Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie – navazující magisterská

Bc. Tereza Pěstová

Vývoj Apolinářského modelu v letech 1949-1989

Department of the Apolinarian model in 1949-1989

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

Praha, 2024

Prohlášení:

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

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

V Praze, 6.12.2024

TEREZA PĚSTOVÁ

Podpis

Identifikační záznam:

PĚSTOVÁ, Tereza. *Vývoj Apolinářského modelu v letech 1949-1989. [Department of the Apolinarian model in 1949-1989].* Praha, 2024. 75 s., 1 příloha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. a VFN v Praze 2024. Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Šejvl, Ph.D.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce, Mgr. Šejvlovi Ph. D. za odborné vedení práce, připomínky a trpělivost. Poděkování patří také mé rodině.

Abstrakt

Východiska: Základním pilířem adiktologické péče v Československu byl Apolinářský model léčby závislosti, který vytvořil a postupně rozvíjel Jaroslav Skála se svým týmem. Apolinářský model byl založen na specifických léčebných metodách, jako byly averzivní terapie (včetně emetinových sezení), skupinová psychoterapie, a zapojení pacientů do strukturovaných aktivit. Důraz byl kladen na kombinaci biologických, psychologických a sociálních intervencí, které se vzájemně doplňovaly. Znalost vývoje Apolinářského modelu léčby závislosti je klíčová pro pochopení historických základů současné adiktologické praxe. Hlubší porozumění těmto historickým souvislostem může napomoci v identifikaci osvědčených postupů, které by mohly být znovu aplikovány či rozvinuty v současné praxi.

Cíl: Výzkumná práce má za úkol objasnit, jakým způsobem se vyvíjel Apolinářský model léčby závislosti v letech 1948-1989. Výzkum je zaměřen na zmapování postupného formování tohoto specifického léčebného konceptu a jeho praktickou aplikaci v uvedeném období.

Metody: V práci se využije metoda kvalitativní obsahové analýzy, zaměřená na dobovou literaturu vztahující se k vývoji Apolinářského modelu léčby závislostí v letech 1948–1989 na mužském lůžkovém oddělení. V první fázi dojde k definování klíčových slov, pro vymezení komplexního univerza. Na základě těchto klíčových slov budou identifikovány relevantní historické texty v databázích Medvik, Kramerius a EBSCOhost. Doplňkovým zdrojem bude rešerše Klimešové (2017). Analýza dat se zaměří na identifikaci vzorců týkajících se léčebných metod, jejich vývoje a možných změn. Zjištěné vzorce budou sloučeny do širších kategorií. Kategorie budou reprezentovat klíčové oblasti výzkumu: vznik a vývoj metod, jejich případný zánik, délka pobytů pacientů a externí aktivity Apolináře.

Závěr: Apolinářský model léčby závislostí v letech 1948–1989 prošel zásadním vývojem v oblasti léčebných metod. Zpočátku dominovala averzivní terapie, postupně však získávaly na významu psychoterapeutické přístupy. Tyto metody byly aplikovány v rámci přísně strukturovaného denního režimu, který se flexibilně přizpůsoboval aktuálním potřebám a inovacím. Nové metody byly do režimu postupně začleňovány, zatímco ty méně účinné či zastaralé byly vyřazovány. Model tak reflektoval neustálý vývoj a přizpůsobivost léčebných přístupů.

Klíčová slova: Jaroslav Skála, apolinářský model, léčba závislosti, alkoholismus, Apolinář

Abstract

Background: The cornerstone of addiction care in Czechoslovakia was the Apolianiar Model of Addiction Treatment, which was developed and progressively refined by Jaroslav Skála and his team. The Apolianiar Model was based on specific therapeutic methods, such as aversive therapies (including emetine sessions), group psychotherapy, and the engagement of patients in structured activities. It emphasized a combination of biological, psychological, and social interventions that complemented one another. Understanding the evolution of the Apolianiar Model is crucial for comprehending the historical foundations of contemporary addiction practice. A deeper understanding of these historical contexts can help identify effective practices that could be reintroduced or further developed in modern treatment approaches.

Objective: The aim of this research is to elucidate how the Apolianiar Model of Addiction Treatment evolved between 1948 and 1989. The study focuses on mapping the gradual formation of this specific therapeutic concept and its practical application during the stated period.

Methods: In the study is used qualitative content analysis focusing on historical literature related to the development of the Apolianiar Model of Addiction Treatment from 1948 to 1989, specifically on the male inpatient ward. In the initial phase, key terms will be defined to delineate a comprehensive universe of sources. Based on these keywords, relevant historical texts will be identified in the Medvik, Kramerius, and EBSCOhost databases. An additional resource will be a review by Klimešová (2017). There will be focus in data analysis to identify patterns related to therapeutic methods, their development, and potential changes. The identified patterns will be merged into broader categories. These categories will represent key research areas: the origin and evolution of methods, their potential discontinuation, the length of patient stays, and external activities of the Apolinar institute.

Conclusion: The Apolianiar Model of Addiction Treatment underwent significant development of therapeutic methods between 1948 and 1989. Initially dominated by aversive therapies and later psychotherapeutic approaches gradually gained prominence. These methods were implemented within a strictly structured daily regime, which was flexibly adapted to current needs and innovations. New methods were progressively incorporated into the regime, while less effective or outdated ones were discarded. This adaptability and continual evolution reflect the dynamic nature of the model's treatment approaches.

Keywords: Jaroslav Skála, Apolianiar Model, addiction treatment, alcoholism, Apolinar

Obsah

1. Úvod ... 9

2. Teoretická část ... 11

2.1 Definice základních pojmů ... 11

2.2 Počátky problematiky a léčby závislosti na alkoholu na území Čech ... 13

2.2.1 Problematika užívání alkoholu na území Evropy ... 13

2.2.2 Prvopočátky protialkoholního hnutí ... 13

2.2.3 První institucionalizované léčebny specializované na závislost na alkoholu ... 14

2.3 České léčebny a jejich metody léčby po vzoru Ellikonu ... 16

2.3.1 Velké Kunčice ... 16

2.3.2 Tuchlov ... 16

2.3.3 Istebné nad Oravou ... 17

2.4 Situace před Apolinářem ... 18

2.6 Rejstřík pojmů ... 20

3. Výzkumná část: Vývoj Apolinářského modelu ... 22

3.1 Cíle výzkumu ... 22

3.2 Výzkumné otázky ... 22

3.3 Výzkumný soubor ... 22

3.4 Metody analýzy dat ... 22

3.5 Etika ... 23

3.6 Počáteční dekáda fungování léčebny (1948-1958) ... 24

3.6.1 Averzivní léčba Emetinem, Apomorfinem a Disulfiramem, rok 1949 a 1950 24

3.6.2 Léčebný režim a program v roce 1950 ... 29

3.6.3 Režim léčby v roce 1957 ... 32

3.6.4 Shrnutí ... 36

3.7 Druhá dekáda Apolinářské léčby (1958-1968) ... 38

3.7.1 Léčba v Apolináři 1960-1962 ... 38

3.7.2 Ozdravný pobyt v podmínkách stanového tábora ... 42

3.7.3 Léčba v roce 1966 ... 43

3.7.4 Shrnutí ... 46

3.8 Třetí dekáda Apolinářského modelu (1968-1977) ... 48

3.8.1 Rok 1973 ... 50

3.8.2 Program v Apolináři 1976 ... 55

3.8.3 Nové metody využívané v Apolináři ... 57

3.8.4 Shrnutí ... 58

3.9 Poslední sledované období od 1978 do1989 59
3.9.1 Intenzivní léčebné pobyty v přírodě 62
3.9.2 Rodinná terapie 63
3.9.3.Rok 1984-1989 64
3.9.4 Shrnutí 65
4.Diskuze a závěr 66
5. Použitá literatura: 68
6. Přílohy 74

1. Úvod

Problémy s užíváním alkoholu lidstvo provází již od nepaměti. Úsilí o eliminaci dopadů závislosti na této návykové látce mělo v dějinách mnoho podob. Ať už se jednalo o zákonné restrikce, vytváření abstinujících spolků nebo přímo léčebných zařízení, nikdy se nepodařilo lidstvo od užívání alkoholu plně odradit. Přes několik přešlapů se přesto dokázalo najít několik cest, které ačkoliv neslibovaly plnou abstinenci všech, dokázaly část závislých léčit a nebo alespoň zmírnit dopady užívání. Jednou z těchto cest byla nepochybně institucionální léčba závislosti.

První specializovaná zařízení na léčbu závislosti se začala ve světě vyvíjet v 18. a 19. století. V České zemi je zaznamenán vznik první léčebny Velké Kunčice o století později. Vlivem První světové války zanikla a po ní vznikla v pořadí druhá léčebna: Tuchlov, pod vedením Bedřicha Konaříka, který se zasadil o vznik i Velkých Kunčic. Kvůli dramatickým událostem další světové války zanikl za poměrně krátkou dobu i Tuchlov.

Období po Druhé světové válce bylo plné chaosu a změn. Někdejší hlavní představitelé zabývající se léčbou závislosti na alkoholu byli buď na sklonku života nebo se nedožili konce války. Léčba závislosti se začala soustředit do psychiatrických nemocnic na specializovaná oddělení, kde nebyla považovaná za preferovanou součást péče. Nebylo tomu jinak ani u psychiatrické kliniky doktora Myslivečka.

Pro průchod vzniku novým inovacím a změnám nebo například novým institucím, byly potřeba tzv. katalyzátory (spouštěče změny). Ke změně musel nejprve existovat konkrétní důvod, který ji ospravedlňoval, případně ji mohl iniciovat vnější tlak nebo dostupnost nových informací. Dalším důležitým faktorem byly podpora, vize a silné vedení.

Vznik samostatného oddělení u Apolináře splňoval výše uvedené faktory. Vzhledem k uvedené době byla potřeba rozšířit a oddělit oddělení léčby závislosti od původní pražské psychiatrické kliniky lékaře Myslivečka. Představitelé kliniky poskytli zázemí pro tuto vizi a v neposlední řadě do vedení celé vize samostatného oddělení byl přidělen lékař, který se zajímal o léčbu závislosti. Konkrétní den vzniku se uvádí na den 7. září 1948. Hlavním lékařem se stal Jaroslav Skála, původně působící lékař ne klinice s aktivním přístupem k léčení alkoholiků.

Tato událost mohla pro v podstatě začínajícího lékaře znamenat příležitost, zároveň také velkou zodpovědnost. Byla potřeba inspirace z již vzniklých a fungujících léčeben a jiných institucí, zaměřujících se na léčbu závislosti. Inspiroval se také českými léčebnami, které byly vinnou války nuceny ukončit svou činnost. Metodám léčby z oddělení U Apolináře předcházely starší metody, které byly aplikované v jiných léčebnách. Jejich rysy lze sledovat při podrobném procházení historických dokumentů.

K účinnému modelu léčby patří vývoj a nutně také změny, především pokud je cílem prosperita klienta. Práce má za cíl se věnovat především změnám a jejich „katalyzátorům“

v Apolinářském modelu léčby závislosti v období od založení samostatného oddělení po rok 1989 (období sametové revoluce). První kapitoly práce se věnují období vzniku prvních specializovaných institucí pro léčbu závislosti na alkoholu a jejich působení v té době. Především je v této části kladen důraz na metody léčení pacientů v těchto institucích. V posledních kapitolách teoretické části nastíněné období před vznikem samostatného oddělení U Apolináře a základní milníky jeho historie. Následuje výzkumná část, která se věnuje především obsahu historických textů, které sdělují informace o Apolinářském modelu léčby závislosti v té době a zaměřují se především na metody práce s pacienty. Práce dává možnost nahlédnout do léčby závislosti na alkoholu v padesátých, šedesátých, sedmdesátých a osmdesátých letech a představit si tak detailněji léčbu v Apolináři.

2. Teoretická část

2.1 Definice základních pojmů

Pro porozumění textu práce je nezbytné nejprve vymezit několik klíčových pojmů, které se v práci používají. Jedná se o termíny: **Model léčby závislosti, rezidenční léčba, ústavní léčba a terapeutická komunita**.

V rámci této práce jsou **modely léčby závislosti** chápány jako konkrétní přístupy k léčbě závislých klientů. Zahraničí literatura uvádí např. tzv. Minnesota model, Concept houses a model terapeutické komunity. V České podobě je znám jako model léčby pouze Apolinářský model, ačkoliv v České republice nalezneme i jiné přístupy k léčbě závislosti, které jsou podobné právě výše zmiňovaným modelům ze zahraničí (Borkman, Lee, Kaskutas & Owen. 2007).

V České Republice existuje více přístupů k rezidenční léčbě závislosti. Žádný z nich, kromě Apolinářského modelu, se podle podrobného zkoumání dat nenazývá „modelem" v pravém slova smyslu. Většina z dostupných zdrojů naznačuje, že se přístupy k rezidenční léčbě závislosti vyvinuly z Apolinářského modelu, ale neoddělily se prozatím natolik, aby získaly samostatnou terminologii jako nový model léčby.

Při snaze nalézt informace o modelech léčby závislosti a následném zadání klíčového slova „modely léčby", byly nalezeny pouze data zaměřující se výhradně na Apolinářský model. Přesto je z odborných prací známo, že existují inovované přístupy, které se mohou významně lišit od Apolinářského modelu jako např. Dobřanský přístup léčby závislosti (Talpa, 2023) nebo léčebný přístup Červeného dvora. Otázkou zůstává, kdy by se měl považovat nový přístup za samostatný model, pokud vychází z původního modelu a představuje jeho inovaci. Cíl práce obsahuje pouze výzkum Apolinářského modelu, proto otázka v práci zůstane prozatím nezodpovězena. Mohla by být ale samostatným předmětem zkoumání pro jinou výzkumnou práci do budoucna.

Dalším klíčovým pojmem pro vymezení jsou termíny **rezidenční léčba**, ústavní péče a terapeutická komunita. Tyto pojmy se vztahují k různým adiktologickým službám poskytovaným osobám závislým na návykových látkách. Rozlišujeme zpravidla tři typy rezidenčních programů: krátkodobá ústavní léčba, střednědobá ústavní léčba a pobyt v terapeutické komunitě.

Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba se poskytuje zpravidla v psychiatrických nemocnicích, oproti tomu terapeutická komunita nejčastěji mimo velká města v sociálních zařízeních. Každá z těchto léčeb je specifická svým cílem a nabídkou služeb. Krátkodobá ústavní léčba, jinak známá také jako detoxifikační jednotka má za cíl předejít zdravotním komplikacím souvisejících s odvykacími příznaky za pomocí farmakoterapie, psychoterapeutickými intervencemi a rezidenčním opatřením. Velmi často na zmíněnou

léčbu navazuje střednědobá ústavní léčba nebo terapeutická komunita. Cílem střednědobé ústavní léčby je léčba závislosti zaměřená na práci s motivací, na stabilizaci psychického i tělesného stavu, dosažení a udržení abstinence a znovu začlenění jedince do společnosti. Trvá přibližně tři až šest měsíců. **Terapeutická komunita** se zaměřuje také na léčbu vedoucí k abstinenci, zároveň i na sociální rehabilitaci. Jedná se o léčbu trvající 6-18 měsíců (Léčba - Alkohol pod kontrolou, 2024).

Práce se zaměřuje na historii střednědobé ústavní léčby, která je taktéž známá svými prvky z terapeutické komunity.

2.2 Počátky problematiky a léčby závislosti na alkoholu na území Čech

2.2.1 Problematika užívání alkoholu na území Evropy

Problémy s užíváním alkoholu jsou známé na našem historickém území již tisíc let. První zaznamenané údaje, které mohou svědčit o záměrné regulaci užívání alkoholu, lze sledovat již v 11. století. Tehdy kníže Břetislav I. vyhlásil v roce 1039 nad hrobem sv. Vojtěcha v polském Hvězdně tzv. Břetislavovy dekrety. Jedna z těchto dekret se úzce týkala zákazu provozování krčem a užívání alkoholu. Tresty za neuposlechnutí tohoto nařízení se nevztahovaly pouze na konzumenty alkoholu, i na provozovatele podniků. Krčmář, který by neuposlechl rozkaz, měl být potrestán bičováním na veřejnosti. Ti, kteří byli přistiženi při konzumaci alkoholu, měli být vězněni, dokud nezaplatí dostatečně vysokou pokutu. Z toho lze dnes usuzovat, že problémy s alkoholem byly tehdy natolik závažné, že si vyžádaly striktní opatření (Francek, 1999).

První písemné práce, ve kterých se autoři zmiňují o nadměrném užívání alkoholu, se objevují v druhé polovině 16. století. Nejznámější písemnou tvorbou jsou dvě publikace slavného spisovatele Johannese Bocatia, který v jedné z nich satiricky popisoval typologii osob užívajících alkohol a v druhé nadužívání alkoholu a jeho negativní vlivy (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020).

V 18. století lze také pozorovat jedny z prvních právních opatření, které směřovaly k snížení rizikovosti působení alkoholu (Šejvl et al., 2023).

Období, které se vyznačuje nadměrným užíváním alkoholu, je 19. a 20. století. V tomto období prameny poukazují na výskyt tzv. Kořalečního moru. Tento „mor“ se vyznačoval nadměrným užíváním kořalky napříč populací a měl za následek chudobu, vyšší kriminalitu, mortalitu a úpadek morálky široké společnosti. V této době se mluvilo o závislosti na alkoholu spíše jako o pijáctví nebo právě o moru z kořalky. Termín alkoholismus byl v této době teprve zaveden a do povědomí široké veřejnosti se dostal až s odstupem času (Pěstová, 2020). V průběhu 19. století se začaly objevovat první právní předpisy zaměřené na problémy s alkoholem a mákem, které byly doprovázeny hrozbou trestů za jejich porušení (Šejvl et al., 2023).

2.2.2 Prvopočátky protialkoholního hnutí

Počátky protialkoholního hnutí v Evropě lze sledovat již v 16. století. Do tohoto století se datuje vznik prvních spolků střídmosti a zdrženlivosti (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020). Tyto spolky vznikaly při místních farnostech a jejich hlavními představiteli byli faráři popř. místní lékaři. Měly tehdy velmi omezené možnosti ve své působnosti: neměly moc v regulaci distribuce alkoholu ani nedisponovaly žádnými finančními

prostředky. Díky jejich postoji k abstinenci, střídmému pojetí života a terapií prací se staly podnětem pro profesionálně orientované abstinentní hnutí (Šejvl et al., 2023).

Na území České země se začalo profesionální protialkoholní hnutí formovat začátkem 20. století. V roce 1905 byl založen, díky aktivitám Klubu přátel veřejného zdravotnictví, Zemský spolek proti alkoholismu, který byl následně v roce 1908 přejmenován na Abstinentní svaz, jehož název byl následně opět změněn na Československý abstinentní svaz (Šejvl et al., 2023).

Krátce po vzniku Abstinentního svazu se začala v České zemi utvářet první institucionální zařízení pro léčbu závislosti – Velké Kunčice.

2.2.3 První institucionalizované léčebny specializované na závislost na alkoholu

Mezi první československé institucionalizované léčebny specializované na závislost na alkoholu patří Velké Kunčice, Tuchlov a Istebné nad Oravou. Pro ucelení obrazu jejich vzniku je potřeba se krátce zaměřit i na vznik léčeben v zahraniční, které byly pro Československo inspirací.

Pro vznik takových léčeben bylo nutné nejdříve změnit postoj k problematice závislosti na alkoholu. K alkoholismu se přistupovalo spíše jako k božímu trestu nebo slabosti charakteru jedince než jako k nemoci, která by měla být specificky léčena. Díky činnostem protialkoholního hnutí se postoj brzy začal formovat směrem k terapeutickému a motivačnímu přístupu. Na těchto základech se následně začaly tvořit první odborné publikace o léčbě alkoholismu a na začátku devatenáctého století začaly vznikat první léčebny v USA (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020).

Při vzniku prvních léčeben se vytvářely dva rozdílné přístupy v léčbě pacienta. V USA se udržoval přístup tzv. close door. Léčba pacienta byla zaměřena na maximální soustředěnost v léčebně, z toho důvodu byl kontakt s okolním světem velmi omezen a záležel převážně na jeho plnění povinností v léčbě. Za předpokladu, že pacient dodržoval veškerý řád léčebny, mohla mu být schválena návštěva nebo poskytnut denní tisk. Vycházky z léčebny byly ale zcela výjimečné. Chod léčebny měl jasně stanovená rigidní pravidla a dbalo se na jejich dodržování (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020).

V Evropě se specialisté při zakládání nových léčeben vydali jinou, mírnější cestou – tzv. přístupem open doors. Hospitalizovaní pacienti zde měli větší autonomii a kladl se důraz na dobrovolnost pobytu. Relaps byl akceptován jako možné riziko a pacienti měli i v tomto případě možnost se vrátit zpět do léčby. Na vycházky se nejprve chodilo se zaměstnanci léčebny, následně po určité době strávené v léčebně. Byly povoleny i samostatné vycházky např. do zaměstnání nebo výpomoc mimo léčebnu (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020).

