněné podobě MUDr. Eva Navrátilová. Oddělení 26 pro léčbu žen vede pověřený primář MUDr. Peter Neupauer.

## 5.4 RESERPIN – POČÁTKY ANTIPSYCHOTICKÉ LÉČBY V ČR

Tato kapitola s bakalářskou prací a adiktologií zdánlivě nesouvisí a je uvedena z následujících důvodů:

Paní doktorka Škopková (osobní rozhovor, 20. 10. 2020) se o Reserpinu opakovaně zmiňuje. V počátcích jejího působení v Psychiatrické léčebně Dobřany, jako o zázraku v léčbě psychiatrických pacientů obzvláště schizofreniků a MUDr. Škopková je nejen odbornicí na léčbu závislostí, ale i psychiatr, a léčba i jiných psychiatrických nemocí k jejímu pracovnímu životu patří.

– Léčba psychotických stavů patří i do repertoáru znalostí adiktologů. Akutní toxické a alkoholické psychózy mají stejnou léčbu jako psychózy jiné etiologie. A malá exkurze do počátků této léčby snad bude příjemným mezioborovým osvěžením.

- Reserpin byl experimentálně použit i v léčbě alkoholismu
- Reserpin byl použit ve výzkumu endogenních a alkoholických depresí

*„Reserpin byl ohromný zlom. Lék, který změnil tvář psychiatrie. Pacienti, kteří se dřív zabalovali do mokrých prostěradel, různě svazovali, aby se utlumil neklid, byli najednou zklidnění.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 20. 10. 2020)*

*„Pacient Š. M. nar. 1929 v ústavu 4 roky, z nichž poslední 2 roky ve stavu*

*je ve stálém stuporu, nejlí, musí být krmen, pomočuje se, je trvale v lůžku, po 4. dnu Serpasilu dn., začíná mluvit, jí sám a po dvou měsících léčby je členem pracovní skupiny jako veselý, společenský člověk.“* (Hanzlíček, L. 1956, s. 53). Serpasil Ciba je obchodní název švýcarského preparátu s účinnou látkou reserpinem, pozn. Autora

Počátky moderní antipsychotické léčby u nás spadají do poloviny 50. let. Konkrétně Hanzlíček (1956, s. 51) uvádí první použití v Dobřanech v březnu 1955. Dříve byla používána léčba elektrošoky a inzulínové šoky s klinickou a subklinickou dávkou (Wilczkowski, E. 1957, s. 217). Štěpánek (1962, s. 125) uvádí stav v Psychiatrické léčebně Jihlava před rokem 1959, kdy zde byla zahájena léčba reserpinem a chlorpromazinem takto: Ze 42 schizofreniček v léčebně podstoupilo v minulosti 10 léčbu inzulínovými kómaty, 34 mělo elektrošokovou léčbu, 10 horečnatou, po 3 spánkovou a pneumošokovou, 2 pituitrinovou a u dvou byla dokonce v letech 1947-48 provedena lobotomie.

Za první moderní preparát v léčbě schizofrenie a psychotických stavů je považován chlorpromazin, který je známý díky Formanovu oscarovému filmu *Přelet nad kukaččím hnízdem*. Chlorpromazin dříve v ČR známý pod obchodním názvem Largactil, dodnes používaný pod současným názvem Plegomazin, patří mezi typická antipsychotika a do skupiny fenothiazinů. Vyvinutý v roce 1950 původně jako antihistaminikum. Od roku 1954 používán v antipsychotické léčbě.

Do stejného období patří dnes takřka neznámý lék Reserpin. Reserpin je účinná látka a také obchodní název českého preparátu Reserpin Spofa vyráběného od roku 1957. Původní švýcarský lék se jmenoval Serbasil Ciba.

Reserpin je alkaloidem izolovaným z rostliny *Rauwolfia Serpentina*, odtud také původní označení těchto léků do skupiny Rauwolfinika. Účinků této rostliny původem z Indie se v tamním léčitelství využívalo již od starověku k léčbě hadího uštknutí. Domorodý název této rostliny je *Pagla-Ka-Dava*, rostlina proti šílenství. V Evropě je o ní první zmínka roku 1755 v Rumpfově herbáři *Herbarium amboinense*. *Indian Medical Journal* uvádí v roce 1931 článek Sena a Bose o možnostech využití této rostliny k léčbě. V roce 1949 Vakil zveřejňuje první pojednání o antihypertenzním účinku *Rauwolfie* v *British Heart Journal*. Laboratoře farmaceutické firmy Ciba v Basileji se od 40. let intenzivně zabývají výzkumem Rauwolfinových alkaloidů a v roce 1952 je alkaloid reserpin uveden na trh pod obchodním názvem Serpasil Ciba (Jerie, 2007).

Reserpin je naprosto revolučním lékem hned ve dvou zdánlivě nesouvisejících oblastech medicíny. Psychiatrie a kardiologie. Coby sympatolytikum snížením působení sympatiku a následnou převahou parasympatiku má sedativní účinky, způsobuje miózu, zvýšenou salivaci, motilitu střev a periferní vazodilataci. Mechanismus účinku je v protražované depleci katecholaminů a serotoninu s rychlejším vyplavováním dopaminu. Krom antipsychotického a celkově zklidňujícího účinku působí také následkem periferní vazodilatace významné snížení krevního tlaku (Jerie, 2007).

Reserpin jako první účinné antihypertenzivum u nás zveřejnili Brod a Fencel (1955). Dříve používanou léčbu hypertenze popisují doslova: „*je málo či pochybně účinná, anebo je účinek provázen nežádoucími a často i toxickými příznaky.*“ V závěrech svého výzkumu uvádějí normalizaci krevního tlaku u poloviny pacientů. A lepší výsledky léku Rivadescin, výrobce Giuliny Ludwigshagen, který obsahuje směs rauwolfiniových alkaloidů než u čistého alkaloidu Reserpinu v preparátu Serpasil Ciba. Dovoz Rivadescinu byl zřejmě ojedinělý, neboť později již v české literatuře uváděn není a o jeho použití v české psychiatrii není nic známo. Polák a Menčík (1956) naopak dřívější léky popisují jako „*již osvědčené a vyzkoušené*“. Na 44 pacientech provedli výzkum s použitím 9 léků a 10 placebo. Reserpin v závěru uvádějí mezi dvěma nejúčinnějšími. Kučera (1957) ve své studii s ambulantní léčbou Reserpinem a Serpasinem uvádí 52% úspěšnost. Neshledal rozdíl mezi oběma preparáty. Jako vedlejší příznak uvádí u 5 pacientů ze 107 psychické poruchy, z nichž u 2 musela být pro silnou depresivní ataku ukončena léčba. Depresivní symptomatologie po podávání Reserpinu u dříve psychicky zdravých jedinců byla předmětem pozdějších výzkumů. Reserpin pomáhal při psychotických stavech a paradoxně u některých, dříve zdravých lidí, spouštěl významné deprese (Vojtěchovský, Ryšánek & Vítek, 1964). Vedlejší účinky Reserpinu od již zmíněných depresí, melancholií i sebevražedných úmyslů přes ucpaní nosu, ospalost, neklid, vlčí hlad, až po průjem s částečně dařilo řešit zaváděním nových derivátů původního alkaloidu (Ripka, 1963). Zajímavostí, pro dnešní dobu nemyslitelné, jsou hodnoty krevního tlaku pacientů před léčbou Reserpinem uváděnou všemi autory často nad 200 torrů systolického tlaku a před Reserpinem byla takřka neřešitelná. Kučera (1957) uvádí pacientku, které nijak nepomohla ani vagotomie. Léčba hypertenze Reserpinem byla významná až do nástupu betablokátorů v 70. letech. Dodnes je na trhu preparát Crystepin kde je reserpin účinnou složkou spolu s dalšími (Jerie, 2007). V psychiatrii je již obsoletní.

Reserpin v psychiatrii je dnes uváděn jako dysforikum (Dvořáček & Kalina, 2015, s. 364), neuroleptikum a antipsychotikum (Jerie, 2007), dříve jako neuroplegikum (Štěpánek, 1962) a ataraktikum (Bílý, 1957). Všechny tyto označení popisují vlastnosti alkaloidu reserpinu, pro které byl tak ceněn a způsobil spolu s chlorpromazinem převrat v psychiatrii. Celkové uklidnění, snížení afektivního napětí, odstranění, nebo zásadní potlačení halucinací a bludů, potlačení anxiety, zlepšení kontaktu, socializace, řešení stuporózních stavů. „Serpasilentium“ tak nazvali stav v psychiatrických léčebnách po zavedení Serpasilu ve Švýcarsku (Jerie, 2007). Štěpánek (1962) popisuje dříve nemyslitelnou věc. 20 pacientek ze 42 léčených Reserpinem, se mohlo zúčastnit autobusového zájezdu a navštívit zámek a muzeum bez rušivých příhod. Všichni jmenovaní a mnozí další autoři své doby 50. a 60. let popisují zavedení Serpasilu a Reserpinu jako obrovský psychiatrický milník. Nejen znovuprobuzení katatonických pacientů a zlepšení života ostatních v různých stupních schizofrenie, ale i milník pro personál léčeben, kdy najednou mnozí pacienti začali být soběstační a mnozí mohli být dokonce posláni propuštění do ambulantní léčby (Bílý, 1957). Léčba

Serpasilem u nás začíná v roce 1955, tedy již tři roky po uvedení na trh což je pro čerstvě nastoupivší komunistický režim dost nepříznačné, bylo třeba jej dovážet za drahocenné devizy ze Švýcarska, ale již v roce 1957 začíná jeho, zřejmě licenční, výroba v Národním podniku Spofa pod názvem Reserpin. Wilczkowski (1957) popisuje jeho zavádění ve stejném roce v Polsku, kdy zpočátku si jej příbuzní pacientů sháněli sami od známých v zahraničí. V počátcích léčby v ČR je také několikrát popisován nedostatek preparátu a nutnost ukončit léčbu, nebo nemožnost navýšit dávky. Při dávkování je zpočátku vycházeno ze zahraničních studií a klinickým výzkumem ihned na pacientech je zjišťován účinek v závislosti na dávce a čase, ale již v roce 1959 vycházejí centrální metodické pokyny k užití Reserpinu (Štích, 1959). V roce 1958 je Reserpin a chlorpromazin ústředním bodem v Psychiatrické konferenci v Plzni. Přednášené a diskutované práce uspořádal Vencovský (1958).

A na závěr této kapitoly slíbený přímý vztah Reserpinu a adiktologie:

Reserpin a alkohol, konkrétně vztah Reserpinu k endogenním a alkoholickým depresím je důkladně zpracován ve výzkumu Vojtěchovského et al. (1964). V první části je výzkum založený na vedlejších účincích Reserpinu u psychicky zdravých osob. U 8–20 % byla pozorována sklíčenost, deprese i suicidální myšlenky. Výzkum tento vztah obrací a všimá si, že pouze Reserpin (v době výzkumu) je schopen navodit stav čistě podobný endogenní depresi bez euforizační a manické složky. A na tomto podkladě je zkoumána patogeneze depresí. Reserpin působí neurohormonálně skrze depleci katecholaminů a serotoninu autoři tudíž vyvozují, že i endogenní deprese je působena stejným mechanismem. Druhá část výzkumu je věnována farmakodynamickému působení etylalkoholu na depresivní symptomatiku chronických alkoholiků. Konkrétně zda alkohol působí depleci neurotransmiterů stejně jako alkaloidy Rauwolfie. Práce si všimá také působení chronického abúzu alkoholu na hypertenzi. U alkoholiků se, stejně jako u pacientů léčených Reserpinem pro hypertenzi, v daleko menší míře vyskytuje zvýšení krevního tlaku statisticky úměrné věku. Alkohol zřejmě působí jako protektivní antihypertenzivum. Samotný výzkum působení alkoholu na mechanismus neurotransmise probíhal u 46 pacientů Pražské záchytné stanice, kdy byly v průběhu 12 hodin vždy po 4 hodinách stanovovány v moči metabolity serotoninu a katecholaminů. U pacientů bylo zohledněno rovněž počet přijetí na záchytné stanici. A porovnání proběhlo se stejným počtem dobrovolníků bez dlouhodobého abúzu alkoholu. Výsledky jednoznačně vyvozují stimulační účinky na sekreci katecholaminů u všech zkoumaných osob. Hladina adrenalinu a noradrenalinu je nejvyšší po skončení příjmu alkoholu a poté postupně klesá. U vlivu alkoholu na sekreci serotoninu výzkum podal zajímavé výsledky. U 89 % chronických alkoholiků byly zaznamenány výrazné odchylky od normálu nad i pod kontrolní skupinu. 1/3 alkoholiků měla při přijetí takřka neměřitelnou hladinu serotoninu, na druhé straně byl zaznamenán přibližně dvojnásobný výskyt velmi vysokých hodnot serotoninu při přijetí oproti kontrolní skupině. Výzkum zkoumal i exkreci serotoninu a opět zaznamenal vždy ve 4. hodině buď mimořádné zvýšení, nebo

naopak snížení produkce serotoninu. Po 8. hodině se sekrece stabilizovala. Práce na závěr shrnuje, že alkohol má vždy vliv na zvýšení produkce katecholaminů. U serotoninu zaznamenává dva extrémní typy odpovědí. Takřka nulové hodnoty a minimální tvorbu, nebo naopak extrémní hladinu serotoninu oproti kontrolní skupině a výraznou novotvorbu v průběhu detoxikace. Dle tohoto výzkumu má tedy alkohol výrazný vliv na neurotransmitery.

Možnostmi experimentální léčby alkoholismu Reserpinem se zabývá krátká práce Zahradníka (1976).

Adiktologickou perličkou jsou dvě následující práce:

*Vliv kokainu na protizánětlivý účinek Reserpinu* (Lenfeld, Marek & Tikal, 1973) a *Srovnání vlivu LSD a Reserpinu na vyprazdňování žaludku potkanů* (Višňovský, Grossmann & Pribyš, 1972).

Reserpin je v psychiatrii dnes již obsoletním lékem. Potlačení nežádoucích účinků švýcarská farmaceutická firma Ciba částečně vyřešila po vynálezu Ritalinu s účinnou složkou metylfenidátem, dodnes nepřekonaným lékem na ADHD, se silně vyjádřenou dopaminergní složkou. Jeho spojením s Reserpinem vznikl Serpatonil, ale s nástupem moderních psychofarmak Reserpin ustoupil nové léčbě. Revoluce, kterou přinesl v léčbě hypertenze, a společně s chlorpromazinem v psychiatrii, je mimořádná.

## **5.5 ANTABUS – HISTORIE FARMAKOLOGICKÉ LÉČBY ALKOHOLISMU V ČR**

*„Chemická láčba tetraethylthiuramdisulfidem (antabus) jest současně nejdokonalejší léčbou této narkománie, a u nás – stejně jako v jiných státech – jest prováděna hromadně a úředně (u nás ve formě státní protialkoholní antabusové akce).“* (Vencovský & Reisich, 1951)

Antabus, obchodní název léku pocházející ze dvou slov: anti a abuse, jež plně vyjadřují jeho použití. Chemicky se jedná o tetraetyltiuramdisulfid, který působí inhibičně na aldehyddehydrogenázu a blokuje degradaci acetaldehydu na kyselinu octovou při odbourávání alkoholu. Při přítomnosti alkoholu v organismu tato inhibice způsobí zastavení jeho metabolismu aldehyddehydrogenázou a zvyšující se hladinu acetaldehydu s nepříjemnými symptomy: zčervenání, tachykardie, dyspnoe, migréna, palpitace, nauzea, bolesti na prsou a další.

