

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA

Bakalářské/kombinované studium

2009 – 2012

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ivan Veber

Život a dílo doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. a jeho přínos pro současnost

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Jarmila Klugerová Ph.D.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor / Combined (Part time)

2009 – 2012

BACHELOR THESIS

Ivan Veber

The Life and Work of doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.
and its contribution to the present

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Jarmila Klugerová Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Kolovči dne 5. 3. 2012

Jméno autora: Ivan Veber

Poděkování

Chtěl bych poděkovat za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování této bakalářské práce PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá životem a dílem doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc., který stál u zrodu adiktologie v naší zemi. Na základě svého přístupu k dané problematice se zajímal a dokázal se orientovat v soudobých celosvětových poznatcích o problematice v oblasti alkoholových drog a díky vlastní invenci je i dále rozvíjel. Definováním vlastních postupů a založením speciálních institucí v oblasti řešení otázek závislosti vytvořil odbornou základnu pro řešení těchto otázek u nás, ale i v celosvětovém měřítku obohatil tuto problematiku. Autorovy myšlenky i postupy jsou jeho následovníky dále rozvíjeny, čímž dochází k opakovanému potvrzování jejich důležitosti a oprávněnosti jako východiska v boji proti závislosti u nás a za hranicemi.

Klíčové pojmy

Adiktologie, alkohol, antabus, AT, aversivní léčba, detalkol, detox, emetin, FAS, ICCA, ICPA, ILPP, KLUS, komunita, onemocnění, prevence, psychoterapie, rodina, sekundární péče, skupina, SONET, SUR, syndrom odnětí, terapie, volná tribuna, výchova, Widmarkova zkouška, záchytná stanice, závislost, zdravotní rizika.

Annotation

This thesis deals with the life and work doc. MUDr. Jaroslav Skala, CSc., Who stood at the birth of Addictology in our country. Based on its approach to the issue he was interested and was able to navigate in contemporary life-world knowledge about the problems of drugs and alcohol because of her own invention is further developed. By defining its own procedures and the establishment of spe-sions institutions in addressing addiction expert has created a basis for addressing these issues in our country but also globally enriched this issue. Author's ideas and practices are further developed by his followers, which leads to re-validate their importance and legitimacy as a starting point in the fight against addiction in our country and abroad.

Key words

Addictology, alcohol, Antabuse, AT, aversiv treatment, community, dependence, detalkol, detox, disease, Drip station, education, Emetine, family, free platform, FAS, group, health risks, ICCA, ICPA, ILPP, KLUS, prevention, psychotherapy, secondary care, SONET, SUR, therapy, trot, Widmark test, withdrawal syndrome.

OBSAH

Úvod	10
1. Životopis Jaroslava Skály	12
1.1 Dětství očima Jaroslava Skály	12
1.2 Léta studia	12
1.3 Rodinný život Jaroslava Skály	13
1.4 Profesionální dráha	13
1.5 Kongresy	20
1.6 Padesát dní ve světě	26
1.7 Rekapitulace profesní a životní pouti Jaroslava Skály	29
2. Jaroslav Skála a jeho práce v oblasti alkoholové závislosti	34
2.1 Co je alkohol a jeho působení na lidský organismus	34
2.2 Vliv výchovy na budoucí přístup k požívání alkoholu	35
2.3 Hladina alkoholu v krvi a jednotlivá stádia opilosti	36
2.4 Kocovina	37
2.5 Metabolismus etanolu v lidském organismu	38
2.6 Problémy související s alkoholem	39
2.7 Škody na zdraví související s alkoholem a jeho prokazování v krvi	40

2.8 Žena a alkohol	42
2.9 Sex a alkohol	43
2.10 Rodič závislý na alkoholu	44
2.11 Bezpečnost v dopravě a alkohol	46
2.12 Dotazník k zamyšlení	47
2.13 Mezinárodní kongres v San Diegu 1995	49
2.14 Apolinářský scénář očima Jaroslava Skály	50
2.15 Záchytná stanice	53
2.16 Pohybové aktivity v Apolináři	55
2.17 Dobronice – ILPP	56
2.18 Červený dvůr	57
3. Jaroslav Skála a jeho pohled na ostatní drogy	58
3.1 Úloha psychoterapie v boji proti drogám, SUR	58
3.2 Jaroslav Skála a jeho pohled na užívání drog	59
3.3 Prevence, drogy a múzy	59
4. Psychoterapie očima Jaroslava Skály	62
4.1 Resumé o psychoterapii v Apolináři	62
4.2 SUR	64