Inspirativní léčebnou pro Českou zemi byla léčebna Ellikon založená v roce 1889 ve Švýcarsku. Mezi používané metody patřili např: pracovní terapie, hypnóza, abstinence pacientů i personálu a následná péče zaměřená na život po ukončení léčby. Pacient měl možnost léčbu kdykoliv opustit, následně, pokud tomu byla kapacita zařízení nakloněná, se mohl kdykoliv vrátit. Tedy pod podmínkou, že začne léčbu od začátku. Taktéž byl v Ellikonu kladen důraz na individuální léčbu a potřeby pacienta (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2020).

2.3 České léčebny a jejich metody léčby po vzoru Ellikonu

2.3.1 Velké Kunčice

Institucionální léčebna Ellikon byla proslulá svou úspěšností nejen v rodném Švýcarsku, ale i za hranicemi. Není tedy překvapivé, že její postupy a metody inspirovaly i české odborníky. Jedním z nich byl Bedřich Konařík, který po vzoru Ellikonu a Eolshall (švédské zařízení) v roce 1911 vybudoval první specializovanou institucionální léčebnu v České zemi – Velké Kunčice.

Kapacita léčebny čítala 20 lůžek a byla určena pouze pro muže. Léčba byla stanovena na 6-12 měsíců. Ačkoliv byl Bedřich Konařík katolickým knězem, léčba byla přizpůsobena lidem všech vyznání i těm, kteří byli bez vyznání. Pro věřící byly součástí duchovní péče modlitby a společné mše v místní kapli. Pro pacienty s jiným než katolickým přesvědčením či bez náboženské orientace byly připraveny výlety do hor, společenské večery a četba knih, aby každý mohl najít svůj způsob duševní obnovy. (Šejvl & Miovský, 2017).

Podstatnou metodou léčby byla také pracovní terapie. Součástí Velkých Kunčic byly i dvě dílny: košíkářská a malírna dekoračního zboží. Pro ty, kteří nepracovali v dílnách byla alternativa práce v lese, na poli nebo obhospodařování rozsáhlého hospodářství. Tyto práce sloužily především k resocializaci pacientů, sociální adaptaci a taktéž tím byla zajišťována samostatnost léčebny (Šejvl & Miovský, 2017).

Další klíčovou součástí léčby byla systematická abstinence během pobytu a následná podpora pro jejím ukončení. Podobně jako v Ellikonu i ve Velkých Kunčicích byla léčba založená především na dobrovolnosti pobytu: pacienti mohli léčbu kdykoliv opustit a v případě návratu začít léčbu od začátku (Šejvl et al., 2023).

Velké Kunčice byly v provozu krátkou dobu. Velký podíl na jejich uzavření měla začínající první světová válka, nedostatek financí a personálu, nedostatek potravin a nedostatek pacientů pro provozování léčebny (Šejvl et al., 2023).

2.3.2 Tuchlov

Po skončení První světové války byla potřeba zřídit nové zařízení zabývající se léčbou závislostí. Zájem o její vznik se stal prioritou i pro ministerstvo zdravotnictví, které uvolnilo značné finanční prostředky na koupi loveckého zámku Tuchlov, pro novou léčebnu. Vlastníkem Tuchlova se stal Československý abstinentní svaz a ředitelem byl jmenován Bedřich Konařík.

Bedřich Konařík využil své předchozí zkušenosti a vybudoval novou léčebnu, pozměněnou od Velkých Kunčic. Léčebna byla založena 1. listopadu 1923 a přijímala maximálně 50 pacientů. Metody léčby stály na čtyřech paradigmatech (léčba, obrácení,

trest a výchova) dle toho, z jakého prostředí a v jakém rozpoložení pacient do léčby přicházel (Šejvl et al., 2023). Léčba neboli farmakologie se zaměřovala především na abstinenci pacienta, zároveň ale také využívala tehdejší prověřené postupy farmakologie (Veratrin, brom, apomorfinová kůra aj.) Složka obrácení se vztahovala k těm pacientům, kteří ve víře v Boha, nebo jiné spirituální složce nalezli smysl a mohlo jim její rozvíjení pomoci k abstinenci. Do léčby se dostávali i pacienti s povinnou léčbu závislosti z důvodu protiprávního jednání. Z tohoto důvodu se zaměřovali specificky i na tuto oblast pacienta. Dále zde figurovala i pedagogika, která se zaměřovala na pacienty, kteří neměli žádné vyznání. Ta se dále členila na další čtyři složky: probuzení svědomí, výchova k citu, rozšíření vnitřního poznání a posílení vůle.

V léčebně se dbalo na dodržování léčebného řádu. Podobně jako ve Velkých Kunčicích zde měla značnou roli metoda pracovní terapie. Práce schopní prováděli zahradnické práce, práce na poli, v zelinářské zahradě. Také se mohli zapojit do pracovní rekvalifikace v oborech: zámečnictví, knihovnictví a truhlářství. Ti, kteří nemohli provádět pracovní terapii, se učili cizí jazyky a věnovali se odbornému studiu.

V léčebně také nechyběly relaxační a pohybové aktivity. Program dne zahrnoval ranní tělocvik, masáže, vodoléčbu, zábaly, koupele a lázně. Pacienti připravovali také kulturní aktivity a chodili do divadla nebo kina. Pacienti se v rámci režimu starali o nově přijaté pacienty s akutními odvykacími stavy. Péče o těžce abstinujícího měla mít výchovný i spořivý účinek. Jako podpora v abstinenci byla po propuštění pacienta možná další písemná korespondence s vedením léčebny (Šejvl et al., 2023).

Tuchlov podobně jako Velké Kunčice zanikl vlivem začátku světové války.

2.3.3 Istebné nad Oravou

Tato léčebna vznikla primárně z důvodu nutnosti založení léčebny také pro Slovensko a Podkarpatskou Rus. Tuchlov přijímal primárně pacienty z Česka, v druhé řadě z Moravy. Pro Slovenské pacienty, kteří měli s nadměrným užíváním alkoholu problém, byla léčebna v Čechách nedostupná. Zároveň bylo na Slovensku a v Podkarpatské Rusi primárním problémem především užívání pálenky, než u nás piva (Šejvl et al., 2023).

Istebné nad Oravou v podstatě kopírovalo metody léčby po vzoru Tuchlova. Jedinou výjimkou byla nedostupnost tekoucí vody v zařízení, což podstatně komplikovalo provoz a následné terapie spjaté s vodou (vodoléčba). Zájem o léčbu nebyl natolik vysoký jako u české léčebny, protože pacienty odrazoval pobyt v hůře vybaveném zařízení.

Léčebna zanikla v roce 1949 a její funkci přebraly jiné nově vzniklé léčebny na území Československa (Šejvl et al., 2023).

2.4 Situace před Apolinářem

Po skončení Druhé světové války bylo potřeba vybudovat nové instituce, které by se zabývaly léčbou závislostí po celém Československu. Původní zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu se během války rozpadla, nebo byla ve velmi špatném stavu. Mnoho specialistů v oboru léčby závislosti se nedožilo konce války, nebo zemřelo záhy po ní jako např. Bedřich Konařík nebo Jan Šimsa (Janíček, 2014). Lidé s poruchou závislosti se v té době měli možnost léčit pouze na všeobecných psychiatrických odděleních (Miovský et al., 2018).

V této době začal obnovovat svoji činnost Protialkoholní svaz. Protialkoholní svaz byla původně instituce zabývající se alkoholovou problematikou za První republiky, která omezila svou činnost kvůli vypuknutí Druhé světové války (Janíček, 2014). V roce 1948 došlo k jeho vnitřní stabilizaci a začaly se pořádat celostátní setkání. Protialkoholní svaz ale mylně přikládal význam pouze podpoře prezidenta republiky a disponoval na úrovni státní správy pouze jediným specializovaným orgánem – poradním sborem pro boj proti alkoholismu (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2021). Situace na národní úrovni nebyla tedy zcela příznivá.

Jaroslav Skála začal působit na psychiatrické klinice již v roce 1946. V té době byl poslán profesorem Hořejším na první poválečnou konferenci o alkoholismu do Bruselu. Na konferenci dospěl k závěru, že léčba alkoholismu je relevantní téma pro další podrobnější studium. Zaujalo ho, jak společenství anonymních alkoholiků, tak i averzivní léčba Emetinem, kterou se rozhodli na klinice aplikovat ještě před založením samotného oddělení u Apolináře v roce 1947. Další aktivitou, která předcházela vzniku oddělení, bylo založení první svépomocné socioterapeutické skupiny tzv. KLUSu (Klub lidí usilující o střízlivost) (Skála, 1998).

V srpnu 1948 byla Jaroslavu Skálovi nabídnuta možnost využít nemocniční prostory poblíž kostela sv. Apolináře a přemístit tam oddělení závislostí z původní budovy Psychiatrické kliniky. Skála využil příležitosti a 7. září započalo stěhování potřebného vybavení. Již dva dny po přesunu začal vyšetřovat prvního pacienta (Skála, 1998).

2.5 Apolinářský model léčby závislosti

Metody a formy používané dnes jako základ léčby v ústavních střednědobých léčebnách na území České republiky pocházejí z již jmenovaného Apolinářského „Skálova“ modelu. Patří mezi něj aktuálně několik metod, které se dříve měnily a dotvářely časem:

- Strukturovaný program,
- Režim a pravidla,
- Léčebné společenství,
- Komunitní setkání,
- Skupinová a individuální psychoterapie,
- Rodinná a partnerská terapie a poradenství,
- Pracovní terapie,
- Volnočasové aktivity.

I když byla léčba U Apolináře vždy lékařského charakteru, můžeme v ní nalézt metody terapeutické komunity i ve výše vypsaných metodách. První komunity u nás vznikaly výhradně ve zdravotnických zařízeních a jednou z prvních se jevil právě Apolinář (Kalina, 2008a). Zároveň je poměrně složité a nepřesné připisovat první působení terapeutické komunity v Apolináři. Dalo by se říci, že se na úplných začátcích Jaroslav Skála spíše inspiroval, podobně jako hlavní zakladatelé terapeutických komunit Jones a Main, poznatky z oblasti výchovy sociálně narušené mládeže (konkrétně Makarenkových výchovných komunit). Sám Jaroslav Skála ale přiznává působení jeho modelu jako terapeutické komunity (Kalina, 2008a).

Metody, které využívá Apolinářský model budou blíže specifikovány v průběhu výzkumné části.

2.6 Rejstřík pojmů

Becozym – komplex vitamínů skupiny B, který obsahuje thiamin hydrochlorid (B1, 10 mg), riboflavin sodný fosfát (B2, 4,57 mg), niacinamid (B3, 40 mg), dexpanthenol (B5, 6 mg) a pyridoxin hydrochlorid (B6, 6 mg) (Obiedallah, M. et al., 2024).

Strychnin – je látka, která inhibuje glycinové receptory. V malých dávkách má tlumivý efekt, ve velkém množství vyvolává svalové křeče, záškuby a zvyšuje svalové napětí (Wikiskripta, 2023).

Psychoton – jiným jménem benzedrin sulfát patří do skupiny amfetaminů. Má specificky povzbudivé účinky. Při požití zvyšuje pozornost, odstraňuje dočasnou únavu, má antistresové účinky (Kříž, 2009).

Pilokarpin – látka s parasympatomimetickými účinky, vyvolává pocení, využívá se v očních kapkách (zužuje zornici a vyrovnává nitrooční tlak) (Lékařské slovníky, n.d. a).

Efedrin – návyková látka, která je prekurzorem výroby amfetaminu. Má stimulační a sympatomimetické účinky na centrální nervovou soustavu (Wikiskripta, 2022).

Harm reduction – soubor přístupů zaměřující se na snižování a minimalizaci rizik poškození drogami (Wikiskripta, 2018).

Psychogymnastika – metoda ve skupinové psychoterapii. Neverbální komunikace za pomocí gestikulace (Lékařské slovníky, n.d. b).

Tvarová terapie – tzv. Gestalt terapie, která klade důraz na uvědomění si vlastního chování a pocitů v daném okamžiku. Probíhá ve skupině, ale terapeut se zaměřuje na jednotlivé klienty (Studium psychologie, n.d.).

Transparence skupin – léčebná metoda, kterou se nepodařilo přesně určit. Mohlo by se jednat o tzv. otevřenost uvnitř skupiny.

Taraktická terapie - je velmi specifický přístup, který se skrýval za veškerými aktivitami pacientů. Pacienti byli podrobováni přísným požadavkům, které často byly nad jejich síly. To vytvářelo frustraci a větší riziko vzniku konfliktů. V podstatě byli vyprovokováni ke sporu, který, mohli řešit v bezpečném prostředí. Vyprovokování nebo dráždění se považuje za jednu z metod Apolinářského modelu. Pacienti ji přezdívali „buzerací“.

Hydroterapie – léčebná metoda využívající fyzikálních vlastností vody (Národní zdravotnický informační portál, n.d.).

Sociometrie – je technika měření náhledu komunity při volné tribuně

Volná tribuna - Jednalo se tříhodinovou schůzi, které se zúčastnilo celé oddělení včetně pracovníků na oddělení. Byla vedena terapeutem a jednalo se o prostor pro otevřené řešení

sporů na oddělení skupiny i jednotlivce. Mohla být na tribunu přizvána i osoba mimo léčebnu, např. manželka nebo vedoucí z práce. Také byly na volné tribuně probírány i problémy jednotlivce, který byl následně nucen učinit nějaké rozhodnutí (Kubička, 1975).

3. Výzkumná část: Vývoj Apolinářského modelu

Výzkumná část práce je strukturována do podkapitol, přičemž každá se věnuje konkrétní dekádě. Postup v rámci výzkumu je primárně chronologický a vychází z archivních materiálů, které byly k danému tématu nalezeny. Aby byla orientace v léčebných postupech u Apolináře přehlednější, jsou jednotlivé kapitoly doplněny schématy a tabulkami, které jsou řádně číslované a jejich seznam je uveden v přílohách na konci práce.

3.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumné práce bylo prostřednictvím obsahové analýzy dobových publikací objasnit, jakým způsobem se vyvíjel Apolinářský model léčby závislosti v letech 1948-1989 na mužském lůžkovém oddělení. Výzkum je zaměřen na zmapování postupného formování specifického léčebného konceptu a praktickou aplikaci v uvedeném období.

3.2 Výzkumné otázky

- Jak se v průběhu let 1948-1989 měnily terapeutické metody léčby?
- Byly v letech 1948–1989 zavedeny terapeutické metody které se později ukázaly jako nefunkční a přestaly se používat?
- Jaké léčebné techniky a metody byly součástí Apolinářského modelu léčby závislosti?

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou historické texty, zabývající se modelem léčby v Apolináři, metodami jeho práce a hodnocením výsledků. Jedná se o jednotlivé články v časopisech: Československá psychiatrie, Protialkoholický obzor, Zdravotnická revue, Praktický lékař, Zdravý lid, Speciální psychiatrie, Zdravotnická pracovnice, Časopis lékařů českých a Zdravotnické noviny.

Nelze opomenout knihy, které se zabývají vznikem a léčbou závislosti a ve svých kapitolách přímo popisují léčbu v Apolináři. Výzkumný soubor tvoří přednostně výše zmiňované prameny vydané v letech 1948-1989.

3.4 Metody analýzy dat

Diplomová práce byla vypracovaná s využitím metody kvalitativní obsahové analýzy podle přístupu Ferenčíka (2010) a Miovského (2006), zaměřené na analýzu dobové literatury vztahující se k vývoji Apolinářského modelu léčby závislosti v letech 1948-1989. Jako první krok byla stanovena klíčová slova (uvedená výše) pro určení komplexního univerza a na jejich základě byly identifikovány relevantní historické texty.

V procesu sběru dat byly jako zásadní zdroje využity databáze Medvik, EBSCOhost, a Kramerius. Pro sběr dat se stala přínosem taktéž rešeršní studie Klimešové z roku 2017.

Zmiňovaná autorka se detailně věnovala rešerši na témata: Apolinář, Jaroslav Skála, u Apolináře, Apolinářský model a protialkoholní v kontextu doby 1957-1989. Seznam těchto textů byl podroben hlubšímu zkoumání ve vztahu k léčbě závislosti v Apolinářské léčebně.

Při detailní analýze dobových dokumentů pro práci bylo nezbytné využívat služby vyhotovení kopií exemplářů, nebo dokumenty zpracovávat přímo na pobočkách knihoven. Výše zmiňované textové dokumenty jsou uloženy primárně v Národní lékařské knihovně a Národní knihovně (Klimešová, 2017).

V práci je kladen důraz přednostně na zdravotnickou literaturu, do které přispíval Jaroslav Skála do výše zmiňovaných časopisů a kompletní Skálovu produkci knih.

Při analýze probíhalo kódování textů induktivně, tedy na základě objevených vzorců a významových okruhů, které se v datech objevily během samotné analýzy. Každý nalezený dokument byl klasifikován chronologicky a tematicky, čímž byla zajištěna přehlednost materiálů s důrazem na sledování vývoje léčebných metod v časovém pořadí.

Důraz byl kladen primárně na chronologickou posloupnost dle dohledané literatury. Dokumenty byly podrobeny detailnímu zkoumání. Byly zde hledány vzorce, týkající se léčebných metod, jejich vývojem, změn a případných vysvětlení, zda byly změny uskutečněny z určitého uvedeného důvodu. Obsahová analýza probíhala u každého nalezeného dokumentu. Vytvořené kódy byly následně sloučeny do širších kategorií, které reprezentují klíčové oblasti výzkumu, jako jsou etapy vzniku metod, vývoj metod, případně jejich zánik, délka pobytu pacientů, externí aktivity Apolináře apod.

Klíčová slova pro práci jsou: Jaroslav Skála, apolinářský model, léčba závislosti, alkoholismus, Apolinář.

3.5 Etika

Pro účely diplomové práce byly čerpány informace z veřejně dostupných zdrojů a řádně citovány v souladu s autorským zákonem č. 121/2000 Sb.

Etická komise pro posuzování studentských závěrečných prací Kliniky adiktologie 1. LF a VFN v Praze udělila 11. 4. 2023 souhlasné stanovisko k této diplomové práci pod č. j. EKSKAD-038/2023.

3.6 Počáteční dekáda fungování léčebny (1948-1958)

Přestože samostatné oddělení U Apolináře vzniklo 7. září 1948 přesunutím původního oddělení z psychiatrické kliniky profesora MUDr. Myslivečka (Miovský et al., 2018), první ověřená dobová data o průběhu léčení v léčebně U Apolináře sahají do roku 1949.

Mezi první texty věnující se léčbě v Apolináři patřil článek z časopisu Praktického lékaře a kapitola z knihy Jak se dívat na alkoholismus (Skála, 1949a; 1949b). Dle analyzovaných dat bylo nezbytné využít poznatky novodobé práce Slopovské (2020), která zaznamenává některé chorobopisy z výše zmiňované doby. Ačkoliv se Slopovská zabývala v práci chorobopisy z roku 1948, na uvedených naskenovaných dokumentech v její práci byly i listy z let 1950. Proto se mohou považovat za první dokumenty, popisující léčbu v Apolináři právě ty z let 1949.

V uvedeném článku z časopisu Praktický lékař byly zaznamenané pouze informace o samotném založení výzkumného objektu této práce: prvního samostatného oddělení pro studium a léčení alkoholismu. Dle článku z Praktického lékaře v roce 1949 čítalo 32 lůžek a 8 lůžek pro noční a denní ambulanci (Skála, 1949a).

3.6.1 Averzivní léčba Emetinem, Apomorfinem a Disulfiramem, rok 1949 a 1950

Pro tuto podkapitolu je potřebné vysvětlit několik odborných termínů. Je jimi samotná averzivní terapie, a dále látky, které se v minulosti i současnosti využívají jako prostředek medikamentózní léčby: Emetin, apomorfin a disulfiram.

Chemická **averzivní terapie** se zaměřuje na snížení bažení po droze jako na jeden z primárních výsledných cílů v abstinenci. Při léčbě alkoholismu pomocí látek jako je disulfiram nebo Emetin dochází k vyvolání silně nepříjemné fyzické reakce po požití alkoholu. Tento proces narušuje pozitivní vazbu, kterou má jedinec k alkoholu a vytváří negativní spojení s jeho konzumací. Má za cíl odradit pacienta od dalšího pití (Elkins et al., 2017).

První látka, která se začala využívat k averzivní terapii byl **Emetin**. Averzivní terapie Emetinem byla v dobové literatuře uváděna jako odvykací kůra nebo odvykací sezení. Pod tou si lze představit užití Emetinu a následné ochutnávání či očichávání alkoholu. Reakcí na kontakt s alkoholem měla být zvracivá reakce pacienta a touto zkušeností se měl vytvářet negativní podmíněný reflex na alkohol. Kontraindikací pro tuto léčbu byla např.: vředová choroba, aktivní forma tbc, těhotenství, hypertenze, velká podváha, diabetes aj. (Skála, 1956). Před založením samotného Apolináře, začal Jaroslav Skála averzivní terapii Emetinem praktikovat na psychiatrické klinice v roce 1947 (Miovský, Popov & Šejvl, 2018). O jeho následném pokračování a vyvíjení metody s pomocí Emetinu se věnuje tato podkapitola níže.