Objev účinků disulfiramu jak píše Cvek (2018) patří k serendipitám – objevům v důsledku šťastné náhody. Syntetizován byl v roce 1881 Grodským. Posléze začal být používán při vulkanizaci v gumárenství. První zmínku o vztahu disulfiramu a alkoholu, nauzeu gumárenských dělníků po požití alkoholu, publikuje roku 1937 lékař E. E. Williams v Journal of American Medical Association. Lékařsky se disulfiram začal využívat koncem 40. let ve Švédsku k léčbě svrabu. Reakce s alkoholem byla objevena náhodou, když se lékaři Hald a Jakobsen

v Dánsku rozhodli, po úspěchu se svrabem, využít disulfiram k léčbě střevních hlístů. Zkoušky prováděli na sobě a náhodou zjistili potíže s konzumací alkoholu popsané již roku 1937. Za objevem stála náhoda. Využití k léčbě došlo až roku 1947, kdy dánský psychiatr Martens – Larsen jako první aplikoval disulfiram alkoholikům. Od roku 1949 se začíná vyrábět pod názvem Antabus (Kragh, 2008).

Již následujícího roku je rychle rozšířen do celého světa pod různými obchodními názvy: Antabus, Antaethyl, Exhoran, Kontrapot, Refusal, Abstinyl, Aversan, Espéral a v Československu pod názvem Stopetyl (Widermannová, 1956). V Československu se začíná aplikovat velmi rychle. Widermannová (1956, s. 32) zmiňuje jeho zavedení do léčby v Psychiatrické klinice Olomouc už roku 1949. Velmi záhy jsou také vypracovány pokyny pro jeho dávkování. A pod názvem Státní antabusová akce – směrnice pro provádění (1950) uvedeny v chod. Antabus je také předmětem intenzivního výzkumu (Strelčuk, 1953).

Mechanismus a průběh léčby Antabusem popisuje Skála (1987, s. 73) za využití Disulfirametanolové reakce (dále DER). Jde o averzivní, někdy popisovanou jako senzitivizující, léčbu za využití negativní reakce při požití alkoholu při předchozí medikaci Antabusem. Antabus zabrání degradaci metabolitu alkoholu – aldehydu a jeho hromadění v organismu má mnohé nepříjemné účinky. Úkolem této léčby je „zošklivit“ alkohol a zafixovat podmíněnou reakci: požití alkoholu = velmi nepříjemný stav. Dle Skály (1987, s. 76) je v ústavních podmínkách u Apolináře podáváno 200 mg dříve a po dvou týdnech přistoupeno k DER. Den před provedením je jednorázově podáno 800 mg. V rámci samotné DER je podáno pacientům 0,5 l piva to je cca 12 g alkoholu. Terapie je prováděna skupinově. Je vyvolána silná reakce na alkohol. Je-li reakce příliš silná je pacient uložen na lůžko, podán kyslík, antihistaminika, adrenalin a pacient je observován. V ambulantních podmínkách je vyvolání DER dle obdobného schématu. Následuje udržovací, nejlépe roční, léčba. Antabus má být podáván ve zdravotnickém zařízení, nejlépe při souběžné psychoterapii. Nesmí být svěřen do rukou členů rodiny. Pomalý poločas rozpadu a kumulativní efekt umožňuje nepodávat jej každý den. Postačí 2x – 3x týdně. Současná doporučená dávka je 700–1400 mg týdně (Antabus, 2011).

Na vedlejší účinky při léčbě Antabusem upozorňují mnozí autoři již od začátků jeho aplikace pacientům. Správné by asi bylo říci - vedlejší účinky neslučitelné s léčbou, protože samotný účinek Antabusu je založen na reakcích, které jsou u jiných léků považovány za nežádoucí. Příbalová informace dnes prodávaného preparátu v ČR Antabus 400 mg/tbl, výrobce Kemwell AB, Uppsala, Švédsko (Antabus, 2011) obsahuje tyto nežádoucí účinky: ospalost, únava, nauzea, vomitus, zápach z úst, svědění kůže, halucinace, deprese, slabost svalů, porucha funkce jater, porucha vidění. Ovšem to jsou vedlejší příznaky bez požití alkoholu, který je v průběhu léčby přísně kontraindikován. Mnozí pacienti i přes opakovanou edukaci a DER terapii, dnes již obvykle pouze senzitivizující, kdy se alkohol nepolyká, jen čichá, se požití alkoholu nevyvarují.

První závažný případ interakce alkoholu a Antabusu v Československu

popsali Vencovský a Reisich (1951). Autoři v krátké kasuistice referují případ 30letého dělníka, který neunesl psychicky sexuální nátlak hrbaté sestry své manželky a rozhodl se skončit život rychlým vypitím 0,5 l koňaku, vědom si následků při probíhající antabusové medikaci. Byl zachráněn. Ač jde o kuriózní suicidální pokus, antabusová reakce byla příčinou vážného stavu pacienta.

Klapetek (1953) píše: Při pozdní a neúplné pitvě muže léčeného Antabusem byla vyslovena domněnka, že dotyčný zemřel následkem interakce Antabusu s alkoholem. Antabus je dle Klapetka nevhodný k léčbě dipsománie.

Psychotické komplikace při léčbě Antabusem v Olomouci detailně popisuje Widermannová (1956). Během dvou měsíců roku 1953 došlo k těžkým psychotickým stavům u tří pacientů. Podrobně popsáno v kasuistikách. Widermannová toto připisuje „vadné“ šarži Stopetylu. Z 995 pacientů léčených Stopetylem od roku 1949 do roku 1953 udává tuto komplikaci u čtyř pacientů.

Psychotické komplikace při léčbě Antabusem v Psychiatrické léčebně Dobřany shrnuje Škopková (1973).

Postřehy o duševních poruchách vyvolaných Antabusem v Polsku shrnuje Lewkowski a Jagiello (1972).

Rozsáhlou kasuistiku zvláštní kombinace otravy metylalkoholem a reakce se Stopetylem líčí Widermannová (1957). Pacientka uvádí počátek abúzu alkoholu do II. Světové války, kdy coby ošetřovatelka v berlínské nemocnici dostávala pravidelně alkohol k lepšímu snášení náletů. V roce 1943, po návratu do Prahy, první hospitalizace pro podezření z morfinismu. Roku 1945 iatrogenní abúzus, ošetřující lékař jí alkohol předepsal na astmatické záchvaty. Následuje období střídání zaměstnání, bydliště a prohlubující se degradaci osobnosti. Roku 1954 je třikrát na nucené léčbě, bezvýsledně. V červenci 1955 přichází s dušností na interní kliniku, vyšetřena, konstatována pouze hyperventilace a propuštěna. Týž den odpoledne pro neustálé suicidální stesky v zaměstnání, opět převezena na kliniku a přijata v 19:30. Ve 21:30 umírá. Následná pitva, v Ústavu soudního lékařství Olomouc, konstatuje otravu methyalkoholem se stopetylovou reakcí. Widermannová vyvozuje závěr, že šlo o dipsománii u které i přes důkladnou edukaci nelze, pro naléhavost a nutkavost pití, vyloučit abusus alkoholu při léčbě Stopetylem.

Smrtelnou kombinaci alkoholu a Antabusu na Slovensku referuje primář Psychiatrické kliniky Nemocnice v Nitře Miššík (1972). Další smrtelný případ na Slovensku je popsán anesteziologem Beresíkem (1988).

Fraňková, Adamec, Trunečka, Špičák a Ročeň (2007) referují o kasuistice muže, u kterého se po dvou měsících užívání Antabusu rozvinula akutní toxická hepatitida. Následovalo rychlé jaterní selhání a transplantace jater. Autoři zveřejňují málo publikovanou a dříve zpochybňovanou hepatotoxicitu Antabusu.

Nutno ovšem Antabusu přičíst i velké množství pacientů, kterým dopomohl k abstinenci. Ve své době byl nejpoužívanějším lékem v léčbě alkoholismu. Z

dalších možno jmenovat Apomorfin – k averzivní léčbě používán od počátku 20. století. Pro mnohé vedlejší příznaky a kontraindikace je stejně, jako Emetin vytlačen Antabusem.

Za zmínku stojí i u nás používaná léčba Metronidazolem (Miššík, Bohonová & Turček, 2017).

Dnes již překonanou a úsměvnou je pokus o behaviorální léčbu elektrošoky v Nitře (Bohoňová, 1983).

Opomíjenou je i možnost léčby alkoholismu a jiných závislostí hypnózou. Čapoun, Jurasová a Juráš (1979) uvádějí výhody hypnoterapie: Odpadají vedlejší účinky léků, nejsou známy kontraindikace použití, intenzitu averzní reakce lze regulovat, hypnózou se navozuje nejen averze vůči látce, ale přímo ovlivňuje i emoční složku, je aktivována volní složka a lze působit přímo na jádro osobnosti. Hypnoterapie je stabilnější a dlouhodobější než léčba emetiky. Autoři provedli výzkum se 156 pacienty léčených hypnózou a kontrolní skupinou, které byl podáván apomorfin. Výsledkem je soubor subjektivních a měřitelných objektivních projevů averze, kdy hypnóza měla jednoznačně hlubší a déletrvající účinky. Rok a déle od léčby abstinovalo 48 % pacientů léčených hypnózou a jen 23 % léčených Apomorfinem.

V rozsáhlé monografii Klinická hypnóza věnuje Kratochvíl (2009) kapitulu 21 léčbě závislostí hypnózou. K dalším nadstavbovým přednostem oproti emetikům zmiňuje možnost potlačování bažení hypnózou. Na mnoha souborech kasuistik a výzkumů jiných autorů dokládá efektivnost hypnoterapeutické léčby. Léčba hypnózou má ovšem jedno úskalí a tou je hypnabilita pacientů. Ne každého pacienta lze uvést do dostatečně hluboké hypnózy.

V současné době je díky novým preparátům, schopným přímo ovlivňovat bažení na neurohormonální bázi, Antabus již ustupujícím lékem v léčbě alkoholismu, ale objevují se nové studie o jeho možnostech v onkologii (Cvek, 2012). V roce 2016 byla provedena velká srovnávací studie více než 5 000 sloučenin k jejich možnostem ovlivnění Boreliózy. Vítězem je Antabus (Pothineni et al., 2016).



## 6 PRAKTICKÁ ČÁST – MUDR. HELENA ŠKOPKOVÁ

Praktická část mapuje samotný život a dílo MUDr. Heleny Škopkové. Je uskutečněna na podkladě obsáhlého, bezmála čtyřhodinového rozhovoru s MUDr. Helenou Škopkovou z 30. 10. 2020, pořízeného přímo pro tuto práci, který byl pečlivě transkribován a studován. A z rozhovorů a setkání autora s paní doktorkou předcházejících, kdy autor se opírá pouze o svou paměť, pečlivě vážil, co je vhodné použít a nikdy necitoval, co nebylo zaznamenáno pro vyloučení chyb formálních, obsahových a pocitových.

### 6.1 DĚTSTVÍ A DOSPÍVÁNÍ

Životní příběh Heleny Škopkové začíná 13. července 1937 v Telči. V prvních letech života bydlela s rodiči na malém hospodářství prarodičů z matčiny strany. Posléze tatínek, strojní inženýr, vystudoval techniku v Brně, stal se tajemníkem francouzského ředitele ve Škodových závodech a rodina se odstěhovala do Plzně (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020). Paní doktorka zde studuje základní školu a gymnázium, a ve volném čase se věnuje atletice. Výborných výsledků dosahuje při běhu na krátké a střední tratě. Láska k atletice a ke sportu jí budou provázet celý život i profesní. V roce 1951, po smrti babičky, se maminka ujímá vedení statku v Telči a paní Škopková se ve 14 letech začíná starat o domácnost tatínka a dvou mladších bratrů v Plzni. O prázdninách pomáhá společně s bratry mamince na statku. *„K manuální práci jsem byla vedena maminkou, která byla přísná až tvrdá.“* (Vítek, 2018).

### 6.2 STUDIUM MEDICÍNY

*„Žádný vážný zájem o medicínu jsem neměla. Oba bratři se stali inženýry. Takže já jsem se vymkla z té rodiny, kde žádný doktor v příbuzenstvu se široko daleko nevyskytoval. A říkala jsem si v tom roce 1952, to byly takové ty kritické roky, že to studium medicíny nemusím ani dokončit, a také v rodině to bylo tak bráno. Něco se dozvím o zdravém těle, a o zdraví, a pro ženskou by to mohlo být fajn do života, když pár věcí z té zdravotní vědy získá. Ale vůbec to nebylo myšleno vážně, že tu medicínu dostuduju. Až v momentu, kdy jsem opravdu začala, mě to zajímalo víc a víc a ani mě nenapadlo potom tu medicínu nějakým způsobem ukončit, a naopak ctižádost mě hnala.“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Studium medicíny, ani další životní události, které nakonec vedly k celoživotnímu poslání – léčbě alkoholismu, nebylo původním přáním a úmyslem paní doktorky Škopkové. A jako mnoho věcí v jejím životě bylo dílem okolností a náhody, chceme-li dílem „Vyšší moci.“

V roce 1952, kdy doktorka Škopková dokončila gymnázium, se studenti nehlásili přímo na jednotlivé vysoké školy, ale napřed byla rozmisťovací komise.

*„U té komise po maturitě byly takzvané pohovory, ve kterých mne nutili,*

*abych šla do Prahy na architekturu. Protože jsem studovala na gymnáziu větev zaměřenou na matematiku a deskriptivní geometrii.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Vzhledem k péči o domácnost tatínka a bratrů, maminka se musela starat o statek v Telči, nechtěla paní doktorka Škopková odejít do Prahy. A vybírala ze tří vysokých škol v Plzni.

*„K technice samotné, ač tatínek byl inženýr, jsem vztah nenašla. A pedagogická se mi absolutně nelíbila.“ (Škopková, H., osobní rozhovor 30. 10. 2020)*

A vylučovacím způsobem, přes doporučení rozmisťovací komise, nakonec zůstalo studium medicíny v Plzni. Příjímací zkoušky v té době byly pouze formou pohovoru o všeobecných znalostech. Žádné testy a prověřování středoškolských znalostí.

*„Ptali se mě na takové věci jako domácí léčitelství. A protože jsem měla bohaté zkušenosti s babičkou, která sbírala bylinky a léčila bylinkami, takže jsem jakési znalosti z tohoto oboru měla, a ty jsem uplatnila u té přijímací zkoušky. Jinak si nepamatuju, že by se mne ptali na nějaké podstatné věci. Byl to takový neformální pohovor.“ (Škopková, H., osobnostní rozhovor, 30. 10. 2020)*

### **6.3 ZAČÁTKY V DOBŘANECH**

První setkání paní doktorky Škopkové s Ústavem choromyslných v Dobřanech se uskutečnilo v dubnu roku 1943 po náletu spojenců. Omylem místo Škodových závodů bombardovali Ústav choromyslných. Uspořádání areálu, rozmístění budov, z výšky letadla připomíná půdorys továrny a ústav je nedaleko od Plzně. Tehdy ovšem coby devítiletá dívka ještě netušila, že zde stráví 60 let svého profesního a část osobního života.

*„Po náletu na Dobřany jsme se tam s rodiči jeli podívat jako na atrakci. Dobřany byly v pohraničním pásmu, kde byli Němci. Z vlaku se smělo vystupovat jenom v Chlumčanech a kolem zadní části, dnes pitevna a sklady, jsme přicházeli po silnici a dívali se na ty dohořívající trosky, které z toho zbyly. A tehdy se rozutekli ti pacienti, kteří tam byli, do polí a nemohli je pochytat, protože to bylo všechno kolem samý kráter. Bylo to v době, kdy byla válka a Dobřany byly německé. A já byla malá holka, bylo mi devět.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Ukončení studia medicíny předcházelo o rok dříve v roce 1957 rozhodnutím vdát se.