4.3 Jaroslav Skála v psychoterapii mimo SUR	66
5. Profesionální dráha a vybrané publikace Jaroslava Skály	67
5.1 Profesionální dráha	67
5.2 Vybrané publikace	68
6. Závěr	71
6.1 Arnoštka Matřová o sobě, Apolináři a Skálovi	71
6.2 Na závěr slova jeho pokračovatelů	72
6.3 Apolinářský pochod	73
Seznam použité literatury a zdrojů	75

ÚVOD

O životním poslání doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. se rozhodovalo v počátku jeho profesionální dráhy na pražské psychiatrické klinice, kde se začal zabývat o léčbu závislostí. Na cestě po níž Jaroslav Skála vykročil leželo mnoho úskalí a překážek a byla jen velice málo prošlapaná. Snad právě velikost problému byla tím správným impulsem a oslovila jako výzva Jaroslava Skálu. Ten ji přijal a s houževnatostí sobě vlastní po ní vykročil. Na této cestě zúročil léta přípravy, svoji důslednost a v neposlední řadě také touhu po poznání. Informace získané na této cestě dokázal využít, rozpracovat, vyložit vlastní invenci a nové myšlenky uvést v život. Jeho záběr byl neuvěřitelně široký, obsáhl mnoho oblastí od alkoholu po psychoterapii. Jaroslav Skála měl tu úžasnou schopnost, že dokázal využívat znalostí ze zdánlivě odlišných oblastí a vytvářel nové postupy při léčbě závislostí. Jaroslav Skála nelpěl na dosažených výsledcích, ale předával je kolegům a sám pokračoval na své cestě za poznáním a v neposlední řadě také šířením vlastních myšlenek, čímž obohacoval oblast adiktologie v celosvětovém měřítku a současně přinášel nejnovější světové poznatky na naši domácí scénu. Dle svých časových možností se osobně účastnil na projektech u jejichž zrodu stál a podílel se na poctivém vyhodnocení činnosti i postupů, tyto výsledky se po vzájemné konzultaci staly určujícími pro další směry jejich vývoje. Jaroslav Skála se stále zdokonaloval jako psychoterapeut a supervisit. Díky celoživotní práci se Jaroslavu Skálovi dostalo řady ocenění. Je označován za nestora české adiktologie a jeho práce a projekty, jež realizoval sám nebo se podílel na jejich zrodu, překročily naše hranice a nabyly celosvětového významu.

Pracuji jako vychovatel ve výchovně léčebné jednotce, která se zabývá mladistvou drogově závislou klientelou. Klientela je závislá na všech typech návykových látek, má výchovné problémy a v neposlední řadě ji provází trestná činnost. V naší výchovně léčebné jednotce pracujeme s prvky terapeutické komunity a to je hlavní důvod, proč jsem si dílo Jaroslava Skály zvolil jako téma své bakalářské práce.

V biografické části této práce jsem vycházel přímo z pohledu autora. Jako hlavní zdroj informací jsem použil knihu Jaroslava Skály - Lékařův maratón, která přináší pohled samotného autora na celou problematiku jeho díla a života. Máme tak možnost poznat sled životních událostí autora v jejich chronologické posloupnosti, pochopit okolnosti v jeho životě i autorovy myšlenkové pochody, které nám dokreslují a zprostředkovávají celek autorova díla.

1. ŽIVOTOPIS JAROSLAVA SKÁLY

Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc., se narodil 25. května 1916 a zemřel 25. listopadu 2007 ve věku nedožitých 92 let.

1.1 Dětství očima Jaroslava Skály

Jaroslav Skála se narodil 25. května 1916 v Plzni. Kořeny jeho rodu se nacházejí na sever od Rokycan v obcích Kakejcov a Veselá. Jaroslav Skála si uvědomoval, že právě díky píli, trpělivosti a schopnostem svých předků, se ocitl na vrcholu pomyslné pyramidy – stal se lékařem. Matka byla rozhodujícím činitelem při utváření Jaroslavovy životní dráhy – dráhy lékaře. Otec byl zaměstnán ve Škodových závodech v Plzni. Rodiče se často stěhovali, jedním z míst působení byla také Jugoslávie, poté i přes časté pracovní umístění otce v zahraničí, rodina trvale bydlela v Plzni. Matka vedla rodinu a na Jaroslava přenášela svou ctižádost. Otec byl uznalý a finančně štedrý.