Další látka, která byla využívaná později v Apolináři touto formou byl apomorfin. **Apomorfin** měl během léčby oproti Emetinu bouřlivější, zato méně protahovanou reakci u pacienta. Někdy byla reakce natolik bouřlivá, že docházelo až ke kolapsům. Někteří pacienti mohli být vůči apomorfinu rezistentní. Tato látka měla stejné kontraindikace jako Emetin, s výjimkou velké podváhy a diabetu (Skála, 1956).

Třetí látkou, která se používala v léčebně U Apolináře byl **disulfiram**. Ve dvacátém století byl znám také jako Klusaurin, Stopethyl, Antabus a TETD. Účinek této látky popsali v roce 1948 dánští chemici Jackobsen a Hald a dánský lékař Larsen-Martensen. Při nasazení léčby disulfiramem bylo potřeba mnoha lékařských vyšetření z důvodu výskytu možných kontraindikací. Kontraindikace uváděné Skálou v roce 1956 byly: akutní zánětlivá onemocnění, choroby srdce a koronárního systému, astma, plicní choroby, psychózy, těhotenství a jiné. Na pomyslné misce vah však Skála poměřuje, zda nevyléčení alkoholismu nebude mít horší následky než případná léčba disulfiramem s možnými vedlejšími účinky.

Důležitou součástí přípravy pacientů na odvykací kůru v Apolináři byla vitaminová léčba. Významně o tom pojednává Skála (1949b). Prvních 12 dní byly aplikovány injekce do svalu. Ty měly posilovat pacientovu psychiku, taktéž tělesnou zdatnost a podporovat chuť k jídlu. V začátcích léčby se kladl důraz na lékařská vyšetření a rekonvalescenci pacienta. Při zlepšení pacientovi kondice se aplikovala averzivní terapie. Poté se mohl více soustředit na pestrý program léčby. O důsledné přípravě pacienta na léčbu byly nalezeny informace v práci Slopovské (2020). Byly z ní patrné položky uvedené na chorobopisech: vyšetření RTG plic, srdce a žaludku, vyšetření moči, jaterní zkoušky, oční, ušní, krční, nosní a zubní vyšetření. Tyto vyšetření museli pacienti splnit, aby mohli pokročit v léčbě dále.

Ačkoliv v kapitole Skála (1949b) nejdříve uvádí zahájení averzivní léčby koncem třetího týdne, tvrzení o odstavec dále z textu tento fakt vyvrací (nalezeny dvě vylučující se informace v jednom textu). Při prozkoumání článku od Skály (1950), který pojednává o averzivní terapii se dosvědčuje, že tato léčba ve skutečnosti začala po 14ti dnech léčby pacienta v zařízení. Pokud tedy nedošlo k výrazným změnám během jednoho roku, je možné uvést jako platný fakt z článku z roku 1950 (Skála, 1949b; 1950). To znamená, že po 12 dnech začínala pravděpodobně averzivní terapie, trvala týden a poté měl pacient čas na zotavení.

Denní rozvrh emetinové kůry v roce 1949

- 8:00 h podkožní injekce
- 10:00 h čaj plus 3 tbl pro nás neuvedené látky (nejspíše Emetinu)
- Hned po desáté ochutnávání a čichání k alkoholu

Pro ochutnávání a čichání k alkoholu byl vymezen určitý pokoj, kde byly umístěny známé značky sedmi druhů alkoholických nápojů (pivo, whiskey, víno, koňak, sladký likér, rum a čaj s rumem). Toho času mu byla aplikována podkožní injekce a pacient pod

dohledem lékaře začal čichat a ochutnávat alkohol. Pacient se kvůli nevolnosti způsobené reakcí alkoholu s averzivní látkou přímo neintoxikoval, protože většinu konzumovaného alkoholu vyzvrátil. Ke konci sezení užil pacient 3 dcl piva naráz, i to ale doprovázelo zvracení. Toto sezení se opakovalo po dobu sedmi po sobě jdoucích dní (Skála, 1949b).

Ačkoliv byl důraz v tomto období kladen především na odvykací kůru, nelze opomenout v tomto období první zmínky o psaní deníků a pracovní terapii:

„A každý den večer píší do svého deníku, jak strávili den, jak spali, jestli jim chutnalo, zda mají nějaké starosti, jaké práci se přes den věnovali a. j.“ (Skála, 1949b).

Skálova poznámka o denících zakončuje v této práci rok 1949 a přechází tak v rok 1950.

Práce Slopovské (2020) umožnila nahlédnout do tzv. „Časového rozvrhu mého pobytu v Apolináři“, dokumentu, který sloužil jako záznamový arch a kalendář plánovaných událostí, které měl pacient v léčbě splnit. Uvedený záznamový arch pocházel z roku 1950. Mimo jiných poznatků poukazoval i na začátek vitaminové léčby druhý den, kdy by měla být pacientovi podána injekce Becozymu a tři tablety vitaminu C. Ty měl ošetřovatel v podobě dalších 12 injekcí aplikovat pacientovi do svalu. Skála (1950) téhož roku zmiňoval podávání konkrétních vitamínů před i po těchto náročných kůrách. V podstatě potvrzoval podávání výše uvedených vitamínů a doplňuje dále pravidelné požívání pomerančové šťávy s vitamínovou přísadou.

Při porovnání s rokem 1949 to mohlo znamenat rozšíření vitamínové péče pacienta, ve smyslu pokračování vitamínové suplementace i po skončení první fáze jeho rekonvalescence.

Další změnu oproti roku 1949 zaznamenal Skála a Maťová v roce 1950. Uvedl jiný, zato podrobnější postup, který byl obohacený jinou látkou. Jako první byla uvedena emetinová léčba, následně byla zmíněna léčba Antabusem (tehdy známým jako Klusarinem):

Denní rozvrh emetinové terapie v roce 1950

- 9:00 h podkožní aplikace Strychninu s tabletou Psychotonu
- 11:00 h podání vody s Emetinem
- 11:15 - 11:20 h aplikace injekce Emetinu, Pilokarpinu, apomorfinu a Efedrinu
- Následně ochutnávka a čichání k alkoholickým nápojům
    - Po 5 až 10 minutách prvního zvracení podání cca 0,5 l teplé vody s destilátem
    - Zvracení a opětovné pití alkoholických nápojů
    - Délka sezení: 15-20 minut

Dávky Emetinu, Pilokarpinu, apomorfinu a Efedrinu se postupně navyšovaly dle potřeby. Po určité době ochutnávání a čichání se mělo u pacienta vyvolat zvracení. V tu chvíli požíval alkoholické nápoje: víno, destiláty, pivo. Pacient se napil tolikrát, aby vždy po napití měl nutkání zvracet, následovalo napití se vody s destilátem. Dále sezení pokračovalo dle schématu (Skála & Maťová, 1950).

V případě Antabusu pacient dostal první den 3 tabletky, druhý den 2 a následně pil cca 70 ccm – 150 ccm destilátů nebo odpovídající množství vína. Antabus u pacienta vyvolal zrudnutí obličeje, zhoršil se mu dech, měl pulzující bolesti hlavy a pocit úzkosti. Nakonec cítil i nevolnost a zvracel. Tento stav trval 2-4 hodiny a začal cca 10 minut po požití alkoholu. Následný den ráno se probouzel do stavu „kocoviny“.

Kombinace výše zmíněných preparátů byla následovná: Po dvou sezeních s Antabusem se pacient účastnil pěti sezení s Emetinem, pro vytvoření podmíněného reflexu. Měsíc až čtyři po skončení kůry byli pacienti písemně zváni na opakovací kůry. Domů si brali tablety Antabusu (Skála & Maťová, 1950). Díky časovému harmonogramu z práce Slopovské (2020) lze odvozovat, že pacienti v roce 1950 si měli již desátý den v léčbě říci o tři tablety Antabusu, jedenáctý den o dvě tablety a dvanáctý den o jednu. Až poté započala výše zmiňovaná kůra zahrnující dvě sezení s Antabusem a pět sezení s emetinovými injekcemi. Záznamový arch tedy zcela odpovídá informacím od Skály a Maťové (1950) a Skály (1950).

V Apolinářských metodách je níže zpracovaná tabulka 1, která je uvedena za účelem získat lepší přehled o předpokládaném průběhu léčby v Apolináři. Tabulka 1 je rozdělena do sedmi týdnů, v tolika měla léčba probíhat.

Tabulka 1

Program léčby v roce 1950

1.Týden	2.Týden	3.Týden	4.Týden	5.Týden	6.Týden	7.Týden
1.Den Vyšetření, vitamínová léčba	8.Den Vitamínová léčba	15.Den Emetinová kůra	22.Den	29.Den Rekreace Bohumil	36.Den Rekreace Bohumil	43.Den Nejspíše návrat
2.Den Vyšetření vitamínová léčba	9.Den Vitamínová léčba	16.Den Emetinová kůra	23.Den	30.Den Rekreace Bohumil	37.Den Rekreace Bohumil	44.Den
3.Den Vyšetření, vitamínová léčba	10.Den Vitamínová léčba, 3 tlb Antabus	17.Den Emetinová kůra	24.Den	31.Den Rekreace Bohumil	38.Den Rekreace Bohumil	45.Den
4.Den Vitamínová léčba	11.Den Vitamínová léčba, 2 tbl Antabus	18.Den Emetinová kůra	25.Den	32.Den Rekreace Bohumil	39.Den Rekreace Bohumil	46.Den
5.Den Vitamínová léčba	12.Den Vitamínová léčba, 1 tbl Antabus	19.Den Emetinová kůra	26.Den	33.Den Rekreace Bohumil	40.Den Rekreace Bohumil	47.Den
6.Den Vitamínová léčba	13.Den Antabusové sezení	20.Den	27.Den	34.Den Rekreace Bohumil	41.Den Rekreace Bohumil	48.Den
7.Den Vitamínová léčba	14.Den Antabusové sezení	21.Den	28.Den	35.Den Rekreace Bohumil	42.Den Rekreace Bohumil	49.Den Ukončení léčby

V tabulce 1 je možné sledovat volná pole. V těchto volných polích se dle předpokladu pacienti naplno věnovali programu, který je blíže uveden v následující kapitole. Následně nelze opomenout v pátém a šestém týdnu položku tzv. Rekreace Bohumil. Dle dokumentů od Slopovské (2020) se v jednom z nich vyskytuje zmínka o existenci rekreací v Bohumili, o bližším průběhu není v historických textech záznam.

3.6.2 Léčebný režim a program v roce 1950

Averzivní terapie tvořila jednu z podstatných částí léčby závislosti na alkoholu. Další důležitou složkou byl přesně daný program a režim. I když se jedná v této kapitole spíše o medikamentózní vývoj léčby, program a režim měl v tomto období taktéž své místo.

Týdenní program sestavený dle dokumentů z roku 1950

- Pondělí – schůzka KLUS
- Úterý – pracovní diskuze
- Středa – návštěvy/vycházky – divadlo/biograf
- Čtvrtek - přednáška
- Pátek – diskuze pro aktuální a bývalé pacienty, pro žadatele o léčbu
- Sobota – neděle – pracovní klid

Dle nalezení dvou vzájemně se doplňujících článků z téhož roku byl vytvořen pro účely práce hrubý odhad denního řádu v té době:

Denní řád sestavený dle informací ze článků z roku 1950

- 6:30 h – budíček
- 7:00 h ranní rozcvička (cca 15 minut)
- 8:00 h pracovní terapie
- 12:00-14:00 h osobní volno
- 14:00 h pracovní terapie/společné diskuze/výchovné kroužky/pracovní schůze
- 19:00-21:00 h psaní deníků/přednáška KLUS
- 21:00 h klid (do 21:30 h poslouchání rozhlasu)

V pondělí od 19:00 do 21:00 hodin probíhaly přednášky pořádané KLUSem. Program zahrnoval odbornou prezentaci vedenou klinickým lékařem specializujícím se na protialkoholní léčbu nebo duševní hygienu. Lékař nejprve představil vybrané téma a následně se věnoval praktickým přístupům a strategiím zaměřeným na řešení problémů spojených s alkoholismem.

V úterý se konala pracovní diskuze, na které se stanovil pracovní program na celý týden. Tehdy se práce v léčebně nazývala tzv. „therapií činnostní“. Zahrnovala práci na zahradě, v kanceláři, dílnách, upravování oddělení a v archivu (Skála, 1950). Přidělení do pracovních skupin bylo na základě pacientova povolání, nebo dle určení lékaře. Každý pacient měl přidělenou určitou funkci po celou dobu svého pobytu, která zůstávala neměnná (kulturní referent, cvičitel, svolavatel, velitel světnice apod.) (Skála & Maťová, 1950). Dohromady měli pacienti splnit 20 hodin této terapie za léčbu (Skála, 1950).

V úterý byl také vyhlašován výsledek bodovací soutěže a z něj plynoucí výhody či nevýhody pacientů. Tímto zdrojem je zmíněn bodovací systém v rámci Apolinářského

modelu (Skála, 1950). V dokumentech Slopovské (2020) je možné dohledat jeden list, který je označen jako bodovací arch. Z dokumentu však není patrné, na který rok byl přesně vystaven. Ačkoliv autorka práce cílila pouze na chorobopisy z roku 1948, lze zde nalézt i dodané dokumenty z doby následující z důvodu opakovací kůry. V případě návratu do léčby pacientovi pokračovala lékařská karta.

„Je ohlašován výsledek bodovací soutěže (té se účastní všichni pacienti a je při ní každý týden oceňován vzhled, pečlivé vedení deníku, zlepšovací návrhy, výsledky v práci, příspěvky pro KLUS a diskuze), která zároveň určuje výhody, udělované podle výše dosažených bodů." (Skála, 1950, s. 76).

Bodovací systém popisuje i Skála a Maťová (1950). Poukazují na odměňování body za dobře odvedenou práci při pracovní terapii.

Jednou za 14 dní se v úterní diskuzi předčítaly výsledky různých vyšetření. Úterý bylo věnováno nejen pacientům, ale také jejich blízkým. V roce 1950 jsou první zmínky o práci s manželkami, družkami či matkami pacientů. Byly jim poskytovány semináře každé úterý, kde byly seznamovány s projevy alkoholismu. U žen byla podporována důvěra ve vyléčení jejich nejbližších (právě léčených pacientů). Na seminářích se dozvěděly postupy, jak zlepšit prostředí pro blízkého, který se vracel domů z léčby (Skála & Maťová, 1950).

Středeční program zahrnoval návštěvy a vycházky. Pacienti se večer mohli zúčastnit vycházky do divadla nebo biografu (Skála, 1950).

Ve čtvrtek se pacienti účastnili přednášek zaměřených na škodlivé účinky alkoholu. Skála a Maťová (1950) uvádí podrobnosti o těchto přednáškách: Jednalo se o cyklus sedmi přednášek, které vedl určitý specialista – vedoucí lékař. Seznamoval pacienty s problémem alkoholu a jeho vlivem na zdraví. Přednáška trvala přibližně 40 minut po níž následovala diskuze. Poté pacienti odpovídali písemně na tři otázky, týkající se tématu.

V pátek se pořádala diskuze s aktuálními i bývalými pacienty. Zároveň zde byli přizváni i žadatelé o léčbu a příbuzní všech již zmiňovaných. Vedl ji lékař, který z požadavků příchozích vyčlenil dvě až tři témata, kterým se následně věnovali. Dle Skály (1950) byla účast na pravidelných diskuzích podmínkou k přijetí nových pacientů. Po splnění čtyř diskuzí, mohl být pacient přijat do léčby. Toto pravidlo se týkalo pražských pacientů. Tzv. „venkovští" pacienti byly zapsáni do záznamu a byli přijímáni postupně. Jako poznámku zde autor uvádí:

„Na těchto večerech, stejně jako na úterní pracovní diskuzi, je účastníkům podávána černá káva, která – podle zkušeností – znamenitě přispívá k neformálnosti rozhovoru." (Skála, 1950, s. 76)

Sobota a neděle byly vyhrazeny pro pracovní klid. Pacienti mohli jít na vycházku nebo mít návštěvu.

Skály (1950) uvádí, že nebyl věnovaný kultuře jeden den, ale dva dny. Je tedy otázkou ve kterém dalším dni to bylo možné. Také se zmiňuje o pořádání kulturních večerů, na které byli zváni umělci. Tito umělci měli pacientům zpříjemnit léčbu.

Při sestavování základního programu dne je nezbytné zmínit, že v léčbě závislosti chybí podstatná technika práce se závislými, a tím je psychoterapie v jakékoliv formě. Psychoterapie, jak je známá dnes, je odborná a kvalifikovaná činnost. Jejím obsahem je léčení nebo ovlivňování duševního stavu. Také nabízí pomoc při dosahování změn, které jsou potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví (Kalina, 2013). Dnes je známo mnoho směrů, které se zabývají psychoterapeutickou léčbou psychického zdraví. Pod pojmem psychoterapie ve střednědobé ústavní léčbě panuje spíše představa o skupinové psychoterapii, nebo individuální terapii.

V letech 1950 Maťová a Skála zmiňují praktikování psychoterapie. Nicméně při zkoumání Apolinářského modelu v kontextu tehdejší doby lze konstatovat, že psychoterapie v podobě, jak ji známe dnes, se v této době pravděpodobně neuplatňovala.

Psaní deníků bylo poprvé zmíněno již v roce 1949 a objevilo se také v dokumentech z roku 1950. Pro tuto aktivitu byl vyhrazen čas od 19:00 h do 21:00 h, během kterého pacienti odpovídali na 21 otázek souvisejících s jejich prožitým dnem. Otázky se týkaly léčení, spaní, stravování, starostí, zajímavostí atd. (Skála, 1950).

Pro vybrané pacienty fungoval i tzv. noční internát. Po základní kratší léčbě byla možnost docházet do své práce. Večer se pacienti vraceli na program a přespání do léčebny (Skála & Maťová, 1950).

Jednou z nejznámější událostí, která se pojí k Jaroslavu Skálovi a roku 1950, je založení první záchytné stanice. Jaroslav Skála se k události vyjadřoval takto:

„Od polovice října bude však otevřena tak zvaná noční ambulance, kam budou přicházet akutní intoxikované případy a které budou ošetřovat kromě medika a ošetřovatelů i pacienti, na oddělení právě se léčící, držící tuto noční službu, aby si získali tak plný náhled na svou nemoc (Skála, 1950, s. 77).“

Jednalo o významný pokrok v zachycení problémového užívání alkoholu a harm reduction. Zaznívá spíše z toho důvodu, že byla v ten čas významnou složkou pro léčení pacientů v Apolináři. V roce 1950 napsali Skála a Maťová zprávu o nově uvedené noční ambulanci. Dále zde uvádí, že „nemocný“ je ošetřován pacienty, kteří se právě na oddělení léčí. Následující den ráno mu starší pacient ukazuje celé oddělení, zve ho na společné večery a vysvětluje mu význam léčby. Tento úkaz značí reálnou službu pacienta na záchytné stanici od jejích počátků.

V letech 1949 a 1950 byly popsány počátky léčby poměrně důkladně. V dalších několika letech se nelze z veřejně dostupných zdrojů dozvědět bližší informace o postupu

vývoje modelu léčby v Apolináři. O roce 1952 byla nalezena pouze zmínka v článku Alkoholismus z roku 1957. Mělo dojít ke změně používaného preparátu Klusarinu za Stopethyl. Název Stopethyl byl český obchodní název (Skála, 1957).

Dále byly na základě klíčových slov nalezeny dokumenty z roku 1957, jednající o léčbě v Apolináři. Jeden od Jaroslava Skály a další dva od Otterové a Brožové. V článcích je napsáno blíže o režimu léčby a např. i o změně délky pobytu.

3.6.3 Režim léčby v roce 1957

Délka léčby v roce 1957 byla stanovena na osm týdnů, zároveň Skála (1957) uvádí u mladších pacientů (do 30ti let) a u pacientů s halucinogenními komplikacemi při vstupu do zařízení délku až tří měsíců. Zároveň zde podotýkal, že delší léčba se měla vyplatit, ačkoliv nemocní nešli o měsíc déle do práce.

Opět pro lepší orientaci je uvedeno schéma:

Denní režim dle sestavený na základě dokumentů z roku 1957:

- 6:00 h – budíček
- 6:15 – 6:30 h – rozcvička
- (čas neuveden) – ranní hlášení
- 8:00 – 11:30 h – pracovní terapie
- 11:30 – 13:15 h – oběd + osobní volno
- 13:45 - 16:30 h – uklízení lůžek + odpolední zaměstnání
- 17:00 h – večeře
- 18:00 – 19:30 h – kolektivní večerní program
- 21:00 h – první večerka (osobní hygiena)
- 21:45 h – druhá večerka (povinný noční klid)

Lze si v roce 1957 povšimnout několika úprav od předchozího režimu. Ihned na úvod je popsán budíček pacientů, který se nejspíše posunul na šestou hodinu ráno, z původní půl sedmé. Následně byla téměř ihned rozcvička v 6:15 h, délka rozcvičky se zachovala, i v tomto roce trvá 15 minut. Rozcvička měla plnit úlohu změny způsobu, jak pacient dříve začínal den a budovat zdravé návyky do budoucího života. Zároveň měla přispívat k tělesnému zdraví, odolnosti a svěžesti. Průběh rozcvičky byl hodnocen cvičitelem a ošetřovatelem (Brožová, 1957). V programu chybí uvedení snídaně.