*„Komunistický režim měl své limity, podle kterých se řídil, a já jsem nepatřila do vybrané skupiny lidí, kteří mohou zůstat v Plzni. V roce 1957 už jsem dva roky chodila s budoucím manželem a věděla jsem, že teda pakliže budu svobodná, tak určitě rozmisťovací komise bude upřednostňovat naše umístění do Tachova, Chomutova, Ústí, Děčína a podobných lokalit. Kde byl nedostatek lékařů. Takže jsem se v roce 1957 vdala, abych byla vázaná na manžela, který v té době pracoval na vysoké škole strojní, strojní fakultě, jako asistent. Chodili jsme spolu skoro tři*

*roky. Takže jsme se dohodli, že to trošku urychlíme. Takže jsme se vzali, a tím pádem jsem měla jakousi malou šanci, že se dostanu blíž k Plzni.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Po promoci v roce 1958 dostala paní doktorka Škopková od rozmisťovací komise na výběr mezi dalším studiem zubního lékařství v Plzni a Psychiatrickou léčebnou v Dobřanech. Zubní lékařství se v té době nestudovalo zvlášť, bylo součástí všeobecné medicíny a po jejím dokončení následoval jednoroční kurz.

*„U rozmisťovací komise jsem nebyla připravená, že to bude přesně takhle. Tak jsem běžela za manželem na techniku a říkala jsem „Prosím tě, co mám vzít?“ A on mi řekl „Vem ty Dobřany. Z těch zubů oni tě stejně potom pošlou někam jinam, jakmile to absolvuješ.“, protože to bylo takové přeškolení během jednoho roku a pak je rozesílali do určitých krajů. „Vem ty Dobřany, ty jsou blízko.““ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Společně s paní doktorkou Škopkovou nastoupilo na umístěnku do Dobřan 6 jejich spolužáků. 5 posléze odešlo a zůstal doktor Sedláček. Lékař těžce postižený obrnou, proběhlou v době studií medicíny. Budoucí primář na geriatrickém oddělení.

*„A pak jsem tam teda nastoupila, krátce vdaná, a se mnou nastoupili všichni ti, kteří měli asi podobné úmysly – za čas se někam vytratit. A zůstali jsme tam potom já a pan doktor Sedláček. Byl určitou dobu primářem na geriatrii, ale velmi rychle zemřel na zhoubný nádor. Takže jsem tam zůstala z těch šesti sama.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

V době nástupu paní doktorky Škopkové byly následky bombardování sanovány. Poškozené budovy srovnány se zemí a některé opraveny. Rozložení pokojů a zázemí bylo, ale ještě původní.

*„V té době byla úplně jiná situace, protože ta oddělení byla tak zařízená, že to byly ohromné sály, kde bylo na jednom pokoji 30, 35 pacientů. Lůžka natěsnaná jedno vedle druhého a prostředkem procházel personál. Hygiena byla v rohu místnosti, kde před ostatními člověk vykonával svoji potřebu, to byly podmínky, které na počátku 60. let byly už nedůstojné pro jakékoli zdravotnické zařízení, ale trvalo hrozně dlouho, než se to všechno podařilo.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

V roce 1958, v době nástupu paní doktorky Škopkové do Dobřan, už zde byla po válečných turbulencích zaběhnutá Psychiatrická léčebna. Vždy několik oddělení zastřešeno primariátem s primářem v čele a jedním, dvěma sekundáři. Doktorka Škopková začínala na příjímacím oddělení, kde byla primářkou MUDr. Kohútová. Postupně do roku 1964 obešla všechna oddělení léčebny, aby se připravila na atestaci. Všechny kromě protialkoholního, které vůbec nepatřilo do sféry jejích zájmů. V této době se maximálně věnuje rodině.

*„Práci na psychiatrii jsem v té době brala jako nutnost. Odbýt si těch 8 hodin té směny a pak domů. Práci psychiatra jsem vykonávala ledabyle, dá se říct.“*

*Udělal jsem, co se muselo, vyšetřila a mazala domů. Nadšení se nekonalo. V momentu, kdy jsem odešla z práce a přišla domů, tak jsem zapomněla, že jsem doktorka a věnovala se rodině.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Ze služeb na různých odděleních vzpomíná paní doktorka Škopková na geriatrii jako na naprosto otrěsný zážitek, kde byla hluboce nešťastná. Naopak velmi pozitivně hodnotí nástup moderní antipsychotické léčby, kdy po době lobotomie, elektro a inzulínových šoků, nastupují psychofarmaka Reserpin a Chlorpromazin. V době jejího příchodu do Dobřan je to zaváděná léčba. Může sledovat rozkvět pacientů a proměnu celých oddělení a celé léčebny.

*„Reserpin byl ohromný lék, který změnil tvář psychiatrie. Velmi výrazně. Byl to ještě pravěk víceméně a všichni byli nadšení, jak se ta oddělení zklidňují. V Dobřanech ho zahájil Hanzlíček. Éra reserpinové léčby.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

První období paní doktorky Škopkové v Dobřanech. Putování po odděleních. Končí rokem 1964 složením první atestační zkoušky.

#### **6.4 RODINNÝ ŽIVOT V LÉČEBNĚ**

Nástup paní doktorky Škopkové do Psychiatrické léčebny v Dobřanech vyřešil manželům Škopkovým i rodinnou situaci s bydlením. Nevůle maminky paní doktorky se sňatkem a manželův původ z šumavské vesničky Horosedly, kde vyrůstal s devíti sourozenci, znemožnilo manželům bydlení u rodičů, a bytů v té době byl obrovský nedostatek. Byla jim přidělena jedna místnost v ubytovně léčebny, dnešní oddělení 26. Posléze dostali ještě jednu nepropojenou místnost se zvláštním vchodem ze společné chodby ubytovny. Sem se narodil první syn. Voda a toaleta byla na chodbě. Po 4 měsících mateřské dovolené paní doktorka Škopková nastupuje zpět do práce. Syna v té době hlídala najatá zdravotní sestra v důchodu. Asi po dvou letech dostávají přidělen v rámci léčebny byt 2+kk, poté byt 4+1. Do rodiny přibývají další dvě děti. Dcera a syn. Na rozhraní let 68/69 manželé Škopkovy kupují dům v Plzni.

*„Děti byly v Dobřanech nadšené a hrozně nám to vyčítali, když jsme se v roce 1968 rozhodli odstěhovat, protože dojížděl manžel, dojížděly děti do školy a na kroužky do Plzně. Tak jsem říkala, tak to otočíme a pojedou já a koupíme něco v Plzni.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

S koupí domu se posléze vyskytly nečekané velké starosti. Vše bylo řádně zakoupeno a prověřeno právníky, ale do hry vstoupila smrt majitele ½ domu a plná moc dcery, majitelky druhé ½, její emigrací ztratila platnost. Socialistický stát neuznal emigrantku coby dědičku a již zakoupený a zaplacený podíl vzal coby odúmrtí za svůj majetek. Situace se přes mnoho soudů řešila 10 let, kdy manželé Škopkovi museli splácet půjčku na již zaplacenou polovinu domu, který jim najednou nepatřil a stát jej chtěl znovu zaplatit. Skrze členství v krajském protialkoholním sboru, který měl každý měsíc porady v Praze, se zástupci všech ministerstev získala paní doktorka Škopková kontakt na náměstka ministra

spravedlnosti a celá věc se po 10 letech vyřešila zmírněním tvrdosti zákona.

Tím ovšem normalizační tlak po roce 1970 nekončil. Před rokem 1968 mohla paní doktorka Škopková vyjíždět na mezinárodní kongresy v kapitalistické cizině a manželova kariéra na Západočeské univerzitě se slibně rozvíjela. Po normalizaci byl konec mezinárodním kongresům a manžel se stal asistentem v dílnách univerzity. V roce 1990 přišlo zadostiučinění, byl jmenován prezidentem Havlem profesorem. V letech 1994-2000 byl děkanem Fakulty strojní Západočeské univerzity. Na druhou stranu paní doktorka Škopková hodnotí dobu před rokem 89 jako čas, kdy měl stát propracovanou a ucelenou koncepci v léčbě závislostí. Byly používány na svou dobu progresivní metody. Každý okres měl plně funkční AT ambulanci s návazností na síť léčeben a reverzně po ústavní léčbě měl pacient možnost v těchto ambulancích se doléčovat. Fungovala krajská a celostátní koordinace a spolupráce napříč ministerstvy. Manželé přesto nikdy nepomýšleli na emigraci.

*„Ne, ne, to by mě ani ve snu nenapadlo. Já jsem nebyla ten typ, abych mohla žít v cizině. V té době 68 hromadně emigrovalo asi 8, nebo 10 lékařů z Dobřan.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Se třemi dětmi pomáhala najatá zdravotní sestra.

*„Já jsem vždycky na zavolání odjela z práce na kole, nakojila jsem dítě a zpátky do práce.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Paní doktorka Škopková zmínila také dobu před jejím nástupem, kdy bylo zvykem, že lékaři měli k ruce pacienta, který jim pomáhal a vedl domácnost.

Dle jejích slov celá rodina velmi ráda vzpomíná na šťastnou dobu strávenou bydlením v areálu léčebny. Dětství uprostřed nádherného parku skýtajícím mnohá dobrodružství.

## **6.5 PROTIALKOHOLNÍ ODDĚLENÍ**

Na protialkoholní oddělení 20 vedené primářkou MUDr. Jindrou Novou nastupuje z rozhodnutí tehdejšího ředitele Němečka MUDr. Helena Škopková v srpnu 1963 proti své vůli. V té době byla primářka MUDr. Nová na mateřské dovolené a zastupovala jí MUDr. Patrová. Na oddělení pracoval ještě MUDr. Jiří Matoušek. K oddělení ještě patřily takzvané kolonie (oddělení 22, 23, 24, 25), kde se zaměstnávali pacienti zejména prací na zahradě a na statku, který v té době k léčebně patřil. Primářka Nová již byla rozhodnuta z osobních důvodů odejít do léčebny Lnáře a MUDr. Škopková se měla připravit k převzetí oddělení pod jejím vedením. MUDr. Škopková na oddělení nastoupit nechtěla a byla k tomu v podstatě ředitelem donucena.

*„Přes protesty mého manžela, který se ředitele snažil přesvědčit, že tuto práci dělat nechci, abych jí dělat nemusela, jsem musela nastoupit, a tak v srpnu 1963 jsem vyšetřila svého prvního alkoholika.“ (Škopková, 1982a, s. 43)*

Po 1. atestaci v roce 1964 se MUDr. Škopková stává asistentkou na

protialkoholním oddělení 20 a přichází několik zlomových momentů. Primářka Nová odchází do Lnář a posléze, po sňatku s Němkou, odchází doktor Matoušek do legální emigrace do NSR. MUDr. Škopková se účastní svého prvního letního sjezdu abstinujících pacientů a shledává, že i tato práce dává smysl. Přichází první přednáška pro pacienty, a podle jejích slov do té doby z plaché mladé ženy, z lékařky po úspěchu přednášky, padá tréma a MUDr. Škopková najednou v práci na protialkoholním oddělení nalézá zalíbení. Práce s těmito pacienty začíná naplňovat její život a pomalu se z laxní lékařky stává nadšenec protialkoholní práce.

*„Začala jsem se zajímat o ty lidi a já byla tak zblblá, to jsme pořád ještě bydleli v Dobřanech, že jsem večer, když děti už spaly, tak jsem běžela na to oddělení a tam jsem seděla s těma pacienty a vykládala. Prostě jsem tam chodila každý večer, jako blbec. Sbírala jsem osudy těch lidí a žila jsem tím.“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Na popud MUDr. Matouška se také MUDr. Škopková přihlásila z vlastní iniciativy na mezinárodní kongres v Oslu v roce 1965. Na tento sjezd MUDr. Škopková vzpomíná následovně:

*„Tenkrát jsem zjistila, že tam, do Osla, pořádá Skála zájezd se svými bývalými abstinujícími pacienty. Jeli jsme tam tenkrát lodí přes Kodaň a bylo to moc veselé.“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Na kongresu v Oslu nejen lépe poznává docenta Skálu, ale hlavně se seznamuje s generálním ředitelem Mezinárodního úřadu boje proti alkoholismu – International council on alcoholism and addictions v Lausanne, jímž byl pan Archel Tongue (Tongue, 1984), s nímž navazuje dlouhodobou spolupráci a pracovní přátelství, na jehož podkladě se poté zúčastňuje celé následující řady mezinárodních adiktologických kongresů. Na řadě z nich MUDr. Helena Škopková také přednášela. Záhřeb, Bělehrad, Osiek, Milán, Paříž, Amsterdam, Leningrad, Helsinky, Praha. Spolupráce na mezinárodní úrovni pod záštitou Archela Tongua probíhá bez problémů až do doby normalizace na začátku 70. let. Na kongres do Londýna, kde měla MUDr. Škopková přednést stěžejní referát o vedlejších účincích používání Antabusu, už jí komunistickou stranou nebylo dovoleno vycestovat a ani na žádný z následujících mezinárodních kongresů. MUDr. Škopková se po roce 1989 dozvěděla ze svého spisu, který na ní vedlo STB, jméno kolegy, lékaře, konfidenta STB, na jehož podkladě jí byly znemožněny další cesty do zahraničí. Od počátků své práce na oddělení 20 se MUDr. Škopková také účastní veškerého protialkoholního dění v České republice. Všech seminářů, kongresů a setkání na národní úrovni, které bylo v té době soustředěno kolem docenta Skály a Apolináře. S docentem Skálou navázala dlouholeté pracovní přátelství. Velmi si váží jeho práce, ale slepě nepřejímá apolinářský způsob léčby. Po letech praxe a zkušeností si nakonec našla vlastní modifikovanou cestu k léčbě alkoholismu.

V době nástupu doktorky Škopkové na protialkoholní oddělení 20 již zde byl zaběhnutý poměrně tvrdý režim a oddělení pod vedením primářky Nové bylo plně zaběhnuté a fungující. Po odchodu primářky Nové do Lnář primariát přebírá

MUDr. Šmolík a doktorka Škopková se plně začíná věnovat práci na oddělení a teď už „svým“ pacientům. Kromě běžné agendy a práce lékaře zmiňuje MUDr. Škopková několik dalších aspektů, které považuje za důležité. Jsou zde uvedeny bez ohledu na pořadí. Všechny je v rozhovoru vidí jako důležité.

Smysluplná pracovní terapie. V 60. letech ještě k léčebně patřil statek, ve kterém pacienti pracovali a pacienti protialkoholního oddělení pracovali i v podnicích mimo léčebnu a za svou práci dostávali zapláceno. V průběhu léčby tak mohli dostávat kapesné, část jejich výdělků byla použita k úhradě léčby a část si našetřili k odchodu z léčby.

Mimo programové aktivity pacientů za účasti lékaře, nebo dalších členů personálu, prakticky nad rámec jejich pracovních povinností a programu.