1.2 Léta studia

V roce 1935 Jaroslav Skála maturoval na Masarykově reálném gymnáziu v Plzni, následovalo studium na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a současně navštěvoval Institut pro tělesnou výchovu a sport Univerzity Karlovy v Praze, který ukončil v roce 1939. Po uzavření českých vysokých škol v roce 1939 nastoupil v Plzni jako pomocný učitel tělocviku. V tomto období dále rozvíjel své jazykové znalosti – navštěvoval německé univerzity v Königsbergu a Göttingenu, kde pokračoval ve studiu medicíny. Dále vyučoval němčinu, francouzštinu, angličtinu a ruštinu. Ze znalosti cizích jazyků těžil Jaroslav Skála po celý život – umožňovala mu včasné získávání informací a v neposlední řadě je využíval také při své časté účasti na kongresech

v zahraničí. 20. června 1946 promoval na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. (Skála 1998).

1.3 Rodinný život Jaroslava Skály

V té době byl Jaroslav Skála již ženatý. S manželkou Emilií měl dvě děti Zuzanu a Martina. Po deseti letech odešel Jaroslav Skála od rodiny. Zpočátku děti pravidelně navštěvoval, vyučoval je angličtinu, poté se změnil postoj jejich matky, která chtěla omezit jeho styk s dětmi. V následném období se situace postupně uklidňovala, a tak mohl trávit s dětmi prázdniny. Dcera Zuzana vystudovala střední umělecko průmyslovou školu, pracovala pro časopis Reportér – vydání jednoho čísla také z Apolináře. V roce 1968 odjela do Vídně, poté následovalo Holandsko a studium dějin umění a archeologie se specializací se na ikony. Pracovala v Egyptě v koptském muzeu. Restaurátorské práce v Evropě – Itálie, bývalá Jugoslávie, Rusko, Řecko – hojně navštěvuje kongresy. Syn Martin vystudoval techniku, následně se stal náměstkem ředitele Investičních a průmyslových staveb, podílel se na výstavbě Jižního Města a Stodůlek. Má dvě dcery, starší vystudovala medicínu a mladší vystudovala sociální vědy. Jaroslav Skála tak kladně hodnotil životní postoj, uplatnění rodiny a její začlenění do společnosti. Jako otec více a intenzivněji komunikoval s dcerou Zuzanou než se synem Martinem, svou komunikaci nepřerušil ani s bývalou manželkou Emilií.

1.4 Profesionální dráha

Po promoci Jaroslav Skála hledal umístění, nejprve interní klinika pana profesora Hynka, z důvodu rodinné situace nebyl přijat, protože pan profesor

se domníval, že by měl na kliniku málo času. Druhý pokus, také neúspěšný, proběhl na Ústavu tělovýchovného lékařství, přednosta, kardiolog profesor Král mu oznámil, že místa jsou obsazena. Na psychiatrické klinice byl přijat docentem Prokopem, zástupcem profesora Myslivečka. Při pohovoru Jaroslav Skála uplatnil svoje znalosti jazyků a orientaci v zahraniční odborné literatuře.

Jeho vztah k psychiatrii silně ovlivnily vynikající přednášky docenta Mauze, žáka Ernsta Kretschmera, které vyslechl během studií v Könnisbergu. Výsledkem pohovoru bylo přijetí od 1. srpna 1946 na psychiatrickou kliniku dnešní 1. lékařské fakulty UK v Praze. Na psychiatrické klinice se Jaroslav Skála začal zabývat závislostí. Po celou dobu svého profesního života až do roku 1982 pracoval na psychiatrické klinice na plný úvazek a následně na částečný až do roku 1994. Za celou dobu svého působení na psychiatrické klinice se setkal s pěticí nadřízených. Prvním byl profesor MUDr. Zdeněk Mysliveček, za jeho působení se přesunula protialkoholní léčba k Apolináři. Druhý představený profesor Vladimír Vondráček, za jeho působení proběhla kandidatura Jaroslava Skály (monografie z roku 1957, předmluvu napsal František Hrubín) dobře a bez problému. Třetím v řadě byl profesor Jan Dobiáš – sám prošel Apolinářem a vysoce si cenil programu, režimu a tvrdil, že Apolinář je ozdobou kliniky. Čtvrtým byl profesor Jan Mečíř – zajímal se o alkoholologii a vytvořil v rámci Apolináře protialkoholní poradnu pro mladistvé. Po listopadových změnách nastoupil na místo přednosta profesor Petr Zvolský – i ten poznal dobře Apolinář a často na léta v něm strávená vzpomínal. (Skála 1998).