Poměrně velký důraz byl kladen i na úklid téměř celého zařízení. Pacienti se tak měli naučit smyslu pro pořádek, který pozbývali ve svém životě v závislosti. Uklízely se lůžka, světnice, rayony, chodby, schodiště, koupelny apod. Pro hodnocení úklidu byli stanoveni tři pacienti, kteří se prokázali jako nejlepší v úklidu. Říkalo se jim tzv. Trojka čistoty (Brožová, 1957).

Následovalo ranní hlášení, které vedl předseda spolusprávy. Ani tento bod nebyl zmíněn v roce 1950. Otázkou je, zda nebyl pouze zmíněn, nebo se jedná o novou praktiku během dne. Brožová (1957) zde zdůrazňuje důležitý výchovný prostředek právě přenesení dodržování režimu na samotné pacienty, předsedou spolusprávy tedy nejspíše byl jeden z pacientů oddělení. Pacienti během ranního hlášení odpovídali za stav světnice, žádali o vyšetření nebo ošetření, nahlašovali onemocnění apod. Předseda následně ohlašoval denní povinnosti jednotlivých pacientů. Povinnosti mohly být různorodého charakteru: pohovor s lékařem, odvykací kůra, psychologické vyšetření nebo např. pohovor se sociální pracovnicí. Lze si všimnout, že ranní hlášení se již v tuto dobu podobalo ranní komunitě, která nechybí téměř v žádné střednědobé ústavní léčebně.

Při zmínce o odvykací kůře je možné konstatovat, že byla stále upřednostňována léčba Emetinem v kombinaci s apomorfinem jako účinné behaviorální terapie. Účinek Emetinu byl protahovanější a nebyly u něj větší zdravotní komplikace. V roce 1957 a následně poté i v 1958 převládal názor, že i když byla tato farmakologická léčba nezbytná, nebyla by účinná bez řádné psychoterapie. Zároveň převládala myšlenka, že výhoda Stopethylu spočívala v jeho možném podávání i v ambulantní formě a tím možné kratší ústavní péči.

Další funkcí byl tzv. plánovač. Ten přiděloval pacienty na různá pracoviště. Hlášení kontroloval vedoucí lékař za účastí ostatního personálu. Následně lékař zjišťoval, jak si pacienti pamatovali své povinnosti, denní program a jak udržovali režim ústavu. Probíhalo zhodnocení rozcvičky, úklidu od trojky čistoty, zachování hygieny, přebírala se zpráva od nejlepšího důvěrníka apod.

Každá světnice si volila tzv. důvěrníka (měl by to být ten nejlepší z minulého týdne), který kontroloval osobní hygienu a zodpovídal za dodržování režimu ve světnici. Zároveň měla každá světnice svého patrona – ošetřovatele (člena personálu). Ten měl za povinnost si všímat jednotlivců ve světnici a sledovat, jak se jim daří v léčbě.

Následovala pracovní terapie, která byla pevně časově stanovená od 8:00 h do 11:30 h. V roce 1957 se hodiny nejspíše několikrát navýšily, ve své knize tohoto roku Skála zmiňuje pracovní terapii čítající 120 h během osmi týdnů (Skála, 1957). V témže roce se Brožová (1957) zmiňuje o práci v jeslích, v tiskárně a také o úklidu na záchytné stanici. Následoval oběd a osobní volno do 13:45 h.

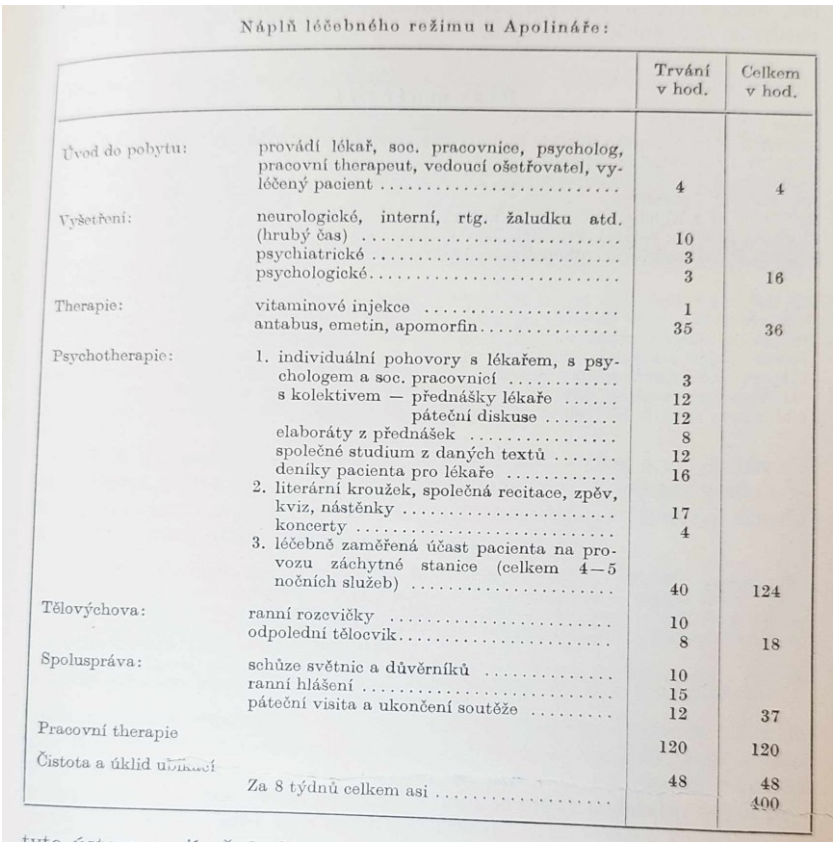
Po osobním volnu probíhalo uklízení lůžek a prověření úklidu ošetřovatelem. Na to navazovalo odpolední zaměstnání, které jim na ranním hlášení přidělil plánovač a trvalo do 16:30 h. Od 17:00 h do 18:00 h probíhala večeře, poté začínal kolektivní večerní program, ten končil přibližně v 19:30 h. Večerní program je zde nejspíše pozměněn oproti roku 1950. Je zmiňován večer povinného čtení Zápisů z Apolináře, který by měl doplňovat psychoterapeutickou složku (Brožová, 1957).

Rozdílná byla i večerka. V 21:00 h byla první, při níž plnili pacienti osobní hygienu. Nejlepší důvěrník následně prováděl prohlídku osobní hygieny (kontrola kartáčku na zuby, pasty, mýdla a čistého ručníku). Po hygieně nastupovali tři vybraní pacienti na službu na záchytnou stanici. V 21:45 h byla druhá večerka a povinný noční klid. Lze si všimnout, že vymizel pravidelný poslech rozhlasu na světnicích, zároveň se prodloužila večerka (Brožová, 1957). Od Otterové (1957) vyplývá, že se změnily večery s KLUSem z pondělí na pátky.

Je otázkou, zda se během sedmi let změnilo tolik věcí, nebo zda byla Brožová (1957) více podrobná v popisu režimu. Dále je možné v témže roce čerpat ze Skálovi knihy *Alkoholismus*, kde se Skála zaměřuje spíše na obecnější popis ústavní léčby, zároveň v této publikaci lze nalézt i konkrétní údaje o režimu v Apolináři viz. obrázek níže:

Obrázek 1

Náplň léčebného režimu Apolináře



Náplň léčebného režimu u Apolináře:

		Trvání v hod.	Celkem v hod.
Úvod do pobytu:	provádí lékař, soc. pracovnice, psycholog, pracovní therapeut, vedoucí ošetřovatel, vyléčený pacient	4	4
Vyšetření:	neurologické, interní, rtg. žaludku atd. (hrubý čas)	10	
	psychiatrické	3	
	psychologické	3	16
Therapie:	vitaminové injekce	1	
	antabus, emetin, apomorfin	35	36
Psychotherapie:	1. individuální pohovory s lékařem, s psychologem a soc. pracovnicí	3	
	s kolektivem — přednášky lékaře	12	
	páteční diskuse	12	
	elaboráty z přednášek	8	
	společné studium z daných textů	12	
	deníky pacienta pro lékaře	16	
	2. literární kroužek, společná recitace, zpěv, kviz, nástěnky	17	
	koncerty	4	
	3. léčebně zaměřená účast pacienta na provozu záchytné stanice (celkem 4—5 nočních služeb)	40	124
Tělovýchova:	ranní rozcvičky	10	
	odpolední tělocvik	8	18
Spolusprávа:	schůze světnic a důvěrníků	10	
	ranní hlášení	15	
	páteční visita a ukončení soutěže	12	37
Pracovní therapie		120	120
Čistota a úklid ubikací			
	Za 8 týdnů celkem asi	48	48
			400

Na obrázku z roku 1957 je možné si povšimnout časového rozsahu jednotlivých aktivit. Je pozoruhodné, jaké aktivity zahrnovala v této době psychoterapie (Skála, 1957). Také je možné si všimnout na obrázku č. 1, že za psychoterapii byly označovány činnosti, které by se dnes do tohoto slovního spojení nejspíše nezařadili. Jaroslav Skála zde v roce 1957 zmiňuje psychoterapeutické metody jako: pohovor s lékařem, pohovor se sociální pracovnicí, ale i kulturní večery, diskuze, přednášky a také dokonce službu na záchytné stanici (Skála, 1957).

Při zkoumání dokumentů jsou opět patné zmínky o psychoterapii. Z dokumentu z roku 1957 ve Skálovo záznamech můžeme vidět, že by měla tvořit nemalou část

léčebného režimu. Dokonce je možné se dočíst o 124 hodinách plánované psychoterapie na osobu za osm týdnů (Skála, 1957).

Režimové fungování v léčbě se neobešlo bez jeho porušování. Za porušení pravidel následovaly poměrně přísné tresty, na které poukazoval i Skála (1957). Neuvažoval nad sankcemi ale ve špatném světle. Byl toho názoru, že pacienti se měli režim naučit zvládat a čím více se překonali na oddělení, tím lépe se jim následně vedlo po dokončení léčby. Pokud se např. pacient napil alkoholu na vycházce a nepřiznal to, byl okamžitě z léčby propuštěn. Nešťastnou spoluvinu na tom mohli mít ale i ti, kteří byli s dotyčným na vycházce a nepřiměli ho k přiznání, nebo to nenahlásili oni sami. Za takových podmínek byly propuštěni z léčby na tak dlouhou dobu, dokud na oddělení nebyl nikdo, koho by znali. Většinou to vedlo k jejich nedokončení léčby.

Při porušování méně závažných pravidel v Apolináři se většinou uplatňoval bodovací systém. V první zmínce o bodování se ale o trestání za pomocí záporných bodů nevyskytuje. Hodnocení probíhalo kladně v mnoha položkách denního režimu. Pro větší motivaci se např. hodnotil i průběh rozcvičky – určovalo se nejlepší družstvo. Pacienti mohli získat více bodů i za práci navíc během svého volna. Dvakrát v článku zaznívá, že se body sbírali v rámci jednoho týdne. Prozatím ale v článcích nelze nalézt, kolik bodů za jednotlivé aktivity pacienti získávali (Brožová, 1957).

V roce 1957 je možné sledovat zajímavou inovaci: tzv. přijetí na zkoušku. Znamenalo to přijetí pacienta na 14 dní s upozorněním, že prozatím nebudou přijati do kolektivu oddělení. Následně, při přeřazení pacienta již do druhé kategorie mu bylo opět zopakováno, že v případě nutnosti může být velmi rychle propuštěn (Skála, 1957).

Dle textu od Skály (1957) lze odvozovat, že na počátcích Apolinářské léčby byl kladen poměrně velký důraz na sledování pacientů po skončení léčby a byl s nimi udržovaný pravidelnější kontakt. Skála hodnotí prvotní počínání za správné, uznává časem chybné rozvolněné sledování pacientů. Pacienti během té doby méně jezdili na diskuze, méně užívali Antabus a nevraceli se na opakovací kůry, to mělo za následek více recidiv u pacientů. Přikládá to především absenci kontaktování svých bývalých pacientů po léčbě. Rozhodl se přístup po čase změnit a systém zvaní na diskuze a opakovací kůry probíhal následovně: Každý týden bylo zváno cca 60 pražských pacientů po základní léčbě. Bývalým pacientům přišla natištěná pozvánka, jejíž adresu psali aktuální pacienti z té světnice, kde se léčil konkrétní pacient. Sociální pracovnice shromažďovala veškeré adresy dříve léčených a hlídala rozesílání. Pacientům z venkova, kteří se nedostavili na diskuzi, nebo se o nich vědělo, že porušili abstinenci, se psaly dopisy o novinkách na protialkoholním oddělení. Ve sledovaném období bylo přibližně 80 pacientů z venkova. Sledování trvalo 6-14 měsíců (Skála, 1957).

Pravidelné zvaní na opakovací kůry mělo mít smysl v osvěžení pravidel a režimu oddělení. Jako méně důležitou součást této léčby Skála (1957) uvádí emetinovou nebo apomorfinovou kůru. Opakovací kůra trvala 7-10 dní.

U Apolináře se v této době konalo i tzv. tradiční vyřazování jednoročních abstinentů. Na základě spolupráce s protialkoholní poradnou, docházení na opakovací kůry a diskuze byly z bývalých pacientů vybraní ti nejlepší, kteří byly vyhlášeni na slavnostní diskuzi a dostali diplom. Mohli tak být dobrým příkladem pro právě se léčící pacienty, zároveň oficiální vyhlášení mohlo být značnou motivací pro ně samotné v abstinenci setrvat. Slavnostní diskuze se pořádaly v tomto období čtyřikrát do roka. V každém čtvrtletí bylo hodnoceno cca 60 pacientů. Zároveň zde Skála zmiňuje praktické úskalí – hodnocení pouze těch pacientů, jejich protialkoholové poradny spolupracovaly v komunikaci s Apolinářem a samozřejmě ne všichni slavili úspěšnou abstinenci (Skála, 1957).

V kontextu tohoto období jsou zmiňované páteční pohovory manželek pacientů s lékařem. Není však pevně specifikován jejich charakter. Skála (1957) si chválil dobrou spolupráci s manželkami. Nemálo pacientů v té době motivovaly právě jejich manželky pro pravidelné docházení na diskuze.

„Z historie Apolinářských diskuzí známe dost manželských párů, které zásluhou manželky chodí k Apolináři léta a výsledek stojí za to. Je celkem neškodné, že ženy vidí v diskuzích i společenskou příležitost, při které vymění mezi sebou trochu klípků (Skála, 1957, s. 123).“

Posledním bodem v reflektovaném období byly deníky. Ty sloužily převážně pacientovi pro neustálý kontakt s lékařem. Lékaři do nich psali poznámky k určitým myšlenkám a zodpovídali některé dotazy pacientů (Brožová, 1957).

3.6.4 Shrnutí

Dle zkoumání prvního desetiletí chodu léčebny lze spatřit, že literatura mapující zakládání léčebny u Apolináře se vztahuje k letům 1949 a 1950, následně je podrobnější popis mapován až v letech 1956 a 1957.

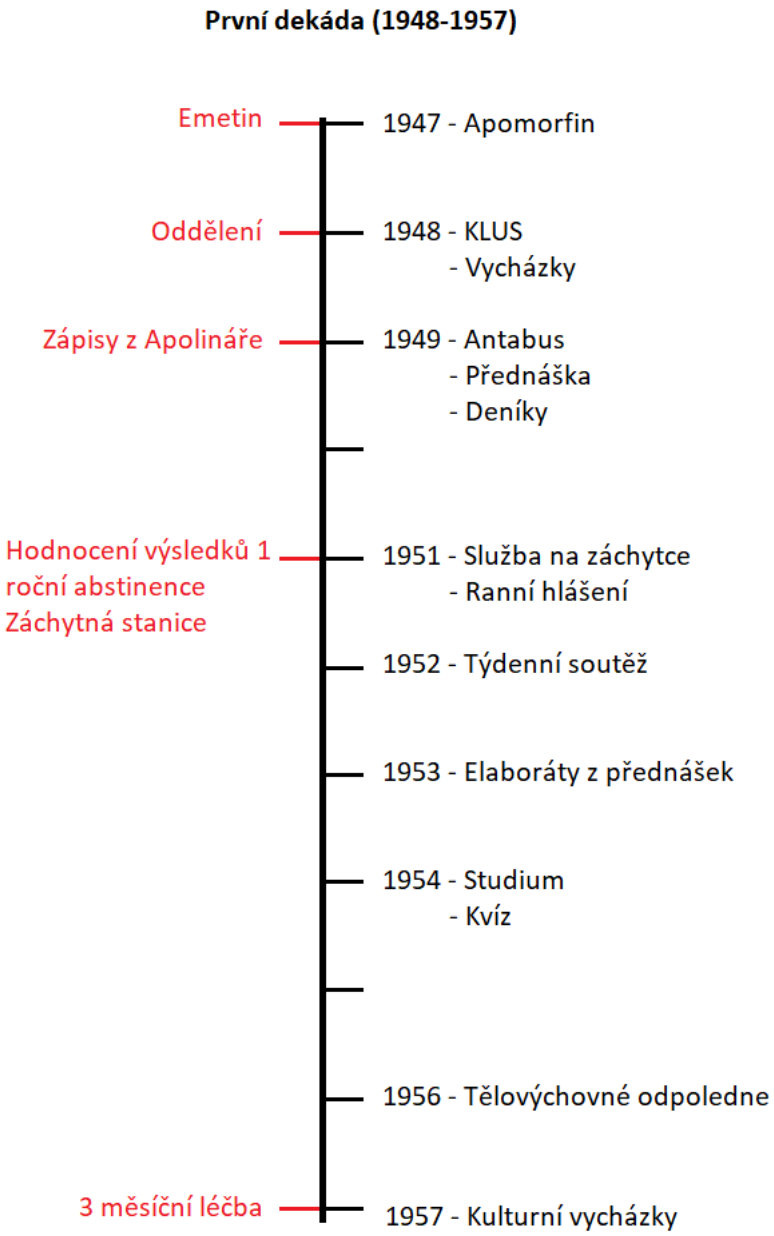
Tato podkapitola se dle zdrojů podrobněji zaměřuje na režim U Apolináře, averzivní terapii a vitaminovou suplementaci. Vyvstává zde mnoho zajímavých zmínek o metodách léčby jako jsou: psaní deníků, služba na záchytné stanici, zapojení členů rodiny, opakovací kůry, přijetí „na zkoušku“, bodovací systém, tělovýchova, pracovní terapie a psychoterapie. Pojem samotné psychoterapie vyvolává rozporuplné dojmy. I když je v práci zaznamenaný celý chod dne i týdnů, specificky se nejedná o psychoterapii, jak je známá dnes. Přestože mnoho technik má terapeutický potenciál.

Averzivní terapie na začátcích léčebny u Apolináře se jeví jako velmi podstatná a nezbytná složka léčení, ačkoliv v dnešní době se spíše v léčbě závislosti od ní odklání.

Skála a Maťová (1966) uvádí ve své práci podrobné údaje, díky nimž mohla být vytvořena přehledná časová osa. Ta zachycuje podrobně vývoj léčebných metod v první dekádě. Původně byly vybrány zápisy z článku od Maťové (černě psané poznámky), doplněny jsou ale také podstatnými body od Skály (červené psané poznámky).

Časová osa 1

První dekáda



3.7 Druhá dekáda Apolinářské léčby (1958-1968)

Podobně jako v první dekádě Apolinářské léčby i v tomto desetiletí bude jako první zmíněna averzivní terapie, která na začátku tohoto období měla stále významné místo v modelu léčby závislosti.

První a také jediný článek z roku 1958, splňující požadavky práce, byl uveden v Časopisu lékařů českých. Zmiňuje se zde převážně k farmakoterapii a psychoterapii v Apolináři. Uvádí se nový název pro disulfiram tzv. TETD (tetraethylthiuramdisulfid). Lze postřehnout poznámku, že Stopethyl je svými účinky podobný tomu dánskému (Klusarinu). Skála (1958) zde popisuje přesněji složení vitamínů (12 dávek 100 mg vitamínu B1 doplněný komplexem vitamínů B a vitamín C). Odpovídalo to vitamínům, které byly uvedeny v první dekádě Apolinářského modelu. Bylo zmíněno, že vitamínová léčba pomáhá dodržovat zásadu, že hypnotika a sedativa jsou pro alkoholiky kontraindikací. To může přispívat k tezi, že na abstinentní syndrom nejspíše nebyly podávány žádné léky na uklidnění při detoxifikaci. Alespoň se nic takového neuvádělo v předchozí čerpané literatuře.

Skála (1958) uvádí rozdělení psychoterapie v Apolináři na tři skupiny:

- individuální (pacient sám s lékařem nebo manželkou, nebo s několika psychoterapeuti postupně)
- skupinová (6-12 osob, pouze pacienti/příbuzní pacientů, řadí se i diskuze ve kterých se potkávají léčení, vyléčení a jejich rodinný příslušníci)
- hromadná (40-120 osob, přednášky s diskuzí, osoby, které prošly záchytnou stanicí apod.)