*„Jo, takže jsem je vždycky zblblá pro něco. Někam se pojedete. My jsme pořád cestovali. Celé léto jsme se chodili koupat. Chodili jsme do řeky, chodili jsme do Stíše. Zařídili jsme si brigády, třeba česat třešně do Snopoušova. Já jsem je pořád někam tahala, protože mě to bavilo, a za druhý úplně jinak se navázal kontakt s tím člověkem na tom výletu, nebo pochodůku. Tam jste s nimi mluvila jako rovný s rovným, a ne jako s nějakým pacientem, který měl takovéhle, nebo onaké problémy. Ale dalo se tam leccos otevřít.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

K těmto hodinovým a jednodenním aktivitám od koupání v řece po pochodové cvičení a výlety patřily i několikadenní zájezdy mimo léčebnu. Obvykle spojující návštěvu jiné léčebny v republice s další aktivitou. Návštěva zámku, výstavy, pamětihodností, výlety po okolí. Takto opakovaně pacienti protialkoholního oddělení v Dobřanech navštěvovali jiné léčebny a mohli se seznamovat s léčbou a pacienty jinde. Přínosné to bylo i pro všechny ostatní zaměstnance oddělení. Toto se mohlo dít díky „vynálezu“ paní Prusíkové, hlavní sociální pracovnice, která zavedla v léčebně „konto 0“. Z příjmů všech pacientů léčebny, výplaty, nemocenská a další příjmy se odkládal úrok z výnosů na toto zvláštní konto, aniž by byly samotné vklady dotčeny. Tyto peníze se potom používaly na kulturní akce pro celou léčebnu. Od promítání filmů pro všechny pacienty, přes pořádání kulturních akcí, koncertů až po výlety a zájezdy jednotlivých oddělení. Kdokoli si požádal na smysluplnou akci, a byly k dispozici peníze, byl vyslyšen a mohl jí uspořádat.

*„Ruka Páně přes konto 0 byla otevřená a my jsme je mohli čerpat. Takže když jsem řekla, pojedete se na zájezd, tak se jelo na zájezd.“ (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)*

Tato možnost čerpat prostředky na aktivity pacientů z konta 0 běžela až do roku 1989. Poté se již nikdy žádný zájezd pacientů ani z jiných oddělení neuskutečnil.

Práce s rodinami pacientů, k nimž patřily pravidelné rozhovory lékaře a sociální pracovnice s rodinou – manželkou pacientů během léčby, ale i po léčbě. A zejména každoroční sjezdy abstinujících pacientů na oddělení, které zavedla

primářka Nová a MUDr. Škopková v nich pokračovala až do roku 1989. Rok, co rok, se v létě sešli abstinující pacienti na dva dny na oddělení a poté společně se stávajícími pacienty obvykle odjeli všichni společně někam na zájezd. Se změnou poměrů a se zánikem konta 0 skončila i tato možnost každoročního setkávání. Přínosné bylo pro všechny. Minulé i stávající pacienty, ale i pro všechny personál. Utvrzení v nastoupené cestě abstinence, zjištění, že to lze, odměna za náročnou práci.

Kontakt s pacienty i po léčbě. Pacienti, kteří o to stáli, si mohli po léčbě s MUDr. Škopkovou dopisovat. Je to vlastně forma intenzivního doléčování s lékařem, kterého pacient zná a důvěřuje mu.

V roce 1970 přichází na protialkoholní oddělení psycholožka Marta Samková, CSc. a stává se velkou oporou doktorky Škopkové až do svého odchodu v roce 1989. Přichází po turbulentním roce 1969, kdy zcela změnila svůj postoj ke komunistickému režimu a do Dobřan je vlastně „uklizená“. Vytváří s MUDr. Škopkovou terapeutický tandem a paní doktorka na ní velmi ráda vzpomíná.

*„Já jsem pak byla ta přísná, ta zlá, a Samková byla ta hodná, chápající.“* (Škopková, H., osobní rozhovor. 30. 10. 2020)

Psycholožka Marta Samková se práci na oddělení také plně věnuje, a v průběhu času publikuje o své práci zde několik prací. (Samková, 1973, 1974, 1978, 1979 a, 1979 b, 1979 c, 1980, 1982) Psycholožka Samková vypilovává režim léčby, který je v Dobřanech používán takřka až do současné doby.

Na koci 60 let dochází také k celorepublikovému zřizování ambulantních protialkoholních poraden (Jindřich, 1970) a MUDr. Škopková se posléze stává krajskou koordinátorkou těchto poraden. Má tak mimo jiné možnost „dohlížet“ na své bývalé pacienty a být v kontaktu s ambulantní praxí v celém kraji.

V roce 1969 po druhé atestaci z psychiatrie se MUDr. Škopková stává primářkou protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany. Stávající oddělení je rozděleno, a MUDr. Škopkové připadá už jen opravdu protialkoholní oddělení 20 s režimovou léčbou a oddělení 22 pro chronické a nespolupracující alkoholiky. Ostatní původní kolonie 23, 24 a 25 připadající k protialkoholnímu oddělení přebírá stávající primář MUDr. Šmolík jako rehabilitační pro všechny pacienty léčebny. Uspořádání na oddělení 20 a 22 umožňuje primářce MUDr. Heleně Škopkové mimo jiné i částečně se vypořádat s nutností léčit nařízené léčby, kterým se oddělení z mnoha důvodů dlouhodobě brání. Převážně jde o naprosto nespolupracující pacienty, kteří podstatně narušují léčbu ostatních pacientů. Pacienti, kteří narušují chod oddělení 20 s režimovou léčbou, jsou přesunuti na oddělení 22, kde již nenapáchají tolik škody. Popřípadě, při vážném narušování léčby i na jiná uzavřená oddělení léčebny. Například detenční oddělení 1. Na téma nucené léčby pacientů po dlouhodobém výkonu trestu publikuje MUDr. Škopková vícero prací, kde se zabývá takřka nemožností účelně tyto pacienty léčit a donutit je proti jejich vůli ke změně. Naopak narušování léčby ostatních pacientů je takřka



destruktivní.

V roce 2008 po rekonstrukci pavilónů 24 a 25 dochází ke stěhování oddělení v původním uspořádání jen v jiných objektech. Pavilon 24 režimová léčba, 25 chroničtí alkoholici. MUDr. Škopková se stává zástupcem primáře a plně se věnuje svým pacientům na oddělení 24. V roce 2018 po 60 letech z Psychiatrické nemocnice Dobřany odchází, ale dodnes jeden den v týdnu léčí pacienty ambulantně.

12. 6. 1968 dochází na protialkoholním oddělení 20 k události, která následně ovlivní způsob léčby doktorkou Škopkovou. V tento den na oddělení umírá pacient po podání Antikolu (jeden z obchodních názvů Antabusu). Antabus je k léčbě pacientů v Psychiatrické nemocnici Dobřany používán od počátků protialkoholního oddělení. Je zaveden už MUDr. Rubešem. Doktorka Škopková si ve svých pracích opakovaně všímá jeho vedlejších účinků. Událost podrobně popsal MUDr. Jiří Smolík (1969). Pacient neměl před započítím podávání Antikolu žádné závažné kontraindikace. Po proběhlé antabusovo-alkoholové reakci pacient upadá do bezvědomí a rychle mu klesá krevní tlak. Přes rychlý zásah lékaře a podávanou medikaci pacient upadá do kómatu a puls a tlak se stává neměřitelným. Zahájena resuscitace. Pacient umírá. Pitevní zpráva uvádí příčinu smrti: *Signa insufficientiae cordis acutae*. A základní onemocnění: *Alcoholismus chronicus Stopethylocuratus*. *Status thymicolymphaticus: Thymus persistens ponderis 5 gr. Reactio ethalcohol-Stopethylica recens (clinici scriptus)*. Zbývající tablety byly podrobeny SUKL chromatografií a shledány vyhovujícími. Z dnešního pohledu se zdá úmrtí pacienta v přímé souvislosti s podávanou léčbou jako skoro nemyslitelné, obzvláště když toto nebezpečí bylo již známo, ale například docent Nevole (1960, s. 374) uvádí smrtnost v dobřanské léčebně na komplikace terapie 6,6 % u pacientů do 40 let. V letech 1954 až 1959 na samotnou léčbu zemřelo 33 pacientů. Jak říká doktorka Škopková: *„tenkrát se to tak nebralo.“* Tato událost ale doktorku Škopkovou hluboce poznamenala a v následujících letech po svém nástupu na primariát úplně ukončila používání Antabusu v dobřanské léčebně. Na rozdíl třeba od Apolináře, který pouze přešel od ochutnávání alkoholických nápojů k jejich čichání. Své poznatky s reakcí na Antabus vystoupila také na kongresu v Amsterdamu.

*„Na základě toho jsem úplně zrušila podávání Antabusu. Pak už jsem ho nikdy nedala. Jestliže chce někdo abstinovat, tak může, a tu berličku nepotřebuje. Ta berlička bude fungovat třeba jen půl roku a pak to stejně bude na něm.“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Na základě této události a svého osobnostního přesvědčení přestává MUDr. Helena Škopková používat jakoukoli podpůrnou léčbu a kromě život ohrožujících stavů prakticky nemedikuje.

*„Je třeba, aby se tím nepříjemným stavem protrpěli. Protože už si to pamatují, jak to ten organismus trápilo. Medikace pryč, všecko. V tom jsem byla zásadní odpůrce toho, aby se jim ulevovalo práškama, prášečkama. Usnadňovalo se jim to odvykání. Tvrdě! Tvrdě!“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Stejný přístup má MUDr. Škopková i k použití antidepresiv během ústavní léčby. Dle jejích slov, za dobu svého působení v tomto oboru nepotkala žádného, nebo maximálně dva pacienty, kterým by se po důsledné dlouhodobé abstinenci deprese neupravily. Použití antidepresiv v průběhu ústavní léčby, kdy je pacient neustále pod dohledem zdravotnického personálu nedává jeho mozku možnost nastartovat ozdravný proces znovunastavení produkce a využití serotoninu. Medikace toto potlačí a oddálí. V chráněném prostředí lze i skrze nepohodu a jisté utrpení pacienta, od dysforie po depresi, tento proces znovu pomalu nastartovat. O medikaci lze hovořit až po odchodu z léčby v případě neustávajících potíží i přes průkaznou dlouhodobou abstinenci, či v případě suicidálních tendencí. Ale to už se opět jedná o život ohrožující stav, jako v případě delirantních a predelirantních stavů, kdy je medikace v plném rozsahu na místě.

V případě nejnovějších anticravingových preparátů má MUDr. Škopková stejný pohled. Jsou to v podstatě berličky, které konečné řešení jen oddálí. Po skončení jejich užívání, bažení stejně přijde. Ale na rozdíl od Antabusu, jejich užívání neohrožuje pacienta na životě ani v kombinaci s užitím alkoholu, a několika pacientům, kteří si to přáli, tyto léky předepsala.

K fenoménu dnešní doby „kontrolovanému pití“ má MUDr. Škopková jednoznačný postoj. Člověk, který má rozvinutou závislost, už se nikdy kontrolovaně pít nenaučí. Má to jednoduchou logiku: Pokud by to uměl, nestal by se závislým.

*„To se nedá takhle podštrejchnout, a odsud už to zase půjde. Váš organismus bude takhle fungovat, protože jste dospěl do určitého stupně a nedá se s tím nic dělat. Viděla jsem statisíce lidí, někteří se o to pokoušeli, někteří po určitou dobu uspěli, ale nakonec znovu podlehli všichni! Nejde to!“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

U pacientů, kteří ještě nemají rozvinutý syndrom závislosti, ale jen škodlivé užívání alkoholu doktorka Škopková říká: *„Jestli zkouší kontrolovaně, fajn, ale s rizikem, že do toho spadne a nevím, co mu to přinese.“*

K otázce souběžné léčby alkoholismu, či jiné primární závislosti, zároveň se závislostí na nikotinu má MUDr. Škopková, ač sama zapřisáhlá nekuřačka a sportovkyně, jednoznačné stanovisko:

*„U nás v rodině nikdo nikdy nekouřil. Nikdo z rodičů, sourozenců, nikdo si nezapálil cigaretu. Ale nijak speciálně jsem pacienty nemotivovala. Přednášku jsem jim udělala, to jo, ale abych je nějak zvlášť speciálně motivovala, to ne. Skála to dělal. Já jsem si myslela, že už takhle toho mají dost na řešení. Kouření se samozřejmě sledovalo, a bodovalo, když to bylo v nepovolenou dobu, ale nebylo to, abychom je nutili přestat. Nepodlehla bych současným módním trendům. Bojovat se dvěma draky nelze!“* (Škopková, H., osobní rozhovor, 30. 10. 2020)

Docent Skála (1988, s. 131) zavedl u Apolináře plně nekuřácký režim v roce 1980 pod názvem SONET. Systém odvykání a nekuřáckého tréninku. Jak sám píše,

po dvou letech byl Sonet v Apolináři zrušen. V současné době je pod vedením MUDr. Popova a MUDr. Mašlániové v Apolináři opět zaveden plně nekuřácký režim. Skála (1988, s. 129) popisuje použití substituce nikotinu v podobě žvýkaček s lobelinem – alkaloid podobný nikotinu. Popov a Mašlániová používají substituci v podobě náplastí s nikotinem, ale jen první měsíc léčby. Podobně, jako Škopková je i Mgr. Kuda zastáncem postupného řešení a jen v případě, pokud si to pacient bude přát. Tedy nenutit ho přestat kouřit proti jeho vůli a už vůbec tím nepodmiňovat jeho možnost léčit se z primární závislosti. Čas ukáže, zda současný novodobý apolinářský experiment, kdy jsou pacienti nuceni k nekouření, bude úspěšný. Buď bude mít Apolinář frontu pacientů a plný pořadník na měsíce kupředu, pacientů, kteří se budou těšit na vyřešení všech závislostí najednou. Nebo bude u Apolináře prázdno a pacienti raději vyhledají méně drastický způsob léčby.

MUDr. Škopková také vzpomíná na všechny své kolegy, bez jejichž pomoci by se uzdravování pacientů nekonalo. Od sester, přes ošetřovatele až po kolegy lékaře, kteří se ale bohužel z rozhodnutí ředitelů na oddělení střídali častěji, než mohl některý z nich zakotvit. Ve velmi negativní konotaci ve svém rozhovoru zmiňuje jednoho ošetřovatele, který byl na oddělení dosazen komunistickou stranou, a v podstatě jí měl hlídat. Tento ošetřovatel byl nekompetentní, a v průběhu své práce na protialkoholním oddělení opakovaně pil (Vítek, 2018).

Od své druhé atestace se MUDr. Helena Škopková také stává soudním znalcem v oboru psychiatrie, a vzhledem ke svému působení je nejčastěji soudy vyzvána k vypracování posudků na závislé pacienty. V případě činů spáchaných pod obrazem alkoholové, nebo toxické psychózy zastává jednoduchý názor. V případě první ataky, a pokud dotyčný ještě nebyl léčen, nemůže dopředu predikovat hloubku a možnou závažnost psychózy a svého jednání v tomto stavu. Ale v případě opakovaných psychóz, nebo pokud byl léčen, způsobil si tuto psychózu dobrovolně a mohl očekávat následky, které již zažil, nebo o nich byl v průběhu léčby řádně poučen, a tudíž je za své jednání plně odpovědný i přes probíhající psychotický stav. Příčinou jeho psychotického stavu je jednání, které ovlivnil svou nezměněnou vůlí.

## **6.6 PUBLIKAČNÍ ČINNOST**

Celá publikační činnost je uvedena v přehledném souhrnu přílohy této práce Bibliografie MUDr. Heleny Škopkové.

Pro větší přehlednost je v této kapitole dále rozdělena do pěti okruhů dle příbuznosti témat.

### **6.6.1 Nezařazené**

V roce 1974 publikuje MUDr. Škopková (1974 d) ve Zdravotních novinách článek Protialkoholní péče v Polské lidové republice. V článku popisuje pracovní výjezd pracovníků dobřanské léčebny do spřátelených léčeben ve Wroclawském vojvodství a strukturu práce s alkoholiky v Polsku. Na rozdíl od Československé republiky je naprostá většina léčeb v Polsku nařízená, dobrovolných léčeb je jen zlomek. Léčba může být nařízená až na dva roky.