K rozhodující události pro další vývoj Skálovy profesionální dráhy došlo krátce po nástupu na psychiatrickou kliniku v roce 1946 – profesor Hořejší, který Skálu pozval v červnu 1945 na valnou hromadu Československého abstinentního svazu, mu nabídl, aby se zúčastnil první poválečné konference o alkoholismu – měla se konat v září 1946 v Bruselu. Jako rozhodující se projevila Skálova znalost němčiny a francouzštiny. Na konferenci byl nejmladší ze stovky účastníků – z referátů pochopil, že alkoholismus působí problémy celosvětově a pro sebe jako pro psychiatra objevil zajímavou oblast

profesního zájmu. Po návratu Skála začal intenzivně vyhledávat novinky v odborné literatuře týkající se alkoholismu, odtud první informace o „Anonymních alkoholících“, kteří od roku 1935 vyvíjeli činnost v USA. Na základě tohoto podnětu začal s kolegy z psychiatrické kliniky diskutovat o možnosti aplikace nových metod léčby alkoholismu. Metodu aversivní léčby závislých osob emetinem Skála diskutoval s doktorem Nevolem a doktorem Jandou, oba projevíli zájem. Skála nastupuje na vojenskou prezenční službu, a tak doktor Janda začíná s aversivní léčbou, tzv. blinkačkami, v polovině ledna na klinice a Skála o pár dní později na psychiatrickém oddělení vojenské nemocnice ve Střešovicích. Pod vlivem „Anonymních alkoholiků“ z USA zakládá Skála 5. února 1948 socioterapeutický klub pro pacienty a absolventy odvykací léčby „Klub lidí, usilujících o střízlivost, KLUS“. Prvním předsedou byl zvolen Stanislav Kotulán, první pacient, který prodělal aversivní léčbu. KLUS se scházel jedenkrát týdně v Ústavu národního zdraví v Praze na Vinohradech. V té době pracoval Jaroslav Skála také na dětském oddělení u doktora Apetaura, na základě práce s dětmi podnikl společně s doktorem Pekárkem studijní cestu do Švýcarska. V Bernu se Skála setkává s dr. Rubešem z plzeňské psychiatrické kliniky. Skála vyslechl mnoho velmi kvalitních referátů, mezi nimi i přednášky Anny Fredové, na které vzpomínal po celý život. Skála řešil dilema mezi prací s dětmi a pacienty závislými na alkoholu.

Vnitřně cítil, že není „stvořen“ pro práci s dětmi a dále zasáhla náhoda v podobě nabídky představeného doktora Nevoleho přestěhovat pacienty s aversivní léčbou emetinem z hlavní budovy do pobočky vzdálené 200 metrů – do Apolináře. Toto se událo dne 7. září 1948 (stěhování na malém vozíku) a již 9. září 1948 Skála vyšetřuje prvního pacienta v Apolináři. V roce 1950 pokračovala léčba pomocí injekcí emetinu. Do léčby vstupuje preparát objevený dánskými vědci za okupace, jenž jako první vyzkoušel Larsen – Martinsen v Kodani. Do Apolináře se preparát dostal přes plzeňskou kliniku, díky doktoru Rubešovi a příslušné referentce na ministerstvu zdravotnictví při příležitosti organizování celostátní akce. (Komerční název preparátu je Antabus. Pacienti jej užívají dle předpisu lékaře, výsledkem je blokáda jednoho