To značí mírný posun v rámci psychoterapie, jak ji známe dnes.

Skála (1958) také reflektuje délku trvání léčby: 8-12 týdnů a celkem 50 hodin týdenního programu. Medikamentózní léčba a psychoterapie zabírá 40 %, různé formy převýchovy a kulturní terapie 30 % a pracovní terapie 30 %.

3.7.1 Léčba v Apolináři 1960-1962

Léčbě závislosti v Apolináři je značně popsaná v knize Až na dno!. Skála (1960) zde uvádí základní dobu léčby dva až tři měsíce, pro mladší pacienty (do 30 let) byla léčba určená delší čtyři až šest měsíců. Zaznívá i poměrně zajímavá teorie o odrazení pacientů, kteří léčení ze závislosti nemysleli vážně. Druhá opakovací léčba musela jít z prostředků pacienta. Tím tedy nepřímo přiznává, že první léčbu platila pojišťovna.

Nástup nových pacientů je v tomto roce stanoven vždy na čtvrtek. Mělo se jednat o poměrně klidný den, kdy se pacient seznamoval s prostředím a načerpal nové informace. Dále mu byla odebrána moč a krev. Během léčby se měl naučit převážně samostatnosti a dodržování nejpřísnějších hygienických předpisům. O jaké konkrétní předpisy se jednalo, se

Skála (1960) blíže nezmiňuje. U pacienta měla proběhnout kompletní přeměna životosprávy.

Se začátkem léčby se pojila vitaminózní léčba. V té neuváděl Skála (1960) změny oproti předchozím dokumentům. Spíše je zde doplněn důraz na aplikaci vitamínů do těla za pomocí injekcí do svalů. Injekce byly preferovány díky své účinnosti a zahrnovaly ohled i možný narušený zdravotní stav pacienta v oblasti trávicího traktu (tím možné horší vstřebání do těla, pokud by byly vitamíny užívány za pomocí tablet). Bolest pacienta byla důležitou součástí úzdravy. První dny pacient obcházel různá oddělení nemocnice se zdravotní sestrou pro vyšetření jeho zdravotního stavu. Rekonvalescence pacienta měla trvání přibližně 14 dní. Tím se prodloužila oproti posledním informacím o dva dny.

Výše Skála (1960) uvádí změny v oblasti averzivní terapie, která se jevila v roce 1960 podstatně delší, než v předchozích letech. antabusové sezení trvalo tři dny, pacient dostával tři tablety Stopethylu. Následovalo pití 0,3 dcl piva a sklenky neidentifikovaného koncentrátu. Pacient toho času neměl možnost ulevit bolesti za pomoci tlumivých léků, špatný průběh byl považován jako účelná zkušenost pro další abstinenci.

V témže roce je známá také rozdílnost v emetinové léčbě. Skála (1960) důrazně poznamenal, že pacienti při emetinových kůrách alkohol nepijí, pouze ochutnávají. V proceduře pijí pouze čaj. Je otázkou, zda tomu tak bylo vždy. Procedura uvedená v kapitole je popisovaná téměř stejně, jako při poslední zmínce z roku 1957. Výraznou změnu přináší její frekvence, mělo se jednat o 14-18 sezení (dvě kůry denně). Při delším pobytu v léčebně mohly počty procedur dosahovat až počtu 40. Když pacient dokončil tuto fázi léčby, uplynul jeden měsíc od jeho nástupu na léčbu.

Tabulka 2

Program léčby v roce 1957

1. týden	2. týden	3. týden	4. týden
1.den Vitamínová léčba	8.den Vitamínová léčba	15.den Antabusové sezení	22.den Emetinová kůra 2x
2.den Vitamínová léčba	9.den Vitamínová léčba	16.den Antabusové sezení	23.den Emetinová kůra 2x
3.den Vitamínová léčba	10.den Vitamínová léčba	17.den Antabusové sezení	24. den Emetinová kůra 2x
4.den Vitamínová léčba	11.den Vitamínová léčba	18.den Emetinová kůra 2x	25.den Emetinová kůra 2x
5.den Vitamínová léčba	12.den Vitamínová léčba	19.den Emetinová kůra 2x	26.den Emetinová kůra 2x
6.den Vitamínová léčba	13.den Vitamínová léčba	20.den Emetinová kůra 2x	27.den
7.den Vitamínová léčba	14.den Vitamínová léčba	21.den Emetinová kůra 2x	28.den Ukončení averz. t.

Tabulka 2 obrazně znázorňuje první měsíc léčby v Apolináři v roce 1960. Nutné podotknout, že osmnáctá emetinová kůra končila dvacátým šestým dnem. Farmakoterapie tedy přesně nezahrnovala celý jeden měsíc, ale čítala 26 dní, a mohla být i kratší. Emetinová kůra tedy během léčby trvala osm až devět dní, což značí nárůst četnosti této procedury v porovnání s rokem 1950 (tehdy trvala pět dní a kůra byla jednou denně). Antabusové sezení zachovalo četnost tří setkání. Během vitamínové léčby probíhaly i zdravotní vyšetření. Ty nebyly zahrnuty do tabulky z důvodu chybějících informací o jejich četnosti. Není zjevné, za kolik dní je pacient stihl absolvovat všechny.

Autoři se nezmiňují, nakolik byl od pacientů vyžadován režim a účast na programu dne, během odvykacích kůr. Je ale zřejmé, že po dokončení odvykacích kůr byl kladen důraz převážně na výchovný a terapeutický aspekt léčby. Jeho součástí byl právě režim a denní program. V roce 1960 pojímá Skála některé body programu jako soutěž, skládající se z několika disciplín. Soutěž mohla být vnímaná jako synonymum pro výše zmiňovaný bodovací systém. Disciplíny jako bodovací aktivity. Dále se díky zmínění disciplín potvrzuje, které aktivity byly nejspíše ponechány. Jednalo se např. o psaní deníků, dvě povinné účasti na přednášce nebo rozpravě vyléčených alkoholiků, ranní čtvrthodinka (rozcvička) a pilné pracovní nasazení. Byly uvedeny i nové metody, které také spadaly do bodovací soutěže (Skála, 1960).

- zpracování písemné práce na téma z výše uvedené přednášky nebo rozpravy,
- vědomostní kvíz,
- nácvik písní,
- přednes básní,
- vytvoření nástěnky (Skála, 1960).

Jako další aspekt, který byl do léčby připojen byla snaha o budování kolektivnosti a učení pomoci druhým v léčbě. Soutěže, které probíhaly na oddělení tedy nebyly záležitostí jedince ale kolektivu jednoho pokoje, čítající devět pacientů. Vzniklo tak pět kolektivů (oddělení mělo pět pokojů), které mezi sebou navzájem soutěžily. Udělování výhod v léčbě se konalo vždy v pátek. Výhody (odměny) byly uděleny ale pouze v případě, že bylo v pořádku celé oddělení (Skála, 1960).

Skála (1962) zmiňuje páteční debatní večery. Ty jsou popsány v kontextu následné péče a pozvání rodiny pacienta. Pokud se ale zachovala podstata z roku 1950, byli přítomni i aktuální pacienti. O tom se ale Skála blíže nevyjadřuje. Zároveň potvrzuje konání diskusních večerů další článek z roku 1965, který páteční večery jmenuje jako Diskuzní večery s KLUSem, které probíhaly již od roku 1948. Následná péče pacienta je popsaná i Maťovou (1962). Popisuje zde docházení pacientů i rok dvakrát v týdnu pro tablety Stopethylu a jednou týdně na výše zmiňovanou diskuzi. Třikrát ročně měl pacient splnit dvou až tří týdenní opakovací léčbu. Dále zde zaznívá podpora udržování přátelských vztahů mezi pacienty i po léčbě, které mělo pomoci pacientům v pokračování abstinence i mimo léčebnu.

Maťová (1962) se v textu zmiňuje i o práci s manželkami. Pořádali se pro ně pravidelné semináře, kde manželky učili, jak mají přistupovat k závislému manželovi, a jak se k jeho závislosti zachovat. Dle výzkumu z Apolináře měli větší úspěšnost právě sezdaní pacienti, než pacienti svobodní. Manželky byly oslovovány i po ukončení léčby pacienta. Byl jim zaslán dopis s doporučenými postupy, jak přistupovat k manželovi po léčbě.

Dále je zde popsaná diskuze nad stavem pacienta, kterou prováděl psychoterapeut. Pacient byl otevřeně, ostře, ale konstruktivně probrán v kolektivu. Výsledek pro pacienta nebyl vždy nejlepší, Skála (1962) ale poukazuje na zpětný efekt na kolektiv a tím účinek na ostatní.

V roce 1962 Skála zmiňuje hledání místa, které by sloužilo pro nucenou léčbu alkoholiků. Zmiňují se zde ale pouze České Budějovice, které nakonec posloužily jinému účelu. Jako hlavní pobočka pro ochrannou léčbu sloužily od roku 1958 Lojovice. Od Skály (1965) se dozvídáme, že ochrannou léčbu dále plnily v Praze taktéž Bohnice. Lojovice se od Bohnic lišily tím, že byly přikazovány pacientům z protialkoholních poraden zdravotních odborů (tzv. léčba na výměr, pacienti, kteří neplnili řádně ambulantní protialkoholní péči)

a Bohnice soudním příkazem. Ochrannou léčbu jak ji známe dnes tedy plnily v Praze výhradně Bohnice, i když v Lojovicích pacienti taktéž nebyli zcela dobrovolně.

Další dokumenty, reflektující změny v přístupu k léčbě, pocházejí až z roku 1966. Tyto zdroje však slouží spíše k popisu období formování léčebny u Apolináře. Jeden z dokumentů přitom zmiňuje netradiční terapeutickou metodu – léčebné výjezdy do přírody, známé jako ozdravné tábory.

3.7.2 Ozdravný pobyt v podmínkách stanového tábora

První ozdravný tábor pro pacienty Apolináře se konal v roce 1962 v květnu. Pro velký úspěch byl konán za rok opět na tom samém místě, mezi Táborem a Bechyní v rekreačním středisku, který jim byl poskytnut Fakultou všeobecného lékařství. Stany byly vybaveny dřevěnou podsadou, spacími pytli a matrací (Skála, 1966).

Pacienti (43) účastnící se tábora v roce 1962:

- 13 pacientů, kteří se dobrovolně účastnili standardní tří měsíční léčby
- 9 pacientů, kteří se léčili z recidivy (dobrovolná, ale opakovaná léčba)
- 13 pacientů, kteří měli léčbu tzv. na výměr (léčba na příkaz od protialkoholních poraden)
- 2 pacienti na opakovací kůře (bez předešlé recidivy)
- 6 bývalých pacientů s délkou abstinence tři až sedm let

Personál účastnící se tábora v roce 1962:

- Kuchařka
- Správce
- Zásobovatel/řidič sanitky
- 2 sestry
- Sociální pracovnice + 2 sociální pracovnice protialkoholních poraden
- Promovaný pedagog
- Psycholog
- Lékař (velitel tábora)

Pacienti, kteří splňovali dlouhodobou abstinenci (tři až sedm let), byli považováni za tzv. laické psychoterapeuty. Byli tedy na pomezí personálem a pacienty. Vycházelo tedy, že jeden laický psychoterapeut připadal na šest pacientů. Skála (1966) se vyjadřuje k těmto účastníkům tábora velmi kladně. Noví pacienti měli díky užšímu kontaktu se zkušenými abstinenty možnost se více sblížit, což není v běžné léčbě tolik možné.

Tábor pro pacienty trval dohromady 13 dní. Bylo ho potřeba nejdříve společně postavit a taktéž ho na konci zbourat. Během pobytu byl uspořádán jeden výlet, dva dny volna a osm dní zbývalo na léčebný program. První a poslední dny byly pro dopravu a postavení/bourání stanů.

Pacienti během tábora splnili různé formy psychoterapie (skupiny, volná tribuna, přednášky s diskuzí, individuální pohovor). Zároveň se v článku objevuje nový pojem a to tzv. terénní psychoterapie. Mělo se jednat o terapii v přírodě se skupinou pacientů (rozdělení kolektivu pacientů na čtyři skupiny). Na ní se šlo 4-6 km dlouhou procházkou, která v podstatě představovala předehru samotné terapie a dohru při navracení se zpět. V táboře se stejně jako v léčebně praktikovala i soutěživost. Pacienti byli na začátku rozdělení do skupin po deseti a ty mezi sebou navzájem soupeřily.

S výjimkou averzivní terapie byla aplikována komplexní režimová léčba. Během ozdravného pobytu pacienti splnili:

- 20 hodin psychoterapie
- 20 hodin tělovýchovy a sportu
- 30 hodin pracovní terapie

Pacienti se ve volném čase věnovali sportu (odbíjená, badminton), koupaní, hrou šachů ale i jízdou na lodičkách. Večery mohli trávit u ohně, probíhaly filmové večery a poslouchání gramofonových desek. Toto zpestření léčby Skála hodnotil velmi kladně. Nejen že se pacienti více sblížili, zároveň tak mohli najít i nový způsob relaxace (Skála, 1966).

3.7.3 Léčba v roce 1966

Poslední dva zdroje o Apolinářském modelu umožňují nahlédnutí do léčby v roce 1966 a poskytují i ohlédnutí zpátky do počátků léčby. Komplexně zahrnují týdenní režim i program na celé tři měsíce. Také doplňují informace, ve kterých letech se během léčby přidávaly jednotlivé aktivity. Jako první je uvedený týdenní program v Apolináři do tabulky.

Tabulka 3

Týdenní program léčby v roce 1966

	Ráno **6:00** h (budíček)	**Dopoledne** **8:30-11:30 h**	**Odpoledne** **13:00-16:00 h**	**Večer 18:00-20:00 h**
Pondělí	**6:15** h rozcvička **7:30** h ranní hlášení	vyšetření odvyk. léč., prac. terapie	**13:00 h** konfer. dobr. myšlenek **14:30** h přednáška	**18:00** h elaborát deník
Úterý	**6:15 h** rozcvička **7:30** h ranní hlášení	vyšetření odvyk. léč., prac. terapie	**13:00** h kvíz **13:30** h studium **14:45** h tělocvik	**18:00** h kulturní terapie deník **19:30** h hydroterapie
Středa	**6:15** h rozcvička **7:30** h ranní hlášení	vyšetření odvyk. léč., prac. terapie	**13:00** h volná tribuna **17:00** h kino	**18:00** h elaborát deník
Čtvrtek	**6:15** h rozcvička **7:30** h ranní hlášení a kulturní soutěž	vyšetření odvyk. léč., prac. terapie	**13:00** h skupiny **14:45** h osobní úkoly	**18:00** h studium **19:00** h přezkoušení deník **19:30** h hydroterapie
Pátek	**7:30 h** ranní hlášení a zkoušky	vyšetření odvyk. léč., prac. terapie	**13:00** h visita **15:00** h vyhodn. týden. soutěže	**18:00 h** KLUS **20:00 h** elab. deník
Sobota	Vycházky	X	**14:00** h návštěvy kult. Vycházky	**18:00** h kulturní program/deník **19:30** h divadlo
Neděle	X	kulturní vycházka	**14:00** h návštěvy	X

(Maťová, 1966, s. 155)

Tabulka 3 ukazuje pestrý program. Je to doposud nejpodrobnější přehled týdne, který byl zveřejněn. Prvně je zde uvedena hydroterapie, zkoušky a přezkoušení. Nově je zmíněn tělocvik, kulturní soutěž, konference dobrých myšlenek a volná tribuna.

Psychoterapii, kterou v Apolináři toho roku praktikovali, nazývali jako didaktickou formu. Ta zahrnovala přednášky, diskuze, učení, zkoušky a psaní elaborátů. Dále také prozatím velmi málo zmiňovanou službu na záchytné stanici a týdenní pobyt na uzavřeném oddělení v Bohnicích. V Apolináři převládaly skupinové terapie direktivní formy. Základní skupinu v léčebně tvořila pětičlenná uzavřená skupina pacientů, která se zaměřovala na osobnost pacientů a scházela se jednou týdně. Skupina měla mít trvání od začátku nástupu pacienta do jeho ukončení léčby. Z textu vyplývá, že se ale nemuselo jednat o spolubydlící z jedné světnice. Až na tuto skupinu se pacient v léčbě začleňoval do několika měnících se skupiny dle společných zájmů, sdílení světnic apod. Všichni pacienti se setkávali na ranním hlášení a volné tribuně. Nejčastěji byly skupiny vedené lékařem, mohl ji ale vést také psycholog, sociální pracovnice nebo zdravotní sestra (Maťová, 1966). Individuální psychoterapie byla využívaná minimálně.

Tabulka 4

Program léčby v roce 1966

Týden	**Aktivity**
1.	Psychiatrické vyšetření, vit B1, B6 a C (12x)
2.	Vedlejší vyšetření laboratorní
3.	Antabus – alkoholová reakce
4.	X
5.	Emetin-apomorfinová kůra, životopis
6.	X
7.	Služba na záchytné stanici
8.	X
9.	Pobyt v Lojovicích spojený s terénní terapií
10.	X
11.	Pobyt na protialkoholní oddělení v Bohnicích
12.	Opakovací emetin-apomorfinová kůra (dva dny)
13.	Day hospital

(Maťová, 1966, s. 156)

Tabulka 4 znázorňuje některé body, které doposud v práci nezazněly. Nově se autor zmiňuje o pobytu v Lojovicích a tzv. „Day hospital“. Day hospital Maťová (1966) dále nerozepisuje. Otázkou je, zda pobyt v Lojovicích zahrnoval podobnou formu stanového tábora, vzhledem k uvedení terénní terapie. Ozdravný pobyt není konkrétně uveden v rozpisu tří měsíční léčby. Také ale nemusí být začleněn pouze z důvodu, že na pobyt se nemohlo jezdit celoročně. Specifické aktivity se soustředily do lichých týdnů pacienta v léčbě. Dalo by se předpokládat, že týdny, které jsou vyznačené X, se pacienti v léčbě věnovali běžnému programu, kdy v čase odvykací kůry chodili na pracovní terapii. Specificky ale od autorky není bližší vysvětlení. Na jednu položku X ale nejspíše odpovídá Skála v článku ze stejného roku. Popisuje zde doporučenou pauzu mezi antabusovým sezením a emetin-apomorfinovou kůrou z důvodu dřívějších komplikací při navázání odvykací kůry ihned poté.

Odvykací kůra se od posledního zmínění pozměnila. Maťová (1966) uvádí jeden týden emetin-apomorfinové kůry a jednorázové antabusové sezení. Na rozdíl od roku 1960, probíhaly emetin-apomorfinové kůry pouze jeden týden a během dne docházelo k třem sezením (oproti původním dvěma sezením během devíti dní). Za celou léčbu mělo proběhnout patnáct sezení. Odvykací kůry vedly té doby zdravotní sestry, které byly odborně zacvičené v této oblasti (Skála, 1966).

Tabulka 4 taktéž znázorňuje povinný program, který pacienti museli splnit, aby byla léčba řádně dokončena tj. 13 týdnů.

Maťová (1966) se v textu také věnuje bodovacímu systému, který byl v práci uveden i v minulé podkapitole. Některé aktivity pro získání bodů vymizely a některé naopak přibyly. Není uvedeno hodnocení rozcvičky, zároveň přibyly kladné body za výsledky zkoušek nastudovaného textu. Prvně zaznívá také udělování záporných bodů (výchovné/trestné). Ty se aplikovaly v případě pacientovi nedochvilnosti a nedodržování pravidel (např. omezení kouření). Body se získávaly za celou světnici a byl pro ni určený limit kladných i záporných bodů. Pokud měli pacienti mnoho záporných bodů, mohla jim být zkrácena nebo úplně zatrhnuta vycházka o víkendu. Kladné body se počítaly do týdenní soutěže, která byla vyhlášena na konci týdne. Pacienti s nejlepším hodnocením dostávali putovní ceny.

3.7.4 Shrnutí

Výše zmiňované desetiletí přineslo mnoho změn v praktikování léčebných metod v Apolinářském režimu. Konkrétně se zde změnila dvakrát farmakoterapie a do režimu léčby přibyly metody, které zde doposud nezazněly.

Emetin-apomorfinová kůra byla na začátku této dekády delší (dohromady plnila devět dní), koncem dekády už plnila pouze 7 dní. Zároveň se ale zintenzivněla na tři sezení denně oproti původním dvěma. Antabusové sezení se ze tří sezení změnilo na jedno s týdenní pauzou od emetinu. Zároveň proběhla i změna názvu výrobku na Stopetyl.