*„Organizace léčby, jak jsme ji poznali, vyžaduje spíše zásah právníka než psychologa. Proto také všude právník pracuje. Překvapilo nás však, že jsme se nikde nesešli se sociální pracovníci.“* (Škopková, 1974 d)

V článku Schopnost řídit motorová vozidla a abúzus alkoholu MUDr. Škopková (1986 b) poukazuje na nutnost urychlené novelizace zastaralého nařízení z roku 1963 a na nutnost sjednotit přístup v této oblasti. Předkládá vlastní návrh na řešení s odkazem na mezinárodní konferenci ve Stockholmu v roce 1984, která se touto problematikou zabývala. Základní otázka zní, zda trestat, anebo léčit.

### **6.6.2 Efektivita, katamnesticke zhodnocení léčby**

Tříleté katamnesticke zhodnocení pacientů léčených na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany v letech 1962–1965 publikuje MUDr. Škopková opakovaně (1966, 1967, 1968). Zajímavý je posun ve zhodnocení těchto výsledků, kdy v prvním článku je postoj k nucené léčbě ještě vcelku smířlivý: *„Závislost na trestné činnosti před léčbou nebyla prokázána. Bylo dosaženo velmi dobrých výsledků i u pacientů opakovaně trestaných“* (Škopková, 1966). Ale v práci publikované v roce 1968 již zhodnocení těchto výsledků je méně smířlivé k nucené léčbě: *„I pacienty posílané na protialkoholní léčení podle § 72 je možné léčit společně s dobrovolníky, jsou-li podrobiví a ochotni se ukáznit“* (Škopková, 1968). Přitom výsledky výzkumu jsou stejné: Dobrovolná léčba 39 % abstinujících, Nucená léčba podle §72 23,9 % abstinujících. Nucená léčba z nařízení ONV 11,2 % abstinujících. Tento výzkum byl také publikován v prestižním British Journal of Addiction (Škopková, 1967).

Článek z roku 1970 (Škopková, 1970 a) hodnotí výzkum efektivity léčby za šestileté období 1962-1968. Dobrovolná léčba 26,2 % abstinujících pacientů. Nucená léčba §72 má výsledek 13,6 % abstinujících. A zhodnocení už vůbec není smířlivé k nucené léčbě:

*„Tak se stává, že do protialkoholních zařízení jsou posíláni na základě § 72 disociální a mnohokrát trestaní psychopati. Těžké poruchy osobnosti, defekty, agresivita, to vše působí velmi rušivě na ostatní alkoholiky a jejich léčbu. Nejsou vzácné případy, kdy ochranné protialkoholní léčení bylo navrženo šestkrát i vícekrát, aniž by se někdo zajímal, s jakým výsledkem lze v budoucnu počítat.“* (Škopková, 1970 a)

Tento postoj MUDr. Škopkové k nucené léčbě společně s dobrovolnou se již v budoucích pracích a postojích nemění a zůstává konzistentní.

Článek z roku 1972 (Škopková & Regnerová, 1972) hodnotí výsledky léčby za období 1967-1969. Dobrovolná léčba 26 % abstinujících. §72 9 % abstinujících. Výměr ONV 14 % abstinujících.

Článek z roku 1974 (Škopková, 1974c) uvádí: V letech 1960-1970 se v Dobřanech léčilo 2 473 alkoholiků. S odstupem nejméně jednoho roku abstinuje 339 z nich. Razantně klesl počet přijímaných nucených léčeb. Článek mimo jiné sleduje suicidia odléčených pacientů – 7 %.

Článek z roku 1975 (Škopková & Regnerová, 1975) uvádí census k 23. 4. 1974. Z výsledků lze uvést následující: 1543 lůžek v celé léčebně Dobřany. 40 lůžek na oddělení 20 a 20 lůžek na oddělení 22 (chronické) pro léčbu alkoholismu. Poprvé bylo hospitalizováno 43,3 % alkoholiků. Z donucení léčeno 27,6 % alkoholiků. Pouze 1/3 osob s diagnózou alkoholismus je léčena na specializovaném oddělení 20 a 22, ostatní jsou rozptýleni na jiných odděleních.

Článek z roku 1978 (Škopková, 1978) podrobně a obsáhle hodnotí výsledky léčby za období 1973-1975. Souhrnem uvádí toto: Dobrovolná léčba 42,5 % abstinujících. §72 21,7 % abstinujících. ONV 33 % abstinujících.

Článek z roku 1981 (Škopková, 1981) uvádí census k 20. 12. 1979. Z výsledků: Celkem 294 alkoholiků tj. 18,3 % všech léčených. Z toho 14 žen – 1,9 % ze všech hospitalizovaných. V roce 1974 to bylo pouze 15,5 % alkoholiků ze všech pacientů.

Článek z roku 1986 (Škopková, 1986 a) se souhrnně zabývá efektivitou nařízených léčeb. Opakovaně shrnuje velké počty pacientů, kteří na nařízenou léčbu nenastupují a blokují tak lůžka a administrativní personál s korespondencí se soudy. Efektivitu léčby těchto osob vidí velmi nízkou a rozebírá osobnostní rysy kriminálních recidivistů.

*„Pokračování v léčbě osob, které léčbu v zásadě odmítají a budou odmítat (a jsou trénované na nejrůznější praktiky podsvětních živlů), je pro naše zdravotnická zařízení nadále téměř neúnosná.“* (Škopková, 1986 a)

Publikované články hodnotí výzkum v efektivitě léčby na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany. Ve všech je vidět výrazně nižší efektivita nedobrovolné léčby. Smířlivý postoj v prvním článku k této smíšené léčbě, dobrovolné a soudně nařízené, se u MUDr. Škopkové rychle mění.

### **6.6.3 Nucená protialkoholní léčba**

Výzkumné zhodnocení efektivitě nucené a dobrovolné léčby bylo podáno v předchozích člancích. Následující práce jsou již zaměřeny čistě na nucenou léčbu.

Článek z roku 1970 (Škopková, 1970 b) shrnuje historii právního zakotvení nucené léčby alkoholismu od roku 1948. Dále uvádí, že pro alespoň trochu efektivní nucenou léčbu by bylo zapotřebí 1 terapeuta na 5 nuceně léčených.

*„Psychická zátěž terapeutů je při léčbě delikventních alkoholiků tak značná, že by vyžadovala poměr jednoho terapeuta na 5 pacientů.“* (Škopková, 1970 b)

Článek z roku 1974 (Škopková, 1974 a) si opět souhrnně všimá neefektivnosti nařízené léčby a podrobně rozebírá důvody.

*„Většina alkoholiků je přesvědčena, že trest nebyl přiměřený jejich nepatrnému přestupku a pobyt v ústavu z přinucení považují za nepřijemný dodatek trestu a jeho neúměrné prodloužení.“* (Škopková, 1974 a)

Další článek z roku 1974 (Škopková, 1974 b) je souhrnem předchozího

článku, ale více si všímá relativně nového protialkoholního léčení během výkonu trestu. Odhaduje úspory oproti léčbě ve zdravotnickém zařízení až po skončení trestu na bezmála 100 000 Kčs na jednoho vyléčeného alkoholika během výkonu trestu.

Článek z roku 1976 (Škopková, 1976) zkoumá dále možnosti léčby již v průběhu trestu. Metodika byla rozpracována pracovníky protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny v Dobřanech již v roce 1962, ale teprve v roce 1967 byl návrh schválen vládou a potom dlouho experimentálně zkoumán na Pankráci. V době napsání článku existovalo v ČSSR 8 týmů provádějících léčbu alkoholismu již v průběhu trestu. Dále článek uvádí ještě stále 321 osob, které měly být léčeny v Dobřanech za poslední 4 roky. K těmto 321 osobám bylo třeba sepsat 2316 soudních přípisů, protože 244 z nich opakovaně na léčbu nenastoupilo, a nakonec se o jejich osud nikdo nezajímal.

Článek z roku 1982 (Škopková, 1982 b) shrnuje všechny spisy, rozsudky a usnesení založená ad acta za posledních 10 let před napsáním článku. Založeno bylo 548 případů a sepsáno k nim 3400 přípisů. Za tuto dobu 10 let bylo realizováno 268 soudních léceb. Spisy jsou vždy nakonec založeny soudem ad acta a o nerealizované léčby se potom nikdo nestará. Z 268 nastoupených soudních léceb uvádí MUDr. Škopková 2/3 pacientů v jakékoliv formě léčby neovlivnitelné, někdy zcela nezvladatelné.

*„Situace ve zdravotnických zařízeních neumožňuje provádět kvalitní převýchovu osob, které nucenou léčbu nastoupily, protože většina těchto osob je pro léčbu v těchto zařízeních zcela nevhodná. Efektivita tohoto druhu léčby je proto velice malá.“* (Škopková, 1982 b)

Poslední článek na téma nucené léčby je z roku 1987 (Škopková, 1987 b). Poukazuje na nedodržování rozkazu ministerstva spravedlnosti z roku 1983, jednacím soudním řád 106, který nařizuje provádění ochranné protialkoholní léčby ve zdravotnických zařízeních pouze u trestů kratších osmi měsíců. Ostatní mají být provedeny již v průběhu trestu. Ale v praxi je v roce 1986 těchto nařízených léceb pouze čtvrtina. Dále shrnuje důvody popsané již v předchozích člancích.

*„Většina psychiatrů, zabývajících se ústavním ochranným protialkoholním léčením, má zkušenost se skupinou primárních sociopatů se sekundárním alkoholismem, která představuje velice svéráznou skupinu osob, ve zdravotnických zařízeních vysoce problémových.“* (Škopková, 1987 b)

Ve všech publikovaných člancích MUDr. Helena Škopková shrnuje neefektivnost nařízených léceb. Obrovskou administrativní zátěž spojenou s nenastoupenými léčbami, které nakonec vždy vyzní do ztracena. Řešení pro celou republiku nabídlo protialkoholní oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany již v roce 1962. Teprve v roce 1967 se léčba již v průběhu trestu začala zkoušet. Právní předpis o nenařizování léčby ve zdravotnickém zařízení u trestů delších než 8 měsíců přichází teprve v roce 1983, tj. 21 let od prvního dobřanského návrhu, a

stejně nebyl v praxi soudy dodržován.

#### **6.6.4 Alkoholické psychózy, deliria a epilepsie**

Dalším velkým okruhem výzkumu a publikační činnosti MUDr. Heleny Škopkové jsou změněné stavy vědomí způsobené alkoholismem. Zde je třeba zmínit, že až do roku 1989, dle jejích slov, bylo součástí léčby alkoholismu v Psychiatrické léčebně Dobřany také návštěvy a služby u delirantních pacientů.

První články na toto téma publikuje MUDr. Škopková (1972 a, 1972 b) v roce 1972. První je krátkým souhrnem autoreferátu a druhý podává podrobný obraz tehdejšího výzkumu na toto téma a vlastní poznatky z praxe na souboru 58 pacientů s alkoholovou psychózou. Z toho po pečlivém výzkumu a zhodnocení 60 % konstatováno jako halucinatorní psychózy. Ostatní jako delirantní, amentně delirantní a typická deliria. U některých případů docházelo k překryvu. Jako typické delirium tremens bylo možno označit jen 8 z 58 případů. Bílé myšky se vyskytují jen u 5 případů. Suicidálních případů v průběhu ataku paranoidně halucinatorních stavů studie uvádí 23.

Článek z roku 1975 (Škopková, 1975) sleduje a podrobně rozebírá 118 případů paranoidně halucinatorních stavů za 8 let. Uvádí mimo jiné 30 % nebezpečnost pacientů pro okolí. Nekritičnost pacientů k prožitým a zapamatovaným halucinacím je tím menší, čím méně byly halucinace fantastické a připomínaly skutečnost. Téměř u poloviny případů diagnostikována anosegnosie a amnézie. Barvitost halucinací je takřka bezbřehá. Častý je rozhovor dvou hlasů.

Článek z roku 1977 (Škopková, 1977) se velmi podrobně zabývá alkoholickou epilepsií. Na pracích světových autorů uvádí nutnost rozlišení alkoholové a prosté epilepsie a dále zkoumá četnost tohoto jevu ve světové literatuře. Ve svém vlastním výzkumu uvádí MUDr. Škopková vzorek 3283 pacientů léčených na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany v letech 1964-1975, z nichž pouze u 43 byla diagnostikována alkoholická epilepsie, tj. více než 1 %. Jedním z hlavních diagnostických kritérií je EEG beze změny a vymizení záchvatů při abstinenci.

Článek z roku 1984 (Škopková, 1984) se velmi podrobně na 11 stranách zabývá laboratorními nálezy při alkoholových psychózách. Na souboru 82 pacientů s alkoholovými psychózami a kontrolním souboru zaměstnanců léčebny byl opakovaným podrobným vyšetřením jaterních funkcí včetně biopsie jater u 15 osob o dožádání dřívějších výsledků z jejich předchozích interních léčení v jiných zařízeních, bylo zjištěno u souboru alkoholiků s psychotickou atakou poškození jater v 64 %. Výzkum také přesně specifikuje použité metody a zjištěné hodnoty.

Článek z roku 1985 (Škopková, 1985) je souhrnem předchozího článku a výzkumu a jeho porovnání s výzkumem provedeným před 12 lety (Škopková, 1972 b) Zjištěn významný vzrůst epileptických paroxysmů. Vztah mezi poškozením jater a psychózou u obou skupin zjištěna přibližně stejná přes 60 % halucinujících vykazovalo poškození jater.

Článek z roku 1991 (Škopková, 1991) se opět zabývá výzkumem alkoholické epilepsie a jeho srovnáním s výzkumem před 12 lety (Škopková, 1977) Sledováno 83 osob s epileptickými záchvaty za období 1984–1988. Z nich 37 bylo diagnostikováno jako alkoholická epilepsie. Všech 83 sledovaných pacientů přes úsilí lékařů degraduje rychleji než ostatní alkoholici s psychózami. 8 osob zemřelo. 57 osob je prognosticky infaustních, nadále masivně pije. 19 osob abstinuje od jednoho do čtyř let, jsou bez záchvatů i bez léčby. Od roku 1977 došlo ke zvýšení z 1 % na 7,1 % alkoholových epileptických záchvatů ve sledované populaci léčených alkoholiků se zachováním diagnostických kritérií.

#### **6.6.5 Komplikace při léčbě Antabusem.**

Antabusovou léčbou se zabírají pouhé dva články MUDr. Heleny Škopkové, ale pro její rozhodnutí radikálně změnit způsob léčby a jednou provždy přestat léčit Antabusem i ostatními léčivy. Nemedikace, kromě život ohrožujících stavů, se nakonec stala její nosnou strategií v léčbě alkoholismu. A hlavní těžiště léčby je posunuto na řešení vnitřního světa pacienta a posílení jeho kompetencí v abstinenci.

Článek z roku 1968 (Klik & Škopková, 1968) uvádí souhrn 13 případů psychóz naprosto nevyvratitelně způsobených podáváním Antabusu z 560 pacientů takto léčených v letech 1962-1966, tj. 2,3 %. Což rozhodně není zanedbatelné. K rozvoji psychózy není nutná reakce s etylalkoholem. U 4 pacientů ze 13 se psychóza rozvinula již po samotném podání Antabusu. Průměrná doba rozvoje psychózy od prvního podání Antabusu byla 26 dnů. Nejkratší 7 a nejdelší 47 dnů. Průměrná doba trvání psychózy byla 22 dnů u proběhlé reakce Antabus – alkohol a 35 dnů bez ní. Nejdelší doba trvání psychózy byla 72 dnů. U 2 pacientů nedošlo k úplnému uzdravení a rozvinul se obraz schizofrenie. U 2 pacientů proběhly epileptické záchvaty v přímé souvislosti s podáním Antabusu. U 7 pacientů zaznamenány suicidální tendence. U všech 13 postižených pacientů zjištěna rodinná zátěž. Rodič alkoholik, psychiatrická rodinná anamnéza, úraz hlavy. V terapii používán nejčastěji chlorpromazin. Pro vážnost stavů nutné injekční podání. Ve třech případech nutno současně podávat i subkómatozní insulin.