jaterního fermentu a důsledkem je zrudnutí, zrychlení pulsu a dušení i při použití i malé dávky alkoholu.) Tato okolnost silně ovlivnila rychlý rozvoj ambulantních poraden i lůžkových zařízení. S odstupem času se prokázalo, že tento farmakologický přístup k celé problematice, ke kterému se uchýlovali mnozí terapeuti, bez psychoterapie nespĺňuje očekávání. V Apolináři si uvědomili podstatu problému, napomohla však také znalost filozofie a činnost „Anonymních alkoholiků“ v USA: jako řešení je trvalá důsledná abstinence. V procesu léčby totiž mnozí pacienti pomáhají terapeutům, jiní je zklamou a výjimky i podvádějí. Někteří ošetřovatelé proto díky těmto selháním chtěli anulovat svépomocnou linii v celém programu léčby. Skála však se naučil počítat s riziky plynoucí ze závislosti na alkoholu pro každodenní práci. Na scénu apolinářskou v té době navíc vstupuje Arnoštka Mařová, jež spolupracovala s doktorem Pekárkem v protialkoholní poradně, jako sociální pracovnice. Pracovala jako první pracovník na plný úvazek, prodělávala celý program s pacienty a také se zajímala o manželky pacientů, následně sledovala absolventy po ukončení jejich léčby a zvala je do klubu. Zavedla zkoušku pravdy, hodnotila efektivitu léčby každého čtvrtletí. Informace získávala z protialkoholních poraden, kam byli pacienti předáváni z Apolinářské léčby, i od rodinných příslušníků. Tyto informace byly vyjadřovány jako procenta abstinence a v grafickém vyjádření zobrazují efektivitu léčby. V této době došlo k rozšíření kapacity ubytování a také program byl bohatší. Jako základní pilíř léčby pacientů v Apolináři, někteří měli za sebou stovky intoxikací alkoholem, bylo vědomí, že problémy s alkoholem jsou řešitelné pouze abstinencí. Právě nastoupení této cesty Apolinář umožňoval s tím, že abstinence není cíl, ale prostředkem ke změně životního stylu.

Jaroslav Skála s kolegy diskutoval o situacích vzniklých při jednorázových intoxikacích, kdy lze hovořit o stavech „nebezpečný sobě a svému okolí“, rizikovém chování, jeho projevy doma, v práci, na ulici a v neposlední řadě o střetech s policií. Postupně krystalizoval záměr vytvořit něco, co by důsledky rizikového abúzu zmenšovalo – vznikla koncepce instituce, která se měla jmenovat ochranná stanice, úřední orgány přejmenovaly toto zařízení na

záchytnou stanicí. Tato novinka se podařila díky porozumění zdravotního odboru (vedoucímu zubaři doktoru Černému), rozjet jako experiment. Policejní hlídky nebo sanitní vozy přivážely do Apolinářské ulice číslo 4 lidi, kteří dráždily své okolí. Pobyť na záchytné stanici trval 10 – 12 hodin, někdy i déle. Hlavním účelem byla detoxikace, základní vystřízlivění, kdy hladina alkoholu v krvi zachycených osob postupně klesala na nulu. O chod zařízení se starali ošetřovatelé, stálou službu měl také lékař, organizačně a po sociální stránce spadala péče o chod záchytné stanice do kompetence sociálního pracovníka. Do činnosti tohoto zařízení se nesmazatelně zapsala Irena Hrodková – pochopila základní smysl záchytné stanice: rozhodující slovo na stanici má zdravotník, nikoliv policie; vedla přesné statistické údaje. Ve službě se uplatňovali také pacienti z Apolináře, sama služba byla totiž účinnou složkou léčebného programu. Pražská záchytná stanice byla příkladem pro zakládání desítek záchytných stanic po celé republice. Záchytná stanice byla kopírována a rozšiřována po celé Evropě i v USA. Byla hlavním vývozním protialkoholním artiklem. V USA vznikla první záchytná stanice v roce 1963 – v současnosti jsou jich tisíce. V roce 1983 byl Jaroslav Skála při návštěvě kanadských záchytných stanic označen tamějšími alkohology jako „father of the detox“. (Skála 1998).

V průběhu pěti let vznikly směrnice pro činnost záchytných stanic a v roce 1962 byla tato instituce zakotvena v protialkoholním zákoně. Záchytná stanice v Praze, jako zdravotnická instituce, byla první na světě a jedinečná svým zařazením do léčebného programu Apolináře. Zachycené osoby byly předávány do evidence pražských protialkoholních poraden, jako následná péče a tato statistika umožňovala matematické vyjádření, desetiletí činnosti prokázalo, že dvě ze tří osob již byly na alkoholu závislé.