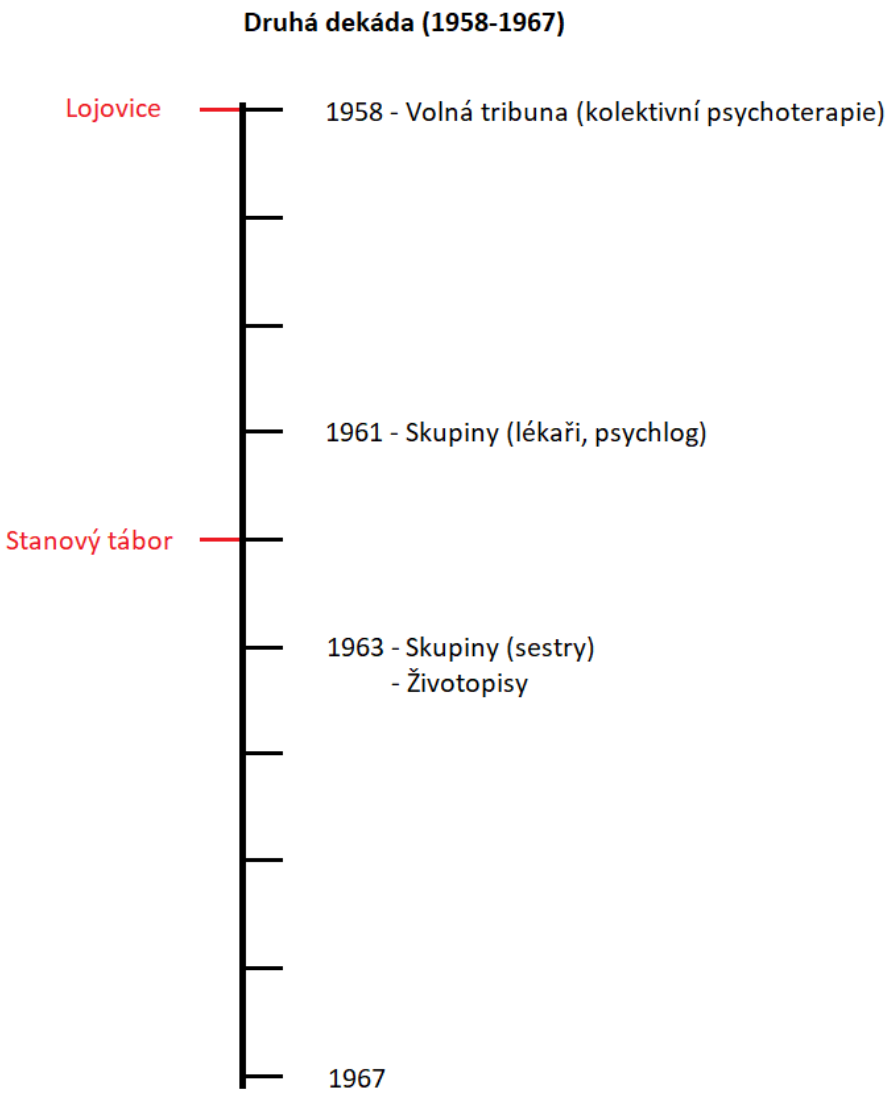
Mezi nové metody léčby patřily: Hydroterapie, volná tribuna, záporné body v rámci bodovacího systému, kulturní soutěž, konference dobrých myšlenek, zkoušky, nácvik písní, přednes básní, pobyt v Lojovicích a Bohnicích a ozdravný pobyt ve stanovém táboře.

V této dekádě se také začíná konkrétněji pracovat s kolektivností a důrazem na skupinovou terapii. Psychoterapie v té době se přibližuje standardům, jaké jsou určené pro psychoterapii dnes. Dle historických textů byl kladen větší důraz na režimové aktivity, než na farmakoterapii jako tomu bylo minulé desetiletí.

Maťová a Skála (1966) uvádí časové údaje o vzniku některých zásadních metod léčby v Apolináři. Na základě těchto údajů je uvedena níže další časová osa:

Časová osa 2

Druhá dekáda



3.8 Třetí dekáda Apolinářského modelu (1968-1977)

Zkoumané třetí desetiletí obsahuje zmínku o averzivní terapii. Ve farmakoterapeutické formě Velková (1968) zmiňuje pouze apomorfinovou kůru, Emetin v kontextu léčby již nezaznívá. Další postup v podstatě opisuje farmakoterapii, která je známá z předchozích kapitol (6-8 členná skupina, jednorázové podání Antabusu).

Velková (1968) člení léčbu na tři různé formy:

- Medikamentózní léčba,
- kolektivní psychoterapeutická léčba,
- sport, kultura, kemping.

Psychoterapie je členěna do dalších forem: didaktická, služba na záchytné stanici, týdenní pobyt na uzavřeném oddělení v Bohnicích, učení se z daného textu a následné přezkoušení. Zároveň jsou nepřímo zmiňované působnosti skupin. Na záchytné stanici měl být pacient vystaven přímému kontaktu s účinky akutní intoxikace a postupnému vystřízlivění (z druhého pohledu). Bohnice z textu vyznívají jako varování pro pacienty před dalším pitím alkoholu (odstrašující příklad). Jednalo se o oddělení, kde byli spíše umístěni nevyléčitelní pacienti, a to asociální, kriminální a často organicky poškození (Velková, 1968).

Autorka popisuje již známé praktiky z předchozích podkapitol, ohledně působnosti skupiny, poukazuje zde na vznikající konflikty s režimem, které nutně léčbu provázely. Hodnotí konflikty kladně jako nástroj na poukázání špatného vzorce chování a možnosti jeho změny. Dále také poukazuje na snahu o spolupráci v léčbě s manželkami pacientu i v teto dekádě (Velková, 1968).

Mezi formu sport a kultura patřila návštěva divadelního představení, muzea nebo přednášky jednou týdně v doprovodu člena týmu. Zmíněn je letní stanový tábor a doplňuje se zde informace, že léčený pacient byl ve stanu vždy s abstinujícím pacientem (s víceletou abstinencí). Pro udržení kontaktu léčeného s abstinujícím byly pořádány i mikulášské, maškarní a silvestrovské zábavy (Velková, 1968).

Dále je zde prvně zmíněno pořádání i 14ti denních srazů v protialkoholní léčebně Červený Dvůr. Srazy měly charakter stanového tábora a účastníci byli léčení, abstinenti, i jejich rodiny (Velková, 1968).

Rok 1971 v Apolináři zpracovává Kubička (1975), kde v úvodu svého výzkumu popisuje detailně program léčby a léčebné metody. Ve své práci detailně popisuje:

- averzivní terapii,
- službu na záchytné stanici,
- volnou tribunu,
- lékařské přednášky o alkoholismu,
- písemné povinnosti,

- pobyt na uzavřeném oddělení,
- účast v socioterapeutickém klubu,
- gymnastiku,
- pracovní terapii,
- psychoterapii v malých skupinách,
- bodovací systém,
- léčbu disulfiramem,
- atd.

Averzivní terapie zde zaznívá jako apomorfinové protipodmiňování. Potvrzuje se tedy fakt z roku 1968, že se Emetin už v léčbě nepoužíval. V podstatě se ale léčba Apomorfinem nijak nezměnila od posledního zmínění techniky (Kubička, 1975).

Kubička (1975) blíže specifikuje službu na záchytné stanici. Pacienti zde sloužili celých pět dní a pět nocí v sedmém a osmém týdnu léčby. Někdy se ale pacienti přizpůsobovali potřebám záchytné stanice a docházelo k přesunům. Jako další léčebná metoda je popsaná volná tribuna. Jednalo se tříhodinovou schůzi, které se zúčastnilo celé oddělení včetně pracovníků na oddělení. Byla vedena terapeutem a jednalo se o prostor pro otevřené řešení sporů na oddělení skupiny i jednotlivce. Mohla být na tribunu přizvána i osoba mimo léčebnu, např. manželka nebo vedoucí z práce. Také byly na volné tribuně probírány i problémy jednotlivce, který byl následně nucen učinit nějaké rozhodnutí.

Dalšími body programu byly přednášky a písemné povinnosti. Přednášky vedl nejčastěji Jaroslav Skála, jednalo se cyklus témat, který se opakoval každé tři měsíce. Po skončení léčby měl pacient stihnout všechny přednášky. Jako písemné povinnosti se řadily deníky a elaboráty. Do deníku se muselo zapisovat každý den, hodnotil ho zkušenější terapeut, který za lepší obsah mohl pacienta ohodnotit kladnými body. Elaboráty zase sloužily jako souhrny z přednášek, skupin apod (Kubička, 1975).

Pobyt v Bohnicích, záchytnou stanici, disulfiramovou léčbu a apomorfinová sezení považuje Kubička (1975) jako čtyři části averzivní terapie Apolináře. V podstatě tak poukazuje na fakt, že záchytná stanice a pobyt v Bohnicích byly jistou formou zastrašování pacientů, budování špatné zkušenosti, stejně jako tomu bylo u odvykacích sezení. Léčba disulfiramem splňovala stejné prvky, jako při posledním jejím zmínění, pouze je zde kladen důraz na spolknutí tablety před celou skupinou a sestrou jako rituál léčby. Zároveň je uveden fakt, že se sezení účastnili i pacienti, kterým zdravotní stav neumožňoval užití tablety.

Kubička (1975) ve své práci také potvrzuje funkčnost malých pětičlenných skupin, pořádání kulturního programu, kvízu, léčbu vitamíny a zmiňuje bodovací systém stejně jako Maťová (1966). Nově zaznívá téma gymnastiky, zpěvu (schůzka na společný hodinový zpěv), sprch (rehabilitační prvek, v létě studené) a hesel (povinnost v rámci světnice složit jedno heslo denně ke vztahu k léčbě). Gymnastika znamenala náročnější cvičení pro pacienty,

obsahující také běh po zahradě. Ti, kteří porušili disciplínu měli v době večerního volna rozcvičku navíc. Ženatým pacientům byla umožněna také rodinná terapie, jednalo se o skupinu párů, kterou vedla sociální pracovnice (Kubička, 1975).

3.8.1 Rok 1973

Rok 1973 je bohatý na obsáhlé práce o metodách léčby. Prvně byla publikovaná práce, která se konkrétně věnovala bodovacímu systému a prostředí terapeutické komunity v Apolináři (Skála et al, 1973). Pacienti díky aplikovaným léčebným metodám měli získat nechuť k alkoholickým nápojům, zvýšit tělesnou i psychickou kondici, uplatnit během léčby své schopnosti, naučit se správným návykům a životosprávě. Také měla být odváděna jejich pozornost od individuality k cílům větší skupiny a nakonec k cílům celého léčebného společenství. Při všech činnostech měli být pacienti kontrolováni, stimulováni a aktivizováni.

Každá světnice měla tzv. limit světnice. Byla to hranice bodů, kterou pacienti měli během týdne nasbírat. Pokud tak neučinili, přicházeli o část vycházky.

Výpočet týdenního limitu na světnici:

- Noví pacienti (max 14 dní v léčbě) – museli každý nasbírat 1,5 bodu
- Starší pacienti – museli každý nasbírat 2 body
- + 2 body na světnici - musel přispět kdokoliv ze světnice

To znamená, že pokud bylo ve světnici devět pacientů, z toho tři nový a šest starých, dohromady museli nasbírat 3×1,5 bodu (nový) + 6×2 body (starý) + 2 body (od kohokoliv). To by bylo 18,5 bodu.

Za každý nedosažený čtvrt bod se odečítala jedna hodina vycházky všem pacientům ve světnici. To znamená, že když pacientům chyběl jeden bod, ztratili tak čtyři hodiny vycházky. Možnost vycházky byla jednou za 14 dní. Kladné body se mohly dávat i po čtvrt nebo půl bodu. Čtvrt bod se dával za např. jednu hodinu pilné práce, napsání elaborátu z volné tribuny nebo napsání dvou až tří stran v deníku za týden. Vyšší hodnotu bodu mohl pacient získat za kulturní činnosti, funkci ve spolusprávě nebo za službu na záchytné stanici (Skála et al, 1973).

Na konci týdne se soutěž vyhodnocovala, výsledky se zapisovaly do týdenního přehledu a celoroční tabulky. Vítězové týdenního bodování vyhrávali společnou návštěvu biografu, pokud nebyl v jejich světnici překročen limit záporných bodů o jeden bod. Autoři článku připouští nežádoucí účinky bodovacího systému. Někteří pacienti spíše vzdali léčbu, aby nepoškozovali své spolubydlící ve světnici. Přelomový byl pro mnoho z nich třetí týden. Autory je zmíněna unikátnost bodovacího systému v Apolináři právě v kolektivní odpovědnosti, v zahraničí se vyskytovalo sbírání bodů na jednotlivce, nikoliv za světnici. Bodovací systém měl vytvářet požadavky také na terapeutický tým (Skála et al, 1973).

I když je patrné, že bodovací systém byl v té době velmi strukturovaný a striktní, autoři připouští i jeho možné proměny v průběhu času. Od abstinujících pacientů zaznívala spíše pozitivní odezva na bodovací systém. Autoři uvádí jednu reakci od abstinujícího:

„Musí na tom něco být, protože jak si vysvětlit, že devět alkoholiků, kterých se báli orgánové VB od Smíchova po Žižkov, nacvičuje dvojhlasně píseň Ovčáci čtveráci, aby dostali sice za odměnu, ale za vlastní peníze a v průvodu své manželky do mizerného biografu.“(Skála et al. 1973, s. 306-307)

Bodovací systém uvádí autoři jako jeden ze tzv. čtyř programových sloupů. Spolu s přednáškami, diskuzemi socioterapeutického klubu a volnou tribunou patřily do nejtradičnějších prvků programu. Tvořily dohromady polovinu psychoterapeutického/ socioterapeutického programu (11 hodin) (Skála et al, 1973).

Skála dále uvádí fungování noční služby členů KLUSu v budově Apolináře. Členové klubu měli na starosti telefon na který volali v případě krize bývalí pacienti, nebo jejich rodiny. Také měli v rámci služby za povinnost jedné až tří hodinové rozhovory s právě léčenými pacienty (Skála, 1973b).

Potvrzuje se také menší důraz na individuální psychoterapii. Jako individuální kontakt terapeuta s pacientem sloužily deníky, kde měl pacient možnost reflektovat své pocity. V Apolináři se zastával přístup brát témata na skupinová setkání, než je řešit individuálně (Skála, 1973b).

Skála (1973) nazývá terapii v Apolináři jako taraktickou formu s behaviorálním přístupem. Taraktická terapie měla posilovat ego, frustrační toleranci a fyzickou zdatnost pacienta (Malá, 2014). Skála ve výše zmiňovaném článku stejného roku se spoluautory také používá namísto taraktické terapie pojem „buzerace“ (Skála et al, 1973b).

V tabulce 5 lze sledovat program léčby během 13 týdnů. O délce léčby se dle Skály (1973a) rozhodovalo v průběhu programu.

Tabulka 5

Program léčby v roce 1973 (13 týdnů)

Týden	Aktivity
1-2.	Vyšetření (somatické, psychiatrické, psychologické, laboratorní) Vitamín B1, B61 a vitamín C, injekce do svalu (12x) Disulfiram 3x týdně (1-1-2 tbl), 2 tbl po celou dobu pobytu
3.	Disulfiram alkoholová reakce (15-20 g alkoholu)
4.	Averzivní léčba apomorfinem (čtvrtek, pátek), 3 sezení denně
5.	Averzivní léčba apomorfinem (pondělí, úterý, středa), 3 sezení denně
6.	První individuální vycházka (po zásluze)
7.	Služba na záchytné stanici
8.	X
9.	X
10.	Opakovací averzivní léčba (2 dny, 3 sezení denně)
11.	Pobyt v Bohnicích (pomoc terapeutům při skupinových terapiích)
12.	Denní stacionář - day hospital
13.	Denní stacionář - day hospital

(Skála, 1973b, s. 6)

Lze si povšimnout několika odchylek od programu z roku 1966. Ačkoliv jsou pojmenované první dva týdny jinak, lze předpokládat, že byly podobné, s výjimkou podávání Antabusu. Změnu lze sledovat čtvrtý týden, kdy začínají apomorfinová sezení, přičemž v roce 1966 se podával stále Emetin a sezení probíhala až v pátém týdnu a ve větší frekvenci. V podstatě se ponechal stejný počet sezení, pouze se rozložil do dvou týdnů. Z programu vymizela položka životopis. Zároveň je zde poprvé jasně uvedená možnost první vycházky v šestém týdnu. Beze změny je zachovaná v sedmém týdnu služba na záchytné stanici a jedenáctý týden pobyt v Bohnicích. Pobyt v Lojovicích z programu vymizel. Opakovací léčba byla přesunuta z dvanáctého týdnu na desátý. Dvanáctý a třináctý týden byl vymezený tzv. Day hospital. Skála (1973a) vysvětluje termín jako denní stacionář, kdy pacienti chodili po programu domů a ráno se vraceli.

Skálou (1973b) dále potvrzuje pořádání stanových táborů, jako součást programu, ačkoliv není opět zahrnut do rozpisu aktivit během léčby. Zmiňovány jsou zde nové praktiky v programu jako psychodrama, psychogymnastika a sociometrie.

Prvně Skála v roce 1973 (a) uvádí tzv. vývojové etapy od roku 1948:

- Medikamentózní etapa od roku 1948,
- Léčebný režim a práce s komunitou (A. S. Makarenko a M. Jones) od roku 1951,
- Systematická skupinová psychoterapie od roku 1957,
- Rozšíření péče o manželku a rodinu od roku 1965 resp. 1967,
- Zintenzivnění výzkumu a trénink terapeutů v psychoterapii od roku 1967,
- Otevření léčebny pro ženy a střediska pro drogové závislosti v roce 1971 (Skála, 1973a, 6).

K tématu vývoje léčebných metod u Apolináře patří první tři body, které práce v podstatě zaznamenává. Také uvádí začátek léčení i jiných závislostí od roku 1961.

Na další tabulce lze sledovat vývoj délky léčby U Apolináře v týdnech:

Tabulka 6

Léčba v týdnech 1948-1970

Roky	Trvání léčby v týdnech
1948-1951	3
1951-1952	6
1953-1954	7
1955-1957	8
1958-1960	10
1961-1962	12
1963-1970	13

Tabulka čerpá informace od Skály (1973c). Jako další cenný materiál je další publikace od Skály (1973d), který se věnuje práci sociálních pracovnic v kontextu protialkoholních zařízení. Je zde uveden denní program léčebny viz tabulka níže a „desatero z Apolináře“.

Tabulka 7

Týdenní program léčby v roce 1973

	Ráno 6:00-8:00 h	Dopoledne 8:30-11:30 h	Odpoledne 13:00-16:00 h	Večer 18:00-19:30 h
Pondělí	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní komunita pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Přednáška, studium na pokojích	Elaboráty z přednášky, deníky
Úterý	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní komunita pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Tělocvik, skupinová psychoterapie	Elaboráty ze skupiny, deník
Středa	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní komunita pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Volná tribuna, tříhodinová komunita	Elaborát z VT, deník
Čtvrtek	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní komunita pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Osobní úkoly kvíz, zkoušky ze studia, terapie manželských párů	KLUB, elaboráty z klubu
Pátek	Stejné jako předchozí dny + soutěž pacientů po pokojích (zpěv, nástěnky, recitace)	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Soutěž pokojů (uzavření bodování, určení vycházek)	Kultura, deník, návštěva divadla s doprovodem
Sobota	Kulturní vycházka ve skupinách, návštěvy, individuální vycházka	X	Návštěvy	Deník
Neděle	Trvání individuální vycházky	X	Návštěvy	Deník, nácvik písně týdne

(Skála, 1973d, s. 23)

Při srovnávání tabulky 7 s tabulkou denního režimu z roku 1966 lze sledovat dílčí změny. Ihned ráno od pondělí do pátka lze pozorovat přítomnost ranního běhu (mělo se jednat o běh na 800-1000 m), ranní komunity, úklidu a sprchy. Dalo by se předpokládat, že úklid a sprcha byly součástí programu už v roce 1966, pouze nebyly specificky zmíněny. Zato ranní komunita by pravděpodobně zazněla, protože byla i v minulém programu považovaná za plnohodnotnou součást programu. Nejspíše se jedná o proměnu z původního ranního hlášení. Dopolední program zůstává v podstatě zachovaný. Odchylka je patrná pouze v názvu odvykací léčba – averzivní terapie. Další změna v programu byla přesunutí schůzky KLUSU z pátku na čtvrtek. Není vysvětleno, proč je změna názvu z KLUSU na KLUB.

V roce 1966 lze sledovat také více příležitostí pro kulturní zážitek ve formě kulturní terapie, kulturního programu, kulturní soutěže a kina. V roce 1973 zaznívá pouze ve dvou bodech programu, a to pouze jako vycházka do divadla a kulturní vycházka. Také z roku 1973 vymizela hydroterapie a konference dobrých myšlenek. Nově se v tomto roce objevuje jako bod v programu terapie manželských párů. Na pátek bylo ponecháno vyhodnocení soutěže týdne a na víkend možnost vycházek v případě, že na to měl pacient nárok a návštěvy.