Článek z roku 1973 (Škopková, 1973) se v první části podrobně zabývá mechanismem účinku Antabusu, jako intoxikací kyselinou pyrohroznovou (při požití alkoholu) a jejím devastujícím účinku na již tak oslabené zastoupení vitamínů B v organismu alkoholika. Zvláště B1. Dále poukazuje na zaznamenaná úmrtí v přímé souvislosti s podáváním Antabusu ve světové literatuře. I případ úmrtí v dobřanské léčebně (Šmolík, 1969). A poté se podrobně zabývá výzkumem z protialkoholního oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany z let 1962–1970. V tomto období bylo léčeno Antabusem 1348 pacientů, z nich se rozvinul u 29 pacientů obraz antabusové psychózy. Tj. u 2,2 %, což plně koresponduje s výzkumem předešlým. Od předešlého výzkumu se průměrná doba vzniku psychózy posunula z 26 dní na 43,2 dny. Na podkladě předchozího výzkumu byla stále méně prováděna alkohol – antabusová reakce. Přesto % antabusových psychóz nekleslo. Většinu psychóz popisuje MUDr. Škopková jako vážné až hrozivé. Jeden



pacient se pokusil o suicidium skokem z okna. 19 z 29 pacientů bylo nutno přeložit na uzavřené oddělení pro těžké psychotické stavy. Práce konstatuje zkrácení průměrné délky doby trvání psychózy z 28 dnů do roku 1966 na 15 dnů po roce 1966. Nejčastější léčba se přesunula k plegomasinu. Ve dvou případech muselo být k prolomení stuporu použito EŠ (elektrošoků).

Výzkumná a publikační činnost MUDr. Heleny Škopkové je v této kapitole pro přehlednost rozčleněna do 5 samostatných souborů, které přímo kopírují okruhy jejích výzkumných zájmů. Pro svůj výzkum mohla MUDr. Škopková využít svou činnost na protialkoholním oddělení Psychiatrické léčebny Dobřany a svůj výzkum podložit nejen subjektivním pozorováním mnoha pacientů, ale i objektivními souhrnnými daty z jejich anamnéz a chorobopisů.

## **6.7 FAKTORY ÚSPĚŠNÉ LÉČBY DLE MUDR. HELENY ŠKOPKOVÉ**

Z osobních rozhovorů a prací publikovaných MUDr. Helenou Škopkovou lze vyčíst několik faktorů pomáhajících k úspěšné léčbě alkoholismu a závislosti obecně. Jsou seřazeny náhodně. Žádný z nich doktorka Škopková nevyzdvihuje, lze tedy usuzovat na jejich rovnost a důležitost jejich souhry.

- Neslibovat závislým pacientům zázrak v podobě „kontrolovaného pití“. Doktorka Škopková uvádí desetitisíce léčených alkoholiků, přičemž ani jednomu z nich se nepovedlo udržet dlouhodobou kontrolu nad pitím alkoholu. Důsledná abstinence je jediná cesta (ne cíl!).

- Nadstandardní terapeutický vztah pacienta a lékaře, popřípadě jiného člena týmu. Pacient v léčbě musí někomu plně důvěřovat a být ochoten sdílet i své nejniternější starosti a problémy. Toho nelze docílit pouhým odpracováním si svého počtu hodin. Lékař, terapeut, jiný člen týmu, musí být ochotný naslouchat i nad rámec svých povinností a pacient by v tomto člověku měl vidět vzor. Doktorka Škopková uvádí jako ideální příklad mimoústavní aktivity pacientů, kdy spolu lékař a pacient mohou jednat více jako rovný s rovným.

- Možnost účelného vyplnění i volného času v léčbě. Nadstandardní aktivity i mimo léčebnu jsou více než žádoucí. Výlet, pochodové cvičení, společné koupání, sportovní utkání atd.

- Psychoterapie je stěžejní součástí léčby a v případě MUDr. Škopkové vlastně jediná viditelná. Pacient by měl mít možnost poznat a popřípadě změnit i svou hlubokou strukturu osobnosti. Nejen se přeučit špatné návyky, ale pokud je to jen trochu možné i poznat vnitřní důvody, které jej k nim vedou.

- Pracovní terapie by měla být smysluplná. Nejen práce pro práci, ale musí dávat naplnění a radost z dobře vykonané práce. Bohužel v současné době zřejmě není možné ve zdravotnickém zařízení, aby tato práce byla odměňována, byť jen kapesným. Pozitivní motivace ve formě zaslouženě vydělaných peněz, za

kteří by i pacienti bez prostředků mohli obstarat své potřeby v průběhu léčby. Dostat postel a najít k lidskému uspokojení dlouhodobě nestačí. Vytvoření, znovuoobnovení návyku pracovat za odměnu je žádoucí.

– Povolit pacientům kouření v době kdy to není programem zakázáno. Tedy mimo povinné události a večerku. Pacienty lze vést k postupnému řešení závislostí. Napřed primární závislost, která je ohrožuje bezprostředně a teprve posléze lze řešit závislost na nikotinu. Řešit závislost na nikotinu najednou s jinou primární závislostí je nad síly pacientů a rovná se jejich týrání, byť za použití dočasné substituční léčby. Pacientům, kteří si takovou léčbu přejí již v průběhu ústavní léčby alkoholismu jí samozřejmě umožnit a podpořit je.

– Nepoužívat podpůrnou medikaci. Medikovat jen ve stavech ohrožujících život. Odvykací stav na alkoholu a benzodiazepinech a pre- a delirantní stavy. V ostatních případech nemedikovat a naopak nechat pacienta si „stavy“ odtrpět. Snadné řešení nepříjemných fyzických a psychických stavů zakládá podvědomé zakotvení, že i při příštím relapsu to bude snadné. Spadnu do toho znovu – nevádí, vždyť mi tak krásně a rychle pomohli. Naopak nepříjemné „stavy“ lze velmi dobře využít jako přirozenou averzní terapii. Toto je, ale nutné ošetřit podpůrnou edukací a psychoterapií. Pacient musí vědět, že není trestán nepodáním léků, ale fixuje si nepříjemný stav jako přímý následek užití alkoholu – drogy. V průběhu ústavní léčby pod neustálým dohledem zdravotníků není žádoucí ani podávání antidepresiv. I přes možný vyhrocený stav pacienta si jeho mozek zaslouží šanci na přirozený restart produkce a využití neurotransmiterů. Opět je třeba důkladně pacientům vysvětlit a podpořit je. Pokud možno nemedikovat pacienty ani po skončení ústavní léčby. Naopak je důkladně připravit na stavy bažení, které přijdou a vybavit je schopností jim předcházet, předvídat je a efektivně je řešit i bez použití berliček v podobě léků. Anticravingové preparáty a léčba Antabusem problém jen odloží.

– Důkladná práce s rodinou pacienta v průběhu léčby i po ní. Není třeba jen vyzvědět informace o pacientovi, ale rodinu je třeba připravit i na to co se bude dít po léčbě. Dodnes funguje mýtus o tom, že tam ho opraví a my nemusíme dělat nic. Vzájemná souhra a podpora rodiny pacienta je významný prvek v uzdravení. Naopak všeodpouštějící mateřský postoj je třeba také řešit. Vše musí být v rovnováze. Abstinující pacient si zaslouží od rodiny chválit, jeho abstinence není samozřejmost, ale naopak alespoň zpočátku tvrdé úsilí a odříkání a rodina to musí vědět. A naopak neustále recidivující pacient si nezaslouží schovávavost a omluvy svého jednání.

– Možnost nabídnout pacientům následnou léčbu lékařem, terapeutem, ke kterému pacienti mají důvěru již z léčby. Tento lékař svého pacienta důkladně zná a nemusí se s ním pracně a dlouze seznamovat a navazovat terapeutický vztah, jehož vybudování chvíli trvá, a ne vždy se podaří. Doktorka Škopková toto řešila ve své době obsáhlou korespondencí s pacienty z celé republiky, kteří o to stáli. Dnes, ve 21. století, je jistě mnoho technických možností. Ovšem pravidelné osobní

setkání je nadevše.

– Možnost potkávat se pravidelně s ostatními abstinujícími pacienty po léčbě. Dnešní opakovací, rekondiční pobyty, kdy abstinující pacient může přijet na několik, až čtrnáct dnů opakovaně do své léčebny toto plně nenahradí. Zůstává sice zachována interakce mezi minulým, abstinujícím pacientem a současným pacientem, který o léčbu teprve usiluje. Současný pacient vidí, že to lze. Minulý pacient si oživí, kam už nechce spadnout. Je zachována pozitivní zpětná vazba pro zaměstnance. Vidí, že jejich práce dává smysl. Ale chybí podstatná složka pro dlouhodobě abstinujícího pacienta. Setkání se sobě rovnými. Posílení se navzájem a možnost probrat nepřenositelné problémy a úskalí abstinence. Toto nevyřeší dostatečně ani doléčovací skupiny. Ne všichni bývalí pacienti mají potřebu setkávat se pravidelně s ostatními. Ale jednorozční setkání je pro ně žádoucí. V dnešní době by to šlo řešit snad jen domluvou několika bývalých pacientů na opakovací léčbě, ale to zase bude postrádat dostatečnou psychologickou oporu v mase abstinujících.

– Mít možnost si pacienty vybírat a nebýt nuceni přijímat pacienty se soudně nařízenou léčbou po mnohaletém výkonu trestu, kteří se vůbec léčit nechtějí a dokáží demotivovat ostatní pacienty a svým jednáním „rozložit“ celé oddělení. Taktéž mít možnost nespolupracující pacienty přeložit na jiné oddělení a tím „chránit“ soudržnost a vůli se léčit stávajícího kolektivu. Samozřejmě není možné takto řešit drobné prohřešky proti řádu, nebo dočasný, krátkodobý nesoulad dříve spolupracujícího pacienta. Přeložení na jiné oddělení ponechat jako krajní řešení. Na druhou stranu dobrý primář má bez ohledu na trendy v léčbě povinnost chránit kolektiv pacientů před rozklížením a těm, kteří to myslí vážně umožnit efektivní léčbu, ke které jistě nepatří nadpoloviční většina nespolupracujících pacientů. Posílat pacienty do léčby „včas“ nebo dokonce proti jejich vůli je jistě dobře míněná myšlenka, ale nesmí ohrožovat léčbu ostatních pacientů!

## 7 DISKUSE

Zmapování života a díla MUDr. Heleny Škopkové se ukázalo jako rozsáhlý a časově náročný úkol. Nejen vzhledem k velkému časovému období (MUDr. Helena Škopková působí na poli psychiatrie od roku 1958 dodnes), ale i vzhledem ke covidové situaci. Archiv v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech není od jara 2020 dostupný vůbec. Stejně tak jsou dlouhodobě uzavřeny všechny knihovny, kromě knihovny 1. Lékařské fakulty, a přístup k mnoha materiálům se zdál být nemožný. Nakonec se povedlo popsanou situaci částečně vyřešit zakoupením kopií článků a částí knih z vícero knihoven a díky pochopení Ústavu vědeckých informací 1. Lékařské fakulty a Vědecké knihovny v Plzni. Obě instituce umožnily meziknihovní výpůjčky a tím možnost dostat se fyzicky ke knihám z Vědecké knihovny v Plzni. Některé relevantní knihy existují již v jediném exempláři a jsou přísně prezenční. Jejich prostudování vzhledem k uzavření knihoven bylo možné jen zakoupením kopií a jejich zasláním poštou.

Díky velkému pochopení a vstřícnému přístupu MUDr. Heleny Škopkové bylo možné uskutečnit několikahodinový rozhovor. Nechat paní doktorku Škopkovou volně vyprávět a doptávat se. Na základě tohoto rozhovoru a předchozích rozhovorů bylo možné dohledat relevantní písemné materiály týkající se osob, míst a událostí, které paní doktorka Škopková popisuje. Velkým přínosem byla i její samotná rozsáhlá bibliografie kdy bylo možno se opřít o její publikované práce. A zmapovat a roztrždit do okruhů nejen její práce samotné, ale opřít děje a události z uskutečněných rozhovorů o tyto publikované práce a uvést tak vše do historických a časových souvislostí.

Stejně tak bylo možné dohledat práce osob, kolegů a kolegyně zmíněných MUDr. Škopkovou v rozhovorech a vytřídit z nich relevantní ke vztahu s MUDr. Škopkovou a léčbou alkoholismu v Psychiatrické léčebně (po roce 1989 nemocnici) v Dobřanech.

Práci chybí a jistě by byly ku prospěchu rozhovory s pacienty, které v průběhu let MUDr. Škopková léčila. Možnost porovnání způsobů léčby z různých časových období viděných očima pacientů.

Stejně tak by bylo možné uskutečnit rozhovory s kolegy, lékaři, sestry a ostatní zdravotnický personál, který se podílel na chodu protialkoholního oddělení v Dobřanech.

Bohužel vzhledem k rozsahu práce, a hlavně z časových důvodů toto nebylo možné učinit.

Práce je tak postavena hlavně na vzpomínkách MUDr. Heleny Škopkové. Na jejím publikovaném díle a na publikacích spolupracujících kolegů a pracích o nich. Stejně tak jsou brány v potaz publikované vzpomínky kolegů a kolegyně na MUDr. Škopkovou.

Práce se nesnaží jen vytvořit časovou osu působení MUDr. Heleny Škopkové. Zmapovat a seřadit její publikované práce. Ale hlavně na základě jejích vzpomínek v rozhovorech, jejích písemných pracích a pracích publikovaných spolupracovníky a současníky o dobřanské léčebně a o paní doktorce Škopkové vytvořit obraz vývoje léčby alkoholismu používaný paní doktorkou Škopkovou. Co kdy a proč používala. Proč některé metody léčby opustila a jiné naopak upřednostnila.

Práce se snažila postihnout i lidskou složku života a práce MUDr. Heleny Škopkové. Těžiště léčby alkoholismu a závislostí obecně tkví v psychoterapii a u MUDr. Škopkové toto platí dvojnásob. Na základě svých bezmála šedesátiletých zkušeností při léčbě alkoholismu zásadně nepoužívá medikaci a hlavní díl léčby vidí ve vztahu lékař, terapeut-pacient. Řečeno dnešní terminologií v psychoterapii.

## 8 ZÁVĚR

MUDr. Helena Škopková za svou více než šedesátiletou kariéru na poli psychiatrie prošla dlouhým vývojem. Od roku 1958 do roku 2018 působila v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Od roku 1963 na protialkoholním oddělení kde působila jako sekundář, zástupce primáře, primář, přednosta oddělení a posléze opět zástupce primáře. Na toto oddělení vůbec nastoupit nechtěla a stalo se tak proti její vůli na příkaz tehdejšího ředitele Němečka. Posléze však ztratila ostych a její nevěle se změnila v nadšenou práci s léčbou alkoholismu. Prošla si postupným vývojem od zakřiknuté lékařky, přes důvěřivou a pro práci zapálenou sekundářku po přísnou, ale spravedlivou primářku. V roce 1963 nastoupila na již plně zaběhnuté protialkoholní oddělení 20 vedeném primářkou MUDr. Novou. Oddělení má pevný řád a pravidla léčby, k nimž patří i léčba Antabusem. Paní doktorka Škopková se na oddělení rychle zorientuje a naplno propadá své práci, které se věnuje hodně nad rámec své pracovní doby. Začíná se angažovat i na poli mezinárodních kongresů až do doby normalizace v 70. letech, kdy je jí cestování do kapitalistické ciziny znemožněno. V celorepublikové protialkoholní práci se angažuje až do roku 1989. Je krajskou protialkoholní koordinátorkou. Od roku 1969 je primářkou a posléze přednostkou protialkoholního oddělení v Dobřanech. Od téhož roku se také stává soudním znalcem. V léčbě postupně na základě svých poznatků a výzkumů a na podkladě úmrtí pacienta se rozloučí se zavedenou praxí averzní terapie alkohol-antabusové reakce a přestane léčbu Antabusem používat vůbec. Stejně tak nepoužívá v průběhu ústavní léčby ani žádnou jinou ulehčující a podpůrnou medikaci, krom stavů ohrožujících život. Těžiště práce s léčbou alkoholismu a závislostí vidí v terapeutickém vztahu lékař – pacient bez použití medikace.