V roce 1951 se Jaroslav Skála podílel na lázeňské léčbě psychiatrických pacientů v Libverdě společně s JUDr. a MUDr. Otakarem Kučerou. Tento pobyt umožnil Skálovi kombinovat vznikající apolinářský program, režim a systém s lázeňskými možnostmi. Také zde pacienti psali deníky, měli skupiny, poslouchali lékařské přednášky, pracovali a podnikali výlety do okolí. Do

tohoto programu nebyli zařazováni lidé závislí na alkoholu, ale i zde byla nařízena jasná pravidla – bylo povoleno jedno pivo na den. Celý léčebný program Jaroslav Skála dokončil s manželi MUDr. Knoblochovými, kteří program dále obohatili. Z tohoto programu získal Skála cennou zkušenost – pravidelné setkávání pacientů ve formě ranní komunity – přesné stanovení denního programu.

Rozšíření kapacity Apolináře, pacienti měli k dispozici padesát lůžek a záchytná stanice měla 22 lůžek. Záchytná stanice měla nepřetržitý provoz a léčba v Apolináři trvala sedm týdnů. Roku 1956 napsal Jaroslav Skála monografii o alkoholismu, měla 200 stran a díky cizojazyčným souhrnům byla recenzována i ve světě, předmluvu napsal opět František Hrubín. Téhož roku se Jaroslav Skála účastnil světového kongresu o alkoholismu konaném v Istanbulu, v delegaci byli ještě lékaři Šimek a Milan Vámoši z Bratislavi. Publikoval monografii týkající se metabolismu alkoholu a jeho určování v krvi, byl soudním lékařem, který provedl výzkum týkající se vlivu alkoholu na nehodovost řidičů. Tato práce přinesla důkaz, že pravděpodobnost nehody se geometricky zvyšuje s množstvím alkoholu v krvi. Tyto výsledky měly za následek vydání vyhlášky, která upravuje konzumaci alkoholu před jízdou nebo během jízdy. Tímto počinem byl nastartován proces podobných nařízení v celé Evropě, který pokračuje do současnosti.

V roce 1956 se Jaroslav Skála podílel společně se Zdenou Smetanovou na nastartování činnosti protialkoholního sporu ministerstva zdravotnictví, který vedl prof. ing. Karel Kácl, Jaroslav Skála působil jako expert. V této funkci Jaroslav Skála navštěvoval několik ministrů a vysloužil si označení „hlavní alkoholik ministerstva zdravotnictví“ (Skála 1998, s. 52). V této době se ustanovuje sekce pro otázky alkoholismu v rámci Psychiatrické společnosti jako její třetí sekce po sekci psychofarmakologické a psychotherapeutické. V rámci psychiatrické péče pracovaly desítky ordinací AT (protialkoholních poraden) – v provozu byly desítky a desítky lůžek na protialkoholních odděleních a záchytných stanicích. Úspěšně a pravidelně se rozvíjely vztahy s ostatními alkohology v mezinárodním měřítku.

V roce 1958 byl získán pro účely protialkoholní léčby, díky dr. Čermákové vedoucí zdravotního odboru v Praze, lovecký zámeček Lojovice ležící blízko Velkých Popovic. Lojovice byly využívány hlavně při opakovaných léčbách, apolinářská lůžka byla přednostně poskytována pacientům na základní, první léčbu. Nařízení opakované léčby vycházelo ze zákona. V areálu zámečku byl velký a krásný park, ale i dílna a zahrada. V dílně se dala provádět i řádná práce, a tak vznikla zakázka – oprava beden pro popovický pivovar. V parku probíhalo mnoho sportovních a kulturních aktivit, scházely se zde také rodiny, které přijaly rodinnou terapii. Konala se zde také výjezdní zasedání alkoholů z zahraničí – vrcholem byl třisetčlenný zájezd alkoholů ze Švédska.

Skála pobýval v Lojovicích často a zapojoval se do činnosti komunity na celý jeden den v týdnu – odpolední volné tribuny, setkání pacientů a terapeutů. V roce 1968 se v Lojovicích rodil český vzdělávací systém v psychoterapii, který sice těžil ze zahraničních poznatků, ale opíral se především o zkušenosti domácích autorů SUR – Skála, Urban, Rubáš. Pobočka Apolináře