Pacienti byli vedeni, aby se v průběhu léčby řídili tzv. desaterem:

Desatero Apolináře:

1. Přiznat si, že jsem alkoholik a že musím svůj problém řešit trvalo abstinencí
2. Léčím se sám kvůli sobě
3. Ve svém zájmu netajím se s léčbou
4. První rok abstinuji s Antabusem
5. Alespoň 100x navštívím diskuse terapeutického klubu
6. Budu dbát na svou životosprávu, zejména v kritických obdobích
7. Nebudu vyhledávat staré prostředí, ve kterém jsem pil, a lidi, se kterými jsem pil
8. Obnovím staré dobré zájmy a koníčky nebo si najdu nové
9. Budu mít odvahu řešit problémy, na které stačím, a trpělivost nepouštět se do problémů na které zatím nestačím
10. Budu trvale pracovat na své osobnosti (Skála, 1973d, s. 25)

Desatero bylo součástí psychoterapie v Apolináři. Skála (1973d) uvádí, že abstinence neměla být cílem, ale prostředkem k dosažení vyšších hodnot. Nové hodnoty si měl pacient vybudovat během pobytu v léčbě.

3.8.2 Program v Apolináři 1976

Skála (1977b) uvádí nový týdenní program v Apolináři z roku 1976, který se téměř nezměnil při srovnání s programem z roku 1973. Zároveň se Skála v tomto novém vydání stále vyjadřuje k averzivní terapii jako v původním díle o zmínce používání emetinu v Apolináři. Je tedy otázkou, nakolik jsou informace z uvedeného zdroje aktuální. Z tohoto důvodu je uvedena pouze tabulka o programu léčby.

Tabulka 8

Týdenní program léčby v roce 1977

	Ráno 6:00-8:30 h	Dopoledne 8:30-11:30 h	Odpoledne 13:00-16:00 h	Večer 18:00-19:30 h
Pondělí	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní setkání pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Přednáška, elaborát, terapie manželských párů (16:30-18:00 h)	Studium na světnicích, deník
Úterý	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní setkání pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Tělocvik, skupinová psychoterapie na světnicích	Elaborát, studium, (přezkoušení celé komunity)
Středa	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní setkání pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Volná tribuna tj. kolektivní psychoterapie	Elaborát z VT, deník
Čtvrtek	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní setkání pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Zkoušky ze studia, muzikoterapie	18:00-20:00 h KLUB, 20:30-21:30 h elaborát z klubu, deník
Pátek	Rozcvička, běh, sprchy, úklid, ranní setkání pacientů a terapeutů	Vyšetření, averzivní terapie, pracovní terapie	Soutěž světnic (uzavření bodování, určení vycházek), běh-200, 600, 1000 m na čas nebo 12 minut na počet kol	Kulturní hodinka připravená pacienty, návštěva divadla s doprovodem. Deník
Sobota	Kulturní vycházka ve skupinách, individuální vycházka	14:00-16:00 h návštěvy	14:00-16:00 h návštěvy	X
Neděle	10:00 h jogging (pomalý běh)	X	14:00-16:00 h návštěvy	Deník, nácvik písní z apolinářského zpěvníku

(Skála, 1977, s. 84)

V podstatě je možné sledovat v tabulce doplnění metody muzikoterapie a více běhu do programu týdne. Až na malé změny v programu např. přesunutí manželské terapie na jiný den nedošlo k velkým změnám během tří let.

3.8.3 Nové metody využívané v Apolináři

Rok 1975 a 1976 přinesl další inovativní metody do Apolinářského modelu léčby. Jednalo se o muzikoterapii, běh pro zdraví a taraktickou terapii.

Schánilcová (1975) popisuje působnost metody muzikoterapie konkrétně v Apolináři. Muzikoterapie měla tou dobou v zařízení probíhat již 1,5 roku. Autorka popisuje cíle v muzikoterapie v léčbě jako:

- Abrekce (zbavení se napětí nebo stresu),
- Zvýšená koheze kolektivu (možnost nonverbální komunikace v kolektivu a posilování vazeb),
- Navozování sebedůvěry pomocí seberealizace,
- Rozvinutí nových dovedností,
- Aktivace estetických prožitkových schopností,
- Celková harmonizace osobnosti,
- Obnova nebo nový rozvoj neznámých zájmových okruhů.

Muzikoterapie probíhala dvěma způsoby. Pokud probíhala receptivně, pacienti pasivně poslouchali vybrané skladby z gramofonových desek. Jednalo se často o klasickou hudbu, Schánilcová (1975) se také zmiňuje o vybrání neklasické hudby a způsobu terapie tzv. Lipské školy – poslech hudby 12-15 minut záměrně vybrané hudby.

Aktivní muzikoterapie se skládala z fází:

- úvodní (seznámení s nástroji, zkoušení rytmu),
- abreaktivní (společné hraní, zpěv, užití rytmu),
- psychoterapeuticky zaměřená část (vyjadřování vztahů za pomocí hudby),
- meditativní (absence nástrojů, vnímání sebe sama a okolí, hlasové prvky),
- konečná část (buď stimulující – opětovné společné hraní nebo opakování druhé a třetí fáze).

Muzikoterapie trvala 40 až 60 minut. Při aktivní formě se jí účastnilo až 20 lidí, při receptivní i 45. Posledních pět minut bylo věnováno shrnutí terapie, pocitů pacientů (Schánilcová, 1975).

Schánilcová (1977) o dva roky později napsala článek se stejnými informacemi, doplněné přesným rokem zahájení muzikoterapie v Apolináři v roce 1972. Potvrzuje opět

její přínos i v poznání jiné stránky pacienta a rozvoje kreativity. Potvrzuje také ponechání výše zmiňovaných fází v léčbě.

O v podstatě další nové léčebné metodě se zmiňuje Skála (1976). Popisuje tak rostoucí zájem o běhání v kontextu léčby u Apolináře. Běhu se věnuje i o rok později obsáhlejším článkem který nese název Běh pro zdraví při rehabilitaci alkoholiků a toxikomanů. Dle jeho slov naběhal pacient za léčbu 80-100 km. Běh byl součástí téměř každého dne. Dvakrát týdně po rozcvičce se běhal 1 km, třikrát týdně 500 m, v pátek se běhalo buď na rychlost, nebo na výkonnost – tzv. test zdatnosti (12 minutový běh). V neděli bylo běhání dobrovolné. Skála se inspiroval při zavádění metody sám sebou (od mládí běhal) i se opíral o teorii hodnot od Rokeacha. Běhání si pochvaluje i z pohledu absence vážných zranění (Skála, 1977a).

3.8.4 Shrnutí

Třetí dekáda Apolinářské léčby závislosti přináší nové techniky a zdokonalování režimu. Mezi výrazné nově jmenované prvky lze jmenovat muzikoterapie, běh pro zdraví a taraktická terapie. Individuální přístup se vyskytoval naprosto ojediněle, jestli vůbec.

Z programu vymizelo několik dalších praktik jako je užívání Emetinu v budování odporu k alkoholu, návštěva pacientů v Lojovicích a také hydroterapie. Do programu byla plně přidána rodinná terapie a stále probíhalo pořádání stanových táboru v Dobronicích.

3.9 Poslední sledované období od 1978 do1989

I když bylo vydáno v tomto období mnoho textů, které se zaměřovaly na léčbu závislosti, Apolinářskému modelu se věnovala menšina z nich.

Kováčik a Kováčiková (1978) vyjadřovali částečnou kritiku k Apolinářskému bodovacímu systému. V kritice se jednalo především o diskuzi o přísně nastavených pravidlech a absenci individuálního přístupu k pacientům. Autoři poukazovali na rizika negativních důsledků záporného bodování pacientů, nulový prostor pro chybování a nárůst napětí u pacientů. Hodnocení chování pacientů mohlo být v mnoha případech dvousečné. Terapeuti, kteří posuzovali problém, nemuseli být vždy jednotní. Trest tedy nemusel být udělen vždy spravedlivě. Zároveň je vyjádřena autory úvaha, že ačkoliv mohl tento model mít negativní dopady na pacienty, v Apolináři měly vybudované mechanismy, jak jim čelit ve prospěch pacienta.

Další relevantní texty byly publikovány až v roce 1982. Jedná se o texty, které spíše doplňují informace o jednotlivých metodách. Slouka a Skála (1982) umožnili nahlédnutí do čtvrtečních setkání s KLUSEM. Té předsedal vedoucí lékař a po jeho levici byli usazení léčící se pacienti spolu s personálem oddělení. Po pravici seděli již abstinující členové klubu. Jednalo se hlavně o problémech abstinence, schůze měla tři části: zpravodajskou, správní a námětovou. Abstinující a právě léčení seděli naproti sobě. Vedoucí lékař vyvolával a dirigoval názorovou výměnu podle předem připraveného programu. Setkání mohla být toho času velmi dramatická. Účastníci se měli učit sebeovládání, pravdivému sebehodnocení a otevřené upřímnosti. Podněcovala se u účastníků také nezbytnost členství a aktivní účasti po léčbě jako klíč k abstinenci.

Dále Slouka a Skála (1982) potvrdili přítomnost KLUSu na stanových táborech, které se v tu dobu stále pořádaly. Tábor se konal každé jaro. Dále se členové KLUSU mohli účastnit nedělního joggingu na Apolinářské zahradě spolu s pacienty. V poslední řadě Skála a Slouka také zmiňují službu na Apolince, která byla spjata s pohovorem s právě se léčícím pacientem. Jak již bylo dříve zmiňováno, zkušený abstinent prováděl pacienta léčbou, zdůrazňoval funkčnost metod a nutnost podřízení se zavedenému režimu. Sdílel také své poznatky z léčení.

Skála a Mareček (1982) zmiňují dlouholeté používání 7 etážní diagnózy, v rámci nové revize mezinárodní klasifikace nemocí.

Širočková (1982) uvádí pouze zmínku o rodinné terapii. S celou rodinou byla prováděna převážně ambulantně, zároveň je ale také zmíněn týdenní pobyt rodiny v léčebně, mělo vést k diagnostice a k získání informací. Skála (1982) v rodinné terapii poukazuje na velmi malou spolupráci manželek. Maximálně deset procent ze všech pacientů se zapojilo do této formy terapie. Pokud ale rodina spolupracovala a byla zjevná pacientova prosperita, byla možnost léčbu ukončit o dva týdny dříve.

Podstatnou součástí léčby byly také vycházky a návštěvy. Dle Skály (1982) neměl mít pacient žádnou návštěvu první dva až tři týdny. Na první vycházku mohl jít pacient po pěti až šesti týdnech léčení, musel ale splňovat pravidla, aby na ni měl nárok na základě bodování. Vycházka byla možná pouze jednou za 14 dní.

Dále Skála (1982, s. 49) sdílí tabulku, která opět popisuje týdenní program v Apolináři.

Tabulka 9

Týdenní program léčby v roce 1982

	Ráno	Dopoledne	Odpoledne	Večer
Pondělí	5:45 h budíček 6:00 h rozcvička a běh, osobní hygiena, úklid 7:10 h snídaně	7:30 h ranní schůzka komunity 8:00 h první pracovní blok 10:00-11:30 h druhý pracovní blok nebo Vyšetření nebo biologická léčba	13:00-14:15 h skupinová psychoterapie 14:30-16:00 h Přednáška s diskuzí	18:00-19:00 h elaborát z přednášky 19:00 h deník 19:40 h večerní rozcvička 21:00 h pořádková vizita 21:45 h klid na lůžku 22:00 h noční klid
Úterý	Stejné jako v pondělí	Stejné jako v pondělí	13:00-14:15 h skupinová psychoterapie 14:20-14:45 h elaborát ze skupin 15:00-16:00 h pohybové aktivity na zahradě nebo v tělocvičně	18:00-19:00 h určené studium ze Zápisů z Apolináře (cca 15 str.) Ostatní program jako v pondělí
Středa	Stejné jako v pondělí	Stejné jako v pondělí	13:00-15:30 h Volná tribuna 15:30-16:00 h přezkoušení ze studia a z přednášky	18:00-19:00 h Elaborát z VT Ostatní program jako v pondělí

Čtvrtek	Stejné jako v pondělí	Stejné jako v pondělí	13:00-14:15 h skupinová psychoterapie 14:25-14:45 h transparence skupin 15:00-16:00 h úklid (osobní úkoly)	18:00-19:30 h KLUB 20:00-21:00 h elaborát z klubu Ostatní program jako v pondělí
Pátek	Stejné jako v pondělí	Stejné jako v pondělí	13:00-14:00 h pořádková vizita 14:15-14:45 h Hodnocení soutěže týdne 15:00-16:15 h běh-12 minut (měření tepové frekvence)	17:30-18:30 h Kulturní hodinka připravená pacienty 18:45 návštěva divadla s doprovodem.
Sobota	6:30 h budíček, bez rozcvičky	8:00-11:30 h kulturní vycházka v doprovodu terapeuta	14:00-16:00 h návštěvy	X
Neděle	7:00 h budíček, bez rozcvičky	10:00 h dobrovolný jogging	14:00-16:00 h návštěvy	18:00-19:00 h muzikoterapie

Opět jsou patrné změny v programu oproti předchozím rokům. Z této tabulky je patrná i časová investice do jednotlivých aktivit. Ranní komunita byla přesunuta z bloku ráno do dopoledního. V podstatě je dopolední program až na zmíněnou odchylku stejný, vyjma rozpůlení pracovní terapie na dvě části. Odpolední program a večerní je zaplněnější, než tomu bylo v roce 1973. Přibyly položky jako pořádková vizita, večerní rozcvička, klid na lůžku a transparence skupin. Bohužel se o těchto položkách Skála (1982) už blíže nerozepisuje. Nácvik písní nahradila v neděli muzikoterapie a terapie manželských párů se v programu už neobjevuje. Díky zmínění času a důkladnému popsání dne pacienta je znám začátek a konec dne pacienta. Dle Skály (1982) měl být režim bohatý z hlediska potřeb pacienta, zároveň také náročný a důsledný. Z tabulky tento záměr jasně vyplývá.

Jako další je popsaná také pracovní terapie. Pacienti pracovali na pracovištích kliniky VFN (kuchyň, prádelna), v botanické zahradě, v budově Apolináře a ve skladišti národního divadla.

Skála (1983) dále referoval o specifické technice založené na typologii. U pacientů byl zobrazován možný rozpor. Probíhalo anonymní hodnocení ostatních na základě toho, co si dotyčný o léčbě myslel a co o ní říkal. Byly stanovené čtyři typologie pacientů, které byly reprezentovány určitými jmény:

- Typ Stanislava – obojí je kladné (kladné hodnocení léčby i jeho postoj),
- Typ Vladimíra – první je kladné, druhé nulové,
- Typ Teofyla – první záporné, druhé obojaké,
- Typ Karla – obojí záporné (Skála, 1983a).

Pacienti anonymně psali, koho ze skupiny řadí do určité typologie (konkrétně měli napsat každý dva). Na tabuli byl následně vypsán jmenovitý přehled pacientů z anonymního hodnocení. Při technice měl být zjišťován produktivní náhled.

Skála (1983a) uvádí, že pacientům byla po účasti tří týdenní léčby kladena otázka, zda chtěli v léčbě pokračovat, nebo ji bez jakýchkoliv následků opustit. Většina z nich chtěla léčbu dokončit.

3.9.1 Intenzivní léčebné pobyty v přírodě

Od roku 1962 je znám pravidelný výjezd pacientů do stanového tábora blízko Dobronic. Skála (1983b) uvádí, že se konalo více výjezdů mimo léčebnu pro pacienty a jejich blízké. Je poměrně obtížné z těchto pobytů vyčlenit pouze ty, které zahrnovaly právě léčící pacienty a vynechat při tom ženské oddělení, nebo tzv. ex pacienty. Není blíže uvedeno, zda pobyty pro blízké (manželky, děti), byly nabízeny právě léčícím se pacientům nebo členům KLUSu (Skála, 1983b).

Během let se podařilo pro léčbu závislosti vybudovat několik pobytových center, kam mohli pacienti jezdit na intenzivní pobyty. Tyto místa byly již zmiňované Dobronice, ale i Krkonoše, Aronov a Červený dvůr. Pro děti pacientů byly zřizovány i pionýrské tábory ve Lhotce nebo Aronově. Aronovu se věnuje článek blíže, jednalo se o chatový tábor v parku u ženského oddělení v Lojovicích, který byl postaven pacienty v roce 1964. Měl kapacitu 36 lůžek a konaly se zde pobyty od května do září. V Aronově probíhaly manželské terapie, komunitní rodinné terapie a hromadné posilovací léčby žen i mužů (Skála, 1983b).

Dále se Skála (1983b) zaměřuje převážně na již zmiňovaný tábor v Dobronicích. Dle informací z té doby pracovali pacienti i jako pomocníci v kuchyni v Opařanské dětské psychiatrické léčebně. V Dobronicích byl kladen důraz na sportovní aktivitu, z běžné léčby se četnost sportu navýšila z 10 % na 30 %. Mezi pohybové aktivity patřily: jogging, turistika,

nohejbal, volejbal, plavání, jízda na kánoích a pramicích a běh v překážkové dráze. Uprostřed 14ti denního pobytu se konal pochod v délce od 10-25 km, podle fyzické kondice pacientů. Jogging měl jasná pravidla, běhalo se na čtyřech různých tratích. Předcházela mu rozcvička, následně pak třičtvrtě trasy pacienti běželi v tempu dle zkušeného vedoucího, poslední čtvrt trasy bylo možné běžet rychleji. Trasa byla dlouhá 4-5 km. Od roku 1978 byl zaveden absolutní zákaz kouření na intenzivním pobytu tzv. nekuřácký trénink.

Skála (1983b) uvádí zkoušení nových léčebných metod právě v prostředí pobytu v přírodě. Pokud se inovace prokázala efektivně, byla zařazena do programu v samotné léčebně. Konkrétně je zde zmiňovaná vyšší četnost skupinové psychoterapie (namísto jednou týdně, třikrát týdně od roku 1978), dále konzervativní pohybová terapie, psychogymnastika a psychodrama autogenního tréninku. Dalšími inovacemi měly být tvarová terapie a biblioterapie (pacienti tvořili časopis z pobytu tzv. Dobronického úhoře). Programem intenzivního léčebného pobytu si museli kompletně projít i všichni pracovníci v léčebně (včetně psaní deníku).

3.9.2 Rodinná terapie

Rodinná terapie byla součástí léčby téměř od začátku fungování samotného Apolináře (od roku 1950). Během let probíhalo mnoho snah o zavedení různých projektů pro zvýšení efektivity léčby, bohužel je z textu z roku 1983 patrné, že v průběhu let spíše ztrácela na ochotě u pacientů i jejich rodin. Z textu vyplývá, že jediná činnost, která byla ponechaná, byly semináře manželek a práce s rodinami v Apolináři v průběhu léčby. Pro přehlednost je zde uvedena tabulka vypracovaná Skálou a Maťovou (1983).

Tabulka 10
Rodinná terapie 1950-1983

Aktivity	Roky
Seminář manželek	1950-dosud
Psychoterapie manželských párů	1965-1980
Rodinná terapie v Červeném dvoře	1966-1975
Práce s rodinami v Apolináři v průběhu léčby	1976-dosud
Práce s rodinami v chatové osadě v Lojovicích (týdenní pobyt)	1978-1981
19.Lojovické hry věnované přehlídce práce terapeutů s jejich rodinami	1981
Klub dětí a jejich prázdninové pobyty v Lojovicích (chatové oblasti)	1964-1981

(Skála & Maťová, 1983, s. 255)

Zároveň autoři zmiňují, že systematická práce byla aplikovaná spíše na ženském oddělení v Lojovicích než v Apolináři. Zhruba 10-20 % rodinných příslušníků měl zájem o rodinnou terapii (Skála & Maťová, 1983).

3.9.3.Rok 1984-1989

V posledních zmiňovaných letech poměrně klesla četnost informací ohledně léčebných metod v kontextu Apolináře. Níže bude zmíněno pět článků, které zaznamenávají metody, ale velmi často zachází do minulosti Apolinářského modelu (nereflektují dobu 1984-1989).

Takový je v podstatě jediný nalezený článek, uvedený v *Protialkoholickém obzoru,* z roku 1984, ve kterém Skála (1984) spíše potvrzuje správnost týdenního programu z roku 1982 s malou neshodou ohledně transparenčních setkání skupin, které byly dle popisu v úterý a ne ve čtvrtek, jak je zaznamenáno v poslední tabulce. Skála (1984) potvrzuje zavedení přijmu pacientů jednou za 14 dní a tvoření skupiny nováčků. Mělo se tak dosáhnout užších vztahů a měly být dobrým základem pro další léčbu.

Při komunitní psychoterapii v léčebně se Skála (1984) zaměřoval u pacientů na situaci tady teď, soustředili se převážně na aktuální problémy a chování bez zabíhání do minulosti. Terapie měla za cíl formovat pacienta tak, aby jeho následný život vedl k růstu a prospěchu jeho i okolí.

Ačkoliv bylo v kapitole o intenzivních pobytech v přírodě uvedené, že psychoterapeutické skupiny probíhaly od roku 1978 třikrát týdně, studie, která byla prováděna v roce 1983 uvádí četnost terapií pouze dvakrát týdně. Je otázkou, zda se režim za tak krátkou dobu opět změnil, nebo se jedná o chybnou informaci. Terapie v té době měla trvat 75 minut (Nerad & Neradová, 1985).

Dále Skála (1985) uvádí svoji snahu začlenit muzikoterapii i na čtvrtečním večeru s KLUSem (KLUS vytvářel své vlastní texty). V některých případech zajišťovali pořádání KLUSu samotní pacienti. Jejich úkolem bylo psát zvací dopisy bývalým pacientům z jejich světnic. Pokud se bývalý pacient dostavil na setkání, světnice mohla získat čtvrt bodu za jeho účast. Témata, která zaznívala na pondělní přednášce se následně prolínala celým týdnem. Zazněla na skupinách a pacienti z něj byli ve čtvrtek přezkoušeni od členů KLUSu.

Skála (1886) dále spíše vzpomíná na uplynulá léta v Apolináři. Zaznívají zde fakta o délce režimu 30 hodin týdně z toho jednotlivé formy psychoterapie splňovaly 10-15 hodin. Další rok se Skála (1987a) vyjadřuje k dřívějšímu omezování kouření u pacientů a snaze nahradit nezdravý životní styl za běhání a jiný typ sportu. Pacienti měli mít na kouření vymezený čas. Ohledně kouření se zmiňovali i texty referující o bodování pacientů (za kouření mimo povolenou dobu byly přiděleny záporné body) (Skála et al, 1973).

Koncem analyzovaného období se Skála (1987b) více rozepisuje o vytváření vztahu k pacientovi. Lze se dočíst o již zmiňované práci s nováčky v léčbě v prvních 14ti dnech. Na

ukázce udělení práce na zahradě předvádí možnosti zkoušení pacientovi snahy, schopnosti a spolupráce. Nejen práce ale i sport mohl prokázat tyto pacientovi charakteristiky. Popisuje také pořádání jednou do měsíce namísto volné tribuny pořádání hromadné pracovní terapie na tři hodiny. Pacienti tím získávali na sebehodnotě za pocit dobře udělané viditelné práce a viděli její smysl. Opět se zde autor na začátku zmiňuje o tzv. vícetážové diagnóze, která se stanovovala na základě dotazníků na začátku léčby. Také objasňuje termín sociometrie, což znamená měření náhledu komunity při volné tribuně. Dále je zde popsané pořádání tzv. malého klubu – čtvrteční velká diskuze v menším měřítku (devět pacientů na světnici spolu se členy KLUSu).

3.9.4 Shrnutí

V posledním zkoumaném období se spíše potvrdilo používání metod, které byly zmiňovány již dříve. Stále se v tomto období jezdilo na pobyty v přírodě, pořádaly se diskuze s KLUSem a zachoval se také pohovor pacienta se členem KLUSu. Metoda pobytů v přírodě se rozrostla o více poboček a začala se uplatňovat ne pouze u aktuálních pacientů, ale také jako forma rodinné terapie a kluby dětí.

V týdenním programu přibyly položky jako pořádková vizita, večerní rozcvička, klid na lůžku a transparence skupin. Nácvik písní nahradila v neděli muzikoterapie.

Dále je z textu patrné, že v tomto období probíhá odklonění od rodinné terapie. Přestože během vývoje Apolinářského modelu bylo zkoušeno mnoho inovací v tomto směru, jediná využívaná forma zapojení rodiny do léčby pacienta byla pouze seminář manželek, který se podařilo zachovat od jeho začátku v roce 1950. V léčbě pacientům byla nabízená rodinná terapie, ti ji ale dle Skály a Maťové (1983) spíše nevyužívali.

Z let 1988 a 1989 se nepodařilo dohledat žádné texty, které by práci doplnily o nové informace.

4.Diskuze a závěr

Tato diplomová práce si kladla za cíl zmapovat vývoj léčebných metod Apolinářského modelu léčby závislosti v časovém rámci od založení samotného oddělení U Apolináře v roce 1948 až po rok 1989.

Apolinářský model léčby závislosti se ve sledovaném období neustále vyvíjel. V každém zpracovávaném období se podařilo vypracovat přehledná schémata nebo tabulku zobrazující režim v Apolináři, který byl jedním ze zásadních prvků tohoto modelu.

Léčba se v prvních deseti letech zaměřovala primárně na vitamínovou a averzivní formu terapie, praktikovanou Jaroslavem Skálou ve formě emetinových sezení již před otevřením samotného oddělení U Apolináře v roce 1947. V následujícím roce se datuje založení podstatné organizace KLUSU. Tato organizace se po celé sledované období podílela na doplňování léčebných postupů a obohacovala program například diskusemi KLUS či spoluúčastí stanových táborů. V prvním desetiletí lze sledovat vznik prvních léčebných metod, jako byla antabusová sezení, přednášky, deníky, služba na záchytné stanici možnost vycházky, týdenní soutěž a s ní spjatý bodovací systém. Do léčby bylo zařazeno psaní elaborátů z přednášek, studium a kvíz, tělovýchovné odpoledne, kulturní vycházky a pro manželky pacientů také semináře. Zpočátku je uváděna také rekreace pacientů v Bohumili, o jejím charakteru ale nejsou známy žádné podrobnosti.

V druhým desetiletí začal být kladen větší důraz na režimové aktivity nežli na averzivní terapii, i když zaujímala důležité místo v léčbě. Primárně docházelo ke vzniku dalších výrazných metod léčby jako byla volná tribuna, skupiny lékařů, psychologů i sester, tvorba životopisů a první výjezdy do stanových táborů poblíž Dobronic. Mezi dalšími metodami byla hydroterapie, nácvik písní a přednes básní. V tomto období je popsán důkladněji systém bodování pacientů a je kladen větší důraz na kolektiv pacientů. Do programu léčby byly zahrnuty i dva týdenní pobyty v léčebnách (Bohnice a Lojovice) a tzv. day hospital (denní stacionář pro pacienty).

Třetí desetiletí obohatilo léčebný program o muzikoterapii a běh pro zdraví. Také zaznívá pojem taraktická terapie, čímž se specifikuje přísný a náročný přístup k pacientům v léčbě tzv. buzerace. V tomto období se již nevyskytuje zmínka o hydroterapii, přednesu básní a nácviku písní. V averzivní terapii byl Emetin plně nahrazen apomorfinem. Dále je zrušen v programu léčby jednotýdenní pobyt v Lojovicích.

V posledním období byla zaregistrována změna programu v rámci dvou doposud nezmiňovaných položek: transparence skupin a pořádková vizita. V poslední podkapitole zaznívá rozšíření pobytů v přírodě a ukazuje se zde přehled rodinné terapie od jejího vzniku po rok 1983. Autoři textů se zaměřovali na popis již vzniklých metod nebo například vztahu pacienta s terapeutem a náhled na léčbu. V programu zaznívá tzv. biologická léčba, což by mělo značit odvykací sezení s apomorfinem. V poslední podkapitole se ale tato léčebná metoda konkrétně již nerozebírá, protože se jí nevěnuje žádný z relevantních textů.

Při dokončování práce se ukázalo, že většina textů, vycházející po roce 1982, které by mapovaly předmět práce, se přesto vrací do doby zobrazující období do roku 1982. Odpovědí na tento problém může být skutečnost, že byla stanovena klíčová slova, která se přímo vztahují k Jaroslavu Skálovi. Zároveň při hloubkové analýze dat z rešerše od Klimešové (2017) bylo pracováno s mnoha texty, ve kterých o Jaroslavu Skálovi nebyla ani zmínka. Naopak byla větší četnost produkce textů na téma léčby závislosti, pouze se nenašly ty, které by odpovídaly předmětu zkoumání. Lze se tedy domnívat, že za většinovou produkci textů o metodách léčby v Apolináři stojí právě zmiňovaný zakladatel Apolinářského režimu.

Během zpracovávání této práce došlo k několika komplikacím při sběru dat. Většina zkoumaných textů byla přístupná pouze díky možnosti podání požadavku vyhotovení kopií ze vzdálených skladů knihoven. Ve vypracované rešerše Klimešové (2017) byly nalezeny zdroje, které se nepodařilo získat ani prostřednictvím získání kopií exemplářů. Dle informací z knihovny existoval o těchto textech pouze bibliografický záznam. Jednalo se o několik článků z časopisu Psychoterapeutický Antabus a jeden článek z časopisu Vesmír.

Během psaní práce se dohledaly texty, které mohly práci obohatit. Těmi jsou myšleny, již zmiňované v textu práce, Zápisy z Apolináře. Bohužel se nepodařilo navázat spolupráci s pracovníky Apolinářského archivu a zůstaly tak neprobádané. Zároveň se mělo jednat o značný soubor textů, který by ve spojení s již uvedenými zdroji pravděpodobně přesahoval obvyklý rozsah diplomové práce. Tento materiál by tak mohl být vhodným základem pro další samostatné bádání nebo navazující akademickou práci.

Přestože nebylo možné dohledat veškeré texty potenciálně popisující další vývoj Apolinářských metod, výzkumné cíle byly naplněny, a na stanovené výzkumné otázky se podařilo odpovědět. Z dostupných dat byla vytvořena časová osa dokumentující vznik jednotlivých léčebných metod a pomocí tabulek byly znázorněny dílčí změny v týdenním programu.

Adiktologická péče se často opírá o zavedená pravidla, která jsou aplikována po desetiletí bez výraznějších změn či snahy o inovaci. Tato práce, přestože se zaměřuje především na historické aspekty, může sloužit jako inspirace k zavádění nových přístupů v adiktologické praxi. Specialisté v Apolináři během čtyřiceti let vybudovali model léčby, který po dlouhou dobu plnohodnotně plnil svůj účel. Nicméně, s měnící se dobou je na místě zvažovat, zda nebyla úspěšnost Apolinářského modelu do značné míry ovlivněna právě jeho neustálým vývojem a přizpůsobováním novým poznatkům.

5. Použitá literatura:

Brožová, M. (1957). Jak působí režim na pacienty v protialkoholním oddělení. *Zdravotnická pracovnice,* 7(3), 142

Černý, M. (2016). *Rozvoj léčby alkoholismu na historickém území Čech a Moravy, od druhé světové války, do konce 60. let 20. století, s fragmenty ze 70. a 80. let 20. století, založený na výzkumných rozhovorech s pamětníky: Arnoštkou Maťovou, Petrem Rieselem a Janou Novotnou* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK. https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/82490

Elkins, L., R., Richards, T. L., Nielsen, R., Repass, R., Stahlbrandt, H. & Hoffman, G. H. (2017). The Neurobiological Mechanism of Chemical Aversion (Emetic) Therapy for Alcohol Use Disorder: An fMRI Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience,* 11

https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00182

Ferenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši* (2nd ed.). Portál.

Francek, J. (1999). *Zločin a trest v českých dějinách*. Rybka Publishers.

Hokůvová, R. (2013). *Léčba alkoholové závislosti, Současná apolinářská léčba* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK

Janíček, J. (2014). *Československý abstinentní svaz v kontextu českého a slovenského abstinentního hnutí 1. poloviny 20. století* [Diplomová práce, Masarykova Univerzita].

Klimešová, L. (2017). *Vývoj apolinářského modelu léčby závislosti na alkoholu v historickém vývoji v kontextu domácího odborného písemnictví mezi lety 1957 a 1989* [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK.

https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/85732

Kalina, K. (2008a). *Terapeutická komunita*. Grada Publishing as.

Kalina, K. (2008b). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing as.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada

Kovacik, P., & Kovacikova, M. (1978). Teoretické implikácie nekomprehenzívnych modelov psychiatrických komunit. *Protialkoholický Obzor*, 13(1), 29-36

Kříž, J. (2009). Používání Benzedrinu. *Fronta.cz.* https://www.fronta.cz/dotaz/pouzivani-benzedrinu

Kubička, L. (1975). *Ústavní léčba alkoholismu: dynamika, výsledky, predikční faktory*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

Léčba - Alkohol pod kontrolou. (2024). Klinika adiktologie.

https://alkoholpodkontrolou.cz/lecba/

Lékařské slovníky. (n.d. a). *Pilokarpin.* https://lekarske.slovniky.cz/pojem/pilokarpin

Lékařské slovníky. (n.d. b). *Psychogymnastika.*

https://lekarske.slovniky.cz/pojem/psychogymnastika

Maťová, A .(1962). Die Zusammenarbeit mit den Patienten und deren Familienangehörigen im Verlauf einer langen Kur. In Skála, J. *Organisation und Methodik des Kamfes gegen den Alkoholismus*. (s. 87-91) Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Maťová, A. (1966). Léčení a doléčování na protialkoholním oddělení v Apolináři. *Protialkoholický Obzor*, 1(5), 154-162.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing.

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

Národní zdravotnický informační portál. (n.d.). *Vodoléčba.* vodoléčba | NZIP

Nerad, J. M., & Neradová, L. (1985). Roční sledovaní psychoterapeutického procesu na protialkoholním oddělení pk v Praze (Apolinář). *Protialkoholický Obzor*, 20(4), 243- 245.

Obiedallah, M., Yasien, A. A., Mohamed, S. S., & kolektiv. (2024). Endophytic *Aspergillus fumigatiaffinis*: New insights into paclitaxel production and optimization. *Applied Microbiology and Biotechnology, 108*(1), 405.

https://doi.org/10.1007/s00253-024-13230-2

Otterová, M. (1957). Vliv psychoterapie na alkoholiky. *Zdravotnická pracovnice,* 7(3), 145-146

Schánilcová, J. (1975). Užití muzikoterapie v protialkoholní léčebně. *Protialkoholický Obzor*, 10(2), 58-60.

Schánilcová, J. (1977). Zkušenosti z aplikace muzikoterapie v režimové léčbě. *Československá Psychiatrie*, 73(2), 100-103.

Skála, J. (1949a). Máme sto lůžek pro léčení alkoholiků. *Praktický lékař, 29,* 460

Skála, J. (1949b). *Jak se dívat na alkoholismus; Jak dnes léčíme alkoholismus.* Klub usilující o střízlivost

Skála, J. (1950). Oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice v Praze. *Zdravotnická revue*, *25*, 76–77.

Skála, J., & Maťová, A. (1950). „Apolinář" – první samostatné protialkoholní odd. psychiatrické kliniky ČSR. *Zdravý lid,* 29, 151-152; 166-167

Skála, J. (1956). Alkoholismus. *Speciální psychiatrie;* 479-502

Skála, J. (1957). *Alkoholismus*. Státní zdravotnické nakladatelství

Skála, J. (1958). Therapie alkoholismu a její výsledky po odstupu 1 roku u 1000 pacientů. *Časopis lékařů českých,* 97(3), 94-95

Skála, J. (1960). *…Až na dno!: fakta o alkoholu a pijáctví.* Státní zdravotnické nakladatelství

Skála, J. (1962). *Organisation und Methodik des Kamfes gegen den Alkoholismus*. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit.

Skála, J. (1965). Rozvoj protialkoholní péče v Praze a další perspektivy. *Praktický Lé*kař, 45(11), 423-425.

Skála, J. (1966). Aplikace režimové léčby alkoholismu v podmínkách stanového tábora. *Československá Psychiatrie*, 62(3), 186-188.

Skála, J., Maťová, A., Hrodková, J., & Homolková, J. (1973). Bodovací systém a terapeutická komunita. *Československá Psychiatrie*, 69(5), 303-309.

Skála, J. (1973a). 25 let Apolináře: KLUS - socioterapeutický klub. *Zdravotnické Noviny*, 22(36), 6.

Skála, J. (1973b). 25 let Apolináře: KLUS - socioterapeutický klub. *Zdravotnické Noviny*, 22(37), 6.

Skála, J. (1973c). 25 let Apolináře: KLUS - socioterapeutický klub. *Zdravotnické Noviny*, 22(38), 6.

Skála, J. (1973d). *Úkoly sociálních pracovnic v protialkoholních zařízeních*. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků.

Skála, J. (1976). Aplikace běhu při rehabilitaci alkoholiků a toxikomanů: [z přednáškového večera Spolku českých lékařů v Praze dne 6.4.1976]. *Časopis Lékařů Českých*, 115(23), 711.

Skála, J. (1977a). Běh pro zdraví při rehabilitaci alkoholiků a toxikomanů. *Praktický Lékař*, 57(18), 658-659.

Skála, J. (1977b). *.. až na dno!?: fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu* (3. přeprac. a dopl. vyd.). Praha: Avicenum.

Skála, J., & Mareček, P. (1982). Devátá decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a její aplikace na problematiku AT péče. *Československá Psychiatrie*, 78(6), 409-411.

Skála, J. (1982). *Problematika ústavní péče*. Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, 45-53.

Skála, J. (1983a). Náhled při léčbě alkoholismu a toxikomanií. *Protialkoholický Obzor*, 18(2), 117-120.

Skála, J. (1983b). Intenzivní léčebné pobyty v přírodě (ILPP). *Protialkoholický Obzor*, 18(6), 369-372. 73

Skála, J., & Maťová, A. (1983). Rodinná a manželská terapie při léčbě mužů a žen na protialkoholním oddělení PK v Praze. *Protialkoholický Obzor*, 18(4), 253-259.

Skála, J. (1984). Vztah pacient-terapeut při léčbě AT. *Protialkoholický Obzor*, 19(4), 237-241.

Skála, J. (1985). Extenzita a intenzita v práci pražského KLUSu. *Protialkoholický Obzor*, 20(2), 113-116.

Skála, J. (1986). Psychoterapie v Apolináři. (Retrospektiva a bilance). *Protialkoholický Obzor,* 21(5), 303-305.

Skála, J. (1987). Psychotropní drogy a jejich alternativy. *Časopis Lékařů Českých*, 126(26), 801-805.

Skála, J., & Maťová, A. (1987). Vztah a vztahovost při práci s velkými skupinami. *Protialkoholický Obzor*, 22(3), 177-180.

Skála, J. (1998). *Lékařův maraton: ber a dávej.* Český spisovatel

Slopovská, H. (2020). *Struktura chorobopisu apolinářských pacientů v roce 1948.* [Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK.

Slouka, I., & Skála, J. (1982). *KLUS (Klub usilujících o střízlivost)*. Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, 109-116.

Studium psychologie. (n. d.). *Gestaltismus – tvarová psychologie.*

https://www.studium-psychologie.cz/dejiny-psychologie/2-gestaltismus-tvarova-psychologie.html

Šejvl, J., Popov, P., Miovský, M., & Mašlániová, M. (2023). Období od vzniku svépomocných organizací až k otevření samostatného protialkoholního oddělení u Apolináře v roce 1948. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, *6*(2), 70–78.

https://doi.org/10.35198/APLP/2023-002-0001

Šejvl, J., Mašlániová, M. & Miovský, M. (2020). Ellikon (1889 až 1911): Forel-Bosshardovy základy moderního přístupu k ústavní léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, *3*(1), 32–39.

Šejvl, J., Mašlániová, M. & Miovský, M. (2021). Kontext a historické souvislosti vzniku formování nejstaršího kontinuálně existujícího rezidenčního modelu léčby závislosti na alkoholu ("apolinářský model") ve střední Evropě v letech 1948-1960. *Časopis lékařů českých,* 160(5), 203-208

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

Širočková, A. (1982). *Rodinná terapie.* Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, 91-94.

Talpa, R. (2023) *Historický vývoj léčby závislosti na alkoholu v Psychiatrické léčebně v Dobřanech do roku 1989*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova v Praze]. Digitální repozitář UK

Thomasina Borkman PhD, Lee Ann Kaskutas DrPH & Patricia Owen PhD. (2007). Kontrastní a konvergující filozofie tří modelů léčby alkoholem/jinými drogami, léčba alkoholismu čtvrtletně, 25:3, 21-38, DOI: 10.1300/J030v. Dostupné z:

https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=756c39d2-1b87-4ce9-8d1d-7494ee9cdb1f%40redis&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=2007-15131-003&db=psyh

Velková, O. (1968). Prevence a léčba alkoholismu u nás. *Zdravotnická Pracovnice*, 18(2), 87-90.

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. (2019). *Klinika adiktologie: Informace pro pacienty*. https://www.vfn.cz/pacienti/kliniky-ustavy/klinika-adiktologie/informace-pro-pacienty/

Wikiskripta. (2023). *Strychnin.* https://www.wikiskripta.eu/w/Strychnin

Wikiskripta. (2022). *Intoxikace budivými aminy (ephedrin a jeho deriváty).*

https://www.wikiskripta.eu/w/Intoxikace_budiv%C3%BDmi_aminy_(ephedrin_a_jeho_deriv%C3%A1ty)

Wikiskripta. (2018). *Harm Reduction.* https://www.wikiskripta.eu/w/Harm_Reduction

6. Přílohy

Seznam tabulek, obrázků a časových os:

Tabulka 1: Program léčby v roce 1950

Tabulka 2: Program léčby v roce 1957

Tabulka 3: Týdenní program léčby v roce 1966

Tabulka 4: Program léčby v roce 1966 (13 týdnů)

Tabulka 5: Program léčby v roce 1973 (13 týdnů)

Tabulka 6: Léčba v týdnech od 1948-1970

Tabulka 7: Týdenní program léčby v roce 1973

Tabulka 8: Týdenní program léčby v roce 1977

Tabulka 9: Týdenní program léčby v roce 1982

Tabulka 10: Rodinná terapie 1950-1983

Časová osa 1: První dekáda

Časová osa 2: Druhá dekáda

Obrázek 1: Náplň léčebného režimu Apolináře