Aspekty léčby dle MUDr. Heleny Škopkové lze shrnout do několika bodů bez ohledu na pořadí:

- Závislý pacient se nikdy nenaučí kontrolovaně pít, abstinence je jediná cesta, ovšem nikoliv cíl.
- Nadstandartní terapeutický vztah lékař, terapeut-pacient je nositelem změny a základem léčby.
- Možnost účelného vyplnění volného času v léčbě.
- Psychoterapie je hlavní složkou léčby. Pacient by měl mít možnost poznat a změnit i hluboké struktury osobnosti, a nejen přeučit špatné návyky.
- Pracovní terapie by měla být smysluplná. Nejen práce pro práci. Pacient by měl mít možnost být za svou práci oceněn.
- Povolit pacientům kouření v době kdy to není programem zakázáno. Umožnit pacientům léčbu závislosti na nikotinu jen pokud to oni chtějí a nenutit je násilím. Nepodmiňovat léčbu primární závislosti nutností přestat kouřit. Buď všechno, nebo nic. Léčba v postupných krocích.
- Nepoužívat podpůrnou medikaci. Medikovat jen ve stavech

ohrožujících život. Umožnit za důkladného vysvětlení a průběžné psychoterapeutické podpory pacientům restartovat nastavení neurotransmiterálních mozkových dějů i za cenu rozladu a nepohody v léčbě.

- Práce s rodinou pacienta.
- Umožnění následné léčby lékařem, terapeutem, na kterého je pacient vázán v ústavní léčbě.
- Setkávání se abstinujících pacientů navzájem a se současnými pacienty.
- Mít možnost nepřijímat nemotivované pacienty zejména s nařízenou ústavní léčbou do společné léčby s dobrovolnými pacienty, popřípadě mít možnost pacienty narušující léčbu a chod oddělení přesunout na jiné oddělení kde nebudou demotivovat ostatní pacienty.

MUDr. Helena Škopková se také věnovala publikační činnosti. Zveřejněné práce lze rozdělit do několika okruhů:

- efektivita, katamnestické zhodnocení léčby.
- nucená protialkoholní léčba.
- alkoholické psychózy, deliria a epilepsie.
- komplikace při léčbě Antabusem.
- nezařazené.

Z nichž zejména komplikace při léčbě Antabusem podložené dlouholetým výzkumem vedly ke změně léčby v nepoužívání medikace.

Na díle MUDr. Heleny Škopkové lze ukázat, že i mimo Prahu lze uskutečnit dobrou a kvalitní léčbu alkoholismu a závislostí podloženou desítky let erudice, výzkumů a poznatků z vlastní praxe. A tato léčba nemusí být ve všech aspektech shodná s pražskou léčbou, aniž by to bylo ke škodě pacientů. I mimo Prahu máme adiktologické odborníky, kteří se nebojí jít vlastní cestou a slepě nekopírují což je nakonec jen a jen ku prospěchu pacientů. Léčba závislosti není exaktní věda. Je více založená na erudici a talentu než na vědeckých důkazech a je dobře, že pacienti si mohou vybrat, kde a jak se budou léčit a léčba není nařízena centrálně.

## 9 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech: 1880-2010.* (2010). Psychiatrická léčebna v Dobřanech.
2. Antabus (2011). Příbalový leták, Antabus 400 mg/tbl , výrobce Kemwell AB, Uppsala, Švédsko.
3. Baťková, (1980). In: Klik, J. (1980). *100 let PLD: 1880-1980 : sborník vzpomínek, vydaných ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Krajský ústav národního zdraví.
4. Beresik, M. (1988). Zavazny pripad liekovej interakcie medzi antabusom a etylalkoholom. *Vojenské zdravotnícké listy*, 57 (4), 175-176.
5. Bilý, D. (1957). K některým otázkám pracovního zařazování schizofrenních remisí po léčbě ataraktiky. *Československá psychiatrie*, 53 (6), 377-381.
6. Bohonová, Š. (1983). Naše zkušenosti s elektrickým podmiňováním (elektroavertivní léčba). *Protialkoholický obzor*, 18 (3), 145-155.
7. Bosman, J. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Okresní kulturní středisko.
8. Brod, J., & Fencl, V. (1955). Léčení hypertenzní choroby látkami z *Rauwolfia serpentina*. *Časopis lékařů českých*, 94 (11), 240-244.
9. Cvek, B. (2012). Nonprofit drugs as the salvation of the world's healthcare systems: the case of Antabuse (disulfiram). *Drug discovery today*, 17 (9-10), 409-12. <https://doi.org/10.1016/j.drudis.2011.12.010>
10. Cvek, B. (2018). Serendipity aneb Lekce z dějin antabusu. *Vesmír*, 97 (7-8), 449-451. <http://casopis.vesmir.cz/>
11. Čapoun, V., Jurasova, M., & Juráš, Ľ. (1979). Medze a možnosti averzivnej terapie, niektoré prednosti averzivnej hypnoterapie. *Protialkoholický obzor*, 14 (2), 109-112.
12. Dvořáček, J., Kalina, K. (2015). Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek. In: Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.



13. Fraňková, S., Adamec, M., Trunečka, P., Špičák, J., & Ročeň, M. (2007). Akutní jaterní selhání při léčbě disulfiramem. *Praktický lékař*, 87 (11), 675-678.
14. Hájek, J. (1957). Moje desetileté působení v Dobřanech. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 63-66.
15. Hájek, J. (1980). Vesele i méně vesele. In: Klik, J. (1980). *100 let PLD: 1880-1980 : sborník vzpomínek, vydaných ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Krajský ústav národního zdraví.
16. Hanzlíček, L. (1956). O použití reserpinu v psychiatrii: souborný referát: předneseno v říjnu 1955 v Purkyňově spol. V Plzni. *Československá psychiatrie*, 52 (1), 51-56.
17. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
18. Hraše, J. (1894a). Choromyslnictví země České a jeho další úkoly. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 33 (39), 817-820.
19. Hraše, J. (1894b). Choromyslnictví země České a jeho další úkoly. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 33 (40), 840-843.
20. Hraše, J. (1894c). Choromyslnictví země České a jeho další úkoly. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 33 (41), 864-867.
21. Hraše, J. (1894d). Choromyslnictví země České a jeho další úkoly. (Dokončení). *Časopis lékařů českých*, 33 (42), 884-889.
22. Hraše, J. (1908). *Ošetřování choromyslných: pro ošetřovatele choromyslných*. Bursík & Kohout. [Http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00164754](http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00164754)
23. Hraše, J. (1933). *Boj proti pijáctví: k týdnu duševního zdraví*. Jan Hraše. <https://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00093111-a79ea2b4-294b-4759-9725-9048fbe4a125>
24. Hrubá, D. (2018). *Zakladatelé zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na našem území na počátku 20. století*. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/197197>
25. Janoušková, L. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Okresní kulturní středisko.

26. Jerie, P. (2007). Milníky kardiovaskulární terapie. IV. Reserpin. *Časopis lékařů českých*, 146 (7), 573-577.
27. Jindřich, A. J. (1970). Zřizování a činnost protialkoholních poraden a pracovní postup při poskytování léčebně preventivní péče protialkoholními poradnami. *Praktický lékař*, 50 (2), 73.
28. Jurková, M. (2017). *Analýza historických dokumentů Abstinentského penzionátu zámek Tuchlov*. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/184822>
29. Klapetek, J. (1953). Úmrtí osoby léčené tetraethylthiuramdisulfidem (Antabusem). *Lékařské listy*, 8, 250-253.
30. Klik, J. (1980). *100 let PLD: 1880-1980 : sborník vzpomínek, vydaných ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Krajský ústav národního zdraví.
31. Klik, J. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Okresní kulturní středisko.
32. Klik, J. (1987). In: *Sborník k jubilejnímu 30. sjezdu abstinujících pacientů Psychiatrické léčebny v Dobřanech, KÚNZ Plzeň*. (1987). KÚNZ.
32. Klik, J., & Škopková, H. (1968). Příspěvek k otázce antabusových psychóz: k 60. narozeninám prof. MUDr. E. Vencovského, DrSc. In *Plzeňský lékařský sborník* (Vol. 31, pp. 121-126).
34. Klimešová, L. (2017). *Vývoj apolinářského modelu léčby závislosti na alkoholu v historickém vývoji v kontextu domácího odborného písemnictví mezi lety 1957 a 1989*. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/171841>
35. Knapp, Q. (1957). Dobřanská léčebna po druhé světové válce. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 72-76.
36. Kragh, H. (2008). From disulfiram to Antabuse: The invention of a drug. *Bulletin for the history of chemistry*. 33 (2), 82-88. Dostupné z: [http://acshist.scs.illinois.edu/bulletin\\_open\\_access/v33-2/v33-2%20p82-88.pdf](http://acshist.scs.illinois.edu/bulletin_open_access/v33-2/v33-2%20p82-88.pdf)
37. Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza: 3., aktualizované a rozšířené vydání*. Grada. <https://www.bookport.cz/kniha/klinicka-hypnoza-1813/>

38. Kučera, V. (1957). Příspěvek k ambulantnímu léčení hypertensní choroby alkaloidy Rauwolfie. *Časopis lékařů českých*, 96 (32), 1013-1016.
39. Kulda, B., M. (1846). In: *Kořaleční mor: povídka na výstrahu a poučení*. (1846). S. n.
40. Lenfeld, J., Marek, J., & Tikal, K. (1973). The influence of sympatholytics, ganglioplegics and cocaine on the anti-inflammatory effect of reserpine in experimental rats. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas rerum naturalium*, 66(28), 161-168.
41. Lewkowski, W., & Jagiełło, W. (1972). Mental Disturbances in the Treatment of Alcoholics with Disulfiram. *Protialkoholický obzor*, 7 (1), 10-12.
42. Masaryk, T. G. (1922). *O alkoholismu: předneseno v Dělnickém domě na Vsetíně dne 11. září 1905* (4. vyd). Moravský abstinentský svaz.
43. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
44. Miovský, M., Popov, P., & Šejvl, J. (2018). *Klinika adiktologie "U Apolináře" v perspektivě 70letého vývoje*. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.
45. Miššík, T. (1972). Narušení abstinencie pri liečbe antabusom s letálnym koncom. *Protialkoholický obzor*, 7 (3), 91-93.
46. Miššík, T., Bohonová, Š., & Turček, M. (2017). Skúsenosti s metronidazolom v liečbe alkoholizmu. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 52 (3), 147-154.
47. Mysliveček, Z. (1957). Letný pohled zpátky. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 50-53.
48. Nevole, S. (1960). Úmrtnost duševně nemocných v dobřanské léčebně. *Československá psychiatrie*, 56 (6), 374-385.
49. Nová, J. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Okresní kulturní středisko.
50. Pěstová, T. (2020). *Historie svépomocných systémů: Bratrstva a spolky střídmosti na území Čech, Moravy a Slezska*. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/219471>

51. Polák, F., & Menčík, Z. (1956). Porovnání hypotensních účinků reserpinu, antihistaminik a derivátů ftalazinových u hypertensního syndromu. *Časopis lékařů českých*, 95 (28/29), 788.
52. Popov, P. (2017). MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách. *Adiktologie*, 17 (2), 168-172.
53. Popov, P. (2005). Z historie léčby alkoholismu v českých zemích. *Adiktologie. XI. celostátní konference Společnosti pro návykové nemoci a 44. konference sekce AT při ČLS JEP, Měříň, 2. - 5. 5. 2005*, 5 (S2), 234-241.
54. Pothineni, V. Wagh, D. Babar, M. Inayathullah, M. Solow-Cordero, D. Kim K, Samineni A, Parekh MB, Tayebi L, Rajadas J. (2016). Identification of new drug candidates against *Borrelia burgdorferi* using high-throughput screening. *Drug Des Devel Ther.* 2016 (10),1307-1322 doi: <https://doi.org/10.2147/DDDT.S101486>
55. Regnerová, M. (1987). In: *Sborník k jubilejnímu 30. sjezdu abstinujících pacientů Psychiatrické léčebny v Dobřanech, KÚNZ Plzeň.* (1987). KÚNZ.
56. Ripka, O. (1963). Hypotenzivní a vedlejší účinky methoxyfenoserpinu, nového derivátu reserpinu. *Časopis lékařů českých*, 102 (46), 1278-1279.
57. Rubeš, J. (1957). Psychiatrická léčebna v Dobřanech v letech 1951-1955. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 77-83.
58. Rubeš, J. (1980) In: Klik, J. (1980). *100 let PLD: 1880-1980 : sborník vzpomínek, vydaných ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Krajský ústav národního zdraví.
59. Rubeš, J. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech.* Okresní kulturní středisko.
60. Samková, M. (1973). Poznámky k společenským důsledkům alkoholizmu. *Protialkoholický obzor*, 8 (5), 164-166.
61. Samková, M. (1974). Několik poznámek k profilu osobnosti alkoholika. *Protialkoholický obzor*, 9 (2), 45-47.
62. Samková, M. (1978). Systém režimové léčby v protialkoholním oddělení v PLD. *Protialkoholický obzor*, 13 (1), 49-54.

63. Samková, M. (1979a). Změny v projevech u léčených alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 14 (2), 123-128.
64. Samková, M. (1979b). Terapeutický význam sjezdu abstinujících alkoholiků. *Zdravotnické noviny*, 28 (32), 6.
65. Samková, M. (1979c). Vliv rodinného prostředí na vznik alkoholismu. (Pokus o rozbor životopisů léčených alkoholiků). *Protialkoholický obzor*, 14 (3), 177-182.
66. Samková, M. (1980). Terapeutický význam sjezdu abstinujících alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 15 (1), 43-44.
67. Samková, M. (1982). In: Škopková, H. (1982). *25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Okresní kulturní středisko.
68. Skála, J. (1957). *Organisace a metodika boje proti alkoholismu*. Státní zdravotnické nakladatelství.
69. Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Avicenum.
70. Skála, J. (1988). *Až na dno!?: fakta o alkoholu a jiných návykových látkách Zneužívání a závislost* (4. přeprac. a dopl. vyd). Avicenum.
71. Skála, J., Mařová, A., Hrodková, J., & Homolková, J. (1973). Bodovací systém a terapeutická komunita. *Československá psychiatrie*, 69 (5), 303-309.
72. Smolík, J. (1969). Příklad úmrtí při léčebném použití Antikolu. *Protialkoholický obzor*, 4 (4), 97-100.
73. Státní antabusová akce - směrnice pro provádění: (Oběžník ministerstva zdravotnictví ze dne 12. června 1950, č. 3514/37-30/5-1950.). (1950). *Zdravot. Revue*, 25, 229-.
74. Stenoprotokoly Parlamentu české republiky, 4. 1. 2019 dostupno z: <http://www.psp.cz/eknih/index.htm>.
75. Stolina, J. (1957). Hrst vzpomínek na dobřanskou léčebnu. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 54-62.
76. Strelčuk, I. V. (1953). Další výzkum léčby chronického alkoholismu Antabusem. *Prevence a terapie alkohol*, (listo), 1-8.

77. Šedivec, V. (1957a). Příspěvek k historii psychiatrické léčebny v Dobřanech. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 34-43.
78. Šedivec, V. (1957b). Osobnost ředitele MUDr. Jan Hrašeho. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 44-49.
79. Šejvl, J. (2020). *Vznik a vývoj prvních zařízení s léčebnými programy pro pacienty závislé na alkoholu v Českých zemích, na Moravě a Slezsku: analýza historického a institucionálního rámce a kontextu vzniku, vývoje a zániku těchto programů do roku 1945*. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/182705>
80. Šejvl, J., & Miovský, M. (2017). Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915). *Adiktologie*, 17 (2), 134-146.
81. Šejvl, J., & Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923-1938). *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 1 (2), 68-78.
82. Šimsa, J. (1895a). Alkoholismus a léčebné ústavy pro pijáky. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 34 (38), 765-771.
83. Šimsa, J. (1895b). Alkoholismus a léčebné ústavy pro pijáky. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 34 (39), 786-789.
83. Šimsa, J. (1895c). Alkoholismus a léčebné ústavy pro pijáky. (Pokračování). *Časopis lékařů českých*, 34 (40), 804-808.
84. Šimsa, J. (1895d). Alkoholismus a léčebné ústavy pro pijáky. (Dokončení). *Časopis lékařů českých*, 34 (41), 830-834.
85. Škopková, H. (1966). Katamnesy pacientu protialkoholního oddelení za tříleté období: Porovnání výsledku dobrovolné a nucené léčby. *Protialkoholický obzor*, 1 (6), 211-214.
86. Škopková, H. (1967). Catamnestic Study of 366 Voluntary and Constrained Patients Admitted to the Anti-alcoholic Ward. *British Journal of Addiction (to Alcohol)* [online]. 1967, 62 (3/4), 275-280 [cit. 2021-03-11]. ISSN 00070890. Dostupné z: doi:10.1111/j.1360-0443.1967.tb05361.x

87. Škopková, H. (1968). Katamnestické hodnocení pacientů léčených v Dobřanech na protialkoholním oddělení v tříletém období. *Československá psychiatrie*, 64 (2), 119-123.
88. Škopková, H. (1970a). Efektivnost ochranné léčby alkoholiků. *Československá psychiatrie*, 66 (3), 165-172.
89. Škopková, H. (1970b). Provádění ochranné protialkoholické léčby a její výsledky v katamnestickém zhodnocení. *Protialkoholický obzor*, 5 (1), 1-9.
90. Škopková, H. (1972a). Halucinatorní a delirantní stavy při chronickém alkoholismu: autoreferát. *Československá psychiatrie*, 68 (6), 354.
91. Škopková, H. (1972b). Halucinatorní a delirantní stavy při chronickém alkoholismu. *Protialkoholický obzor*, 7 (4/5), 112-117.
92. Škopková, H., & Regnerová, M. (1972). Katamnestické zhodnocení ústavní léčby alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 7 (2), 43-47.
93. Škopková, H. (1973). Psychotické komplikace tetraetylthiuramdisulfidu používaného v protialkoholní léčbě. *Československá psychiatrie*, 69 (2), 102-111.
94. Škopková, H. (1974a). Možnosti a výsledky nuceného protialkoholního léčení v psychiatrických léčebnách. *Československá psychiatrie*, 70 (4), 227-233.
95. Škopková, H. (1974b). Nucená protialkoholní léčba v ČSSR. *Protialkoholický obzor*, 9 (3/4), 91-98.
96. Škopková, H. (1974c). Efektivnost ústavní protialkoholní léčby. *Praktický lékař*, 54 (24), 913-915.
97. Škopková, H. (1974d). Protialkoholní péče v Polské lidové republice. *Zdravotnické noviny*, 23 (16), 7.
98. Škopková, H. (1975). K psychopatologii akutních paranoidně halucinatorních stavů alkoholového původu. *Protialkoholický obzor*, 10 (2), 40-42.
99. Škopková, H., & Regnerová, M. (1975). Census alkoholiků v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. *Protialkoholický obzor*, 10 (4), 122-125.

100. Škopková, H. (1976). Problematika ochranného protialkoholního léčení ve zdravotnických zařízeních ústavního typu. *Protialkoholický obzor*, 11 (2), 50-52.
101. Škopková, H. (1977). K otázce alkoholické epilepsie. *Protialkoholický obzor*, 12 (3), 163-168.
102. Škopková, H. (1978). Léčebné výsledky z let 1973-1975 pacientů protialkoholního oddělení po jednoletém a dvouletém odstupu od léčby. *Protialkoholický obzor*, 13 (5), 303-314.
103. Škopková, H. (1981). Alkoholici v psychiatrické léčebně v Dobřanech. *Protialkoholický obzor*, 16 (1), 31-38.
104. Škopková, H. (1982a). 25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Okresní kulturní středisko.
105. Škopková, H. (1982b). Nerealizované ústavní ochranné protialkoholní léčby ve zdravotnickém zařízení. *Protialkoholický obzor*, 17 (2), 77-80.
106. Škopková, H. (1984). Laboratorní nálezy při alkoholových psychózách. *Protialkoholický obzor*, 19 (4), 193-204.
107. Škopková, H. (1985). Poškození jater a alkoholové psychózy. *Protialkoholický obzor*, 20 (2), 95-105.
108. Škopková, H. (1986a). Příspěvek ke sledování efektivity ochranné ústavní léčby alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 21 (3), 153-158.
109. Škopková, H. (1986b). Schopnost řídit motorová vozidla a abusus alkoholu. *Protialkoholický obzor*, 21 (4), 227-232.
- Škopková, H. (1987a). Příspěvek ke sjezdovému jednání. In: *Sborník k jubilejnímu 30. sjezdu abstinujících pacientů Psychiatrické léčebny v Dobřanech, KÚNZ Plzeň*. (1987). KÚNZ.
110. Škopková, H. (1987b). Dlouhodobý výkon trestu a realizace ochranné ústavní protialkoholní léčby. *Protialkoholický obzor*, 22 (5), 289-293.
111. Škopková, H. (1991). Alkoholické epilepsie. *Československá psychiatrie*, 87 (1), 42-46.
112. Štěpánek, J. (1962). Chronické psychiatrické oddělení po ročním hromadném nasazení neuroplegik. *Československá psychiatrie*, 58 (2), 125-126.



113. Štich, Z. (1959). 8. Metodické pokyny pro aplikaci neuroleptik (chlorpromazinu, reserpinu) u duševních poruch. *Věstník ministerstva zdravotnictví*, 7 (3), 21-24.
113. Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Portál.
114. Tongue, A. (1984). In: Conversation with Archer Tongue. *British Journal of Addiction* [online]. 1984, 79 (3), 245-249 [cit. 2021-03-10]. Dostupné z: doi:10.1111/j.1360-0443.1984.tb00272.x
115. Vencovský, E. (1957). Psychiatrická léčebna v Dobřanech za doby německé okupace. *75 let psychiatrické léčebny v Dobřanech 1880-1955*, 67-71.
116. Vencovský, E. (1958). *Chlorpromazin a reserpin v psychiatrii: sborník prací V. celostátní psychiatrické konference v Plzni*. Krajské nakladatelství. <http://kramerius.medvik.cz/search/i.jsp?pid=uuid:MED00093371-2df0fe43-f399-4a4e-b34c-139ca2bb4011>
117. Vencovský, E. (1980). Stručný nástin vývoje. In: Klik, J. (1980). *100 let PLD: 1880-1980 : sborník vzpomínek, vydaných ke stoletému výročí založení psychiatrické léčebny v Dobřanech*. Krajský ústav národního zdraví.
118. Vencovský, E., & Reisich, A. (1952). Pokus sebevraždy kombinací antabus-alkohol. *Časopis lékařů českých*, 91 (?), 1465-1467.
119. Višňovský, P., Grossmann, V., & Příbyš, R. (1972). Vplyv niektorých antisérotonínových látok na vyprázdňovanie žalúdka potkanov. *Československá fyziologie*, 21 (3), 255-256.
120. Vitek, V. (2018). Helena Škopková, In: *Paměť národa*. Dostupné z: <https://www.pametnaroda.cz/cs/skopkova-helena-20181030-0> [online].[cit. 2021-03-10].
121. Vojtěchovský, M., Ryšánek, K., & Vitek, V. (1964). Humorální faktory v etiologii depresí po léčbě alkaloidy Rauwolfie a u alkoholiků. *Československá psychiatrie*, 60 (2), 81-88.
122. Vondráček, V. (1988). *Konec vzpomínání: (1938-1945)*. Avicenum.
123. Widermannová, L. (1956). Psychotické komplikace v průběhu protialkoholní léčby Stopetylem. *Československá psychiatrie*, 52 (1), 29-35.

124. Widermannová, L. (1957). Smrtelná otrava metylalkoholem v průběhu stopetylové léčby. *Československá psychiatrie*, 53 (2), 122-127.
125. Wilczkowski, E. (1957). Poznámky k léčbě duševně chorých chlorpromazinem a reserpinem. *Československá psychiatrie*, 53 (4), 217-219.
126. Wlassak, R. (1902). In: *Bericht über den VIII. internationalen Congress gegen den Alkoholismus: abgehalten in Wien, 9. -14. April 1901, unter dem Ehrenpräsidium seiner excellenz des Herrn dr. Wilhelm Ritter v. Hartel.* (1902). F. Deuticke.
127. Zahradník, M. (1976). Použitie rezerpínu v liečbe alkoholizmu. *Protialkoholický obzor*, 11 (1), 16-18.
128. Zlámal, B. (2009). *Příručka českých církevních dějin* (VI., Doba probuzenského katolicismu (1848-1918). Matice cyrilometodějská.
129. Žižka, V. (2010). In: *130 let Psychiatrické léčebny v Dobřanech: 1880-2010.* (2010). Psychiatrická léčebna v Dobřanech.

## 10 BIBLIOGRAFIE MUDR. HELENY ŠKOPKOVÉ

1. Baťková, Z., Kudrle, S., & Škopková, H. (1999). Alkoholu propadají ženy často z osamělosti. *Plzeňský deník*, 8 (70), 14.  
<http://full.nkp.cz/nkdb/view/mkdoc.asp?p1=PD1999032400010700>
2. Baťková, Z., Škopková, H., & Kudrle, S. (1999). Počet žen – alkoholiček v ČR narůstá. *Plzeňský deník*, 8 (62), 10.  
<http://full.nkp.cz/nkdb/view/mkdoc.asp?p1=PD1999031500009700>
3. Hronek, J., & Škopková, H. (1992). Ruka podaná bližnímu. *Deník Nová Pravda*, 2(108),
4. Klik, J., & Škopková, H. (1968). Příspěvek k otázce antabusových psychóz: k 60. narozeninám prof. MUDr. E. Vencovského, DrSc. In *Plzeňský lékařský sborník* (Vol. 31, pp. 121-126).
5. Škopková, H. (1966). Katamnesey pacientu protialkoholního oddelení za tříleté období: Porovnání výsledku dobrovolné a nucené léčby. *Protialkoholický obzor*, 1 (6), 211-214.
6. Škopková, H. (1967). Catamnestic Study of 366 Voluntary and Constrained Patients Admitted to the Anti-alcoholic Ward. *British Journal of Addiction (to Alcohol)* [online]. 1967, 62 (3/4), 275-280 [cit. 2021-03-11]. ISSN 00070890. Dostupné z: doi:10.1111/j.1360-0443.1967.tb05361.x
7. Škopková, H. (1968). Katamnestické hodnocení pacientů léčených v Dobřanech na protialkoholním oddělení v tříletém období. *Československá psychiatrie*, 64 (2), 119-123.
8. Škopková, H. (1970). Efektivnost ochranné léčby alkoholiků. *Československá psychiatrie*, 66 (3), 165-172.
9. Škopková, H. (1970). Provádění ochranné protialkoholické léčby a její výsledky v katamnestickém zhodnocení. *Protialkoholický obzor*, 5 (1), 1-9.
10. Škopková, H. (1972). Halucinatorní a delirantní stavy při chronickém alkoholismu: autoreferát. *Československá psychiatrie*, 68 (6), 354.
11. Škopková, H. (1972). Halucinatorní a delirantní stavy při chronickém alkoholismu. *Protialkoholický obzor*, 7 (4/5), 112-117.

12. Škopková, H., & Regnerová, M. (1972). Katamnestické zhodnocení ústavní léčby alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 7 (2), 43-47.
13. Škopková, H. (1973). Psychotické komplikace tetraetylthiuramdisulfidu používaného v protialkoholní léčbě. *Československá psychiatrie*, 69 (2), 102-111.
14. Škopková, H. (1974). Možnosti a výsledky nuceného protialkoholního léčení v psychiatrických léčebnách. *Československá psychiatrie*, 70 (4), 227-233.
15. Škopková, H. (1974). Nucená protialkoholní léčba v ČSSR. *Protialkoholický obzor*, 9 (3/4), 91-98.
16. Škopková, H. (1974). Efektivnost ústavní protialkoholní léčby. *Praktický lékař*, 54 (24), 913-915.
17. Škopková, H. (1974). Protialkoholní péče v Polské lidové republice. *Zdravotnické noviny*, 23 (16), 7
18. Škopková, H. (1975). K psychopatologii akutních paranoidně halucinatorních stavů alkoholového původu. *Protialkoholický obzor*, 10 (2), 40-42.
19. Škopková, H., & Regnerová, M. (1975). Census alkoholiků v Psychiatrické léčebně v Dobřanech. *Protialkoholický obzor*, 10 (4), 122-125.
20. Škopková, H. (1976). Problematika ochranného protialkoholního léčení ve zdravotnických zařízeních ústavního typu. *Protialkoholický obzor*, 11 (2), 50-52.
21. Škopková, H. (1977). K otázce alkoholické epilepsie. *Protialkoholický obzor*, 12 (3), 163-168.
22. Škopková, H. (1978). Léčebné výsledky z let 1973-1975 pacientů protialkoholního oddělení po jednoletém a dvouletém odstupu od léčby. *Protialkoholický obzor*, 13 (5), 303-314.
23. Škopková, H. (1981). Alkoholici v psychiatrické léčebně v Dobřanech. *Protialkoholický obzor*, 16 (1), 31-38.
24. Škopková, H. (1982). 25 let Protialkoholního odd. Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Okresní kulturní středisko.

25. Škopková, H. (1982). Nerealizované ústavní ochranné protialkoholní léčby ve zdravotnickém zařízení. *Protialkoholický obzor*, 17 (2), 77-80.
26. Škopková, H. (1984). Laboratorní nálezy při alkoholových psychózách. *Protialkoholický obzor*, 19 (4), 193-204.
27. Škopková, H. (1985). Poškození jater a alkoholové psychózy. *Protialkoholický obzor*, 20 (2), 95-105.
28. Škopková, H. (1986). Příspěvek ke sledování efektivity ochranné ústavní léčby alkoholiků. *Protialkoholický obzor*, 21 (3), 153-158.
29. Škopková, H. (1986). Schopnost řídit motorová vozidla a abuzus alkoholu. *Protialkoholický obzor*, 21 (4), 227-232.
30. Škopková, H. (1987). Dlouhodobý výkon trestu a realizace ochranné ústavní protialkoholní léčby. *Protialkoholický obzor*, 22 (5), 289-293.
31. Škopková, H. (1991). Alkoholické epilepsie. *Československá psychiatrie*, 87 (1), 42-46.
32. Škopková, H. (2009). Nejtěžší je závislého přesvědčit, že se chce léčit. *Mladá fronta Dnes*, 20 (183).

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výtěžným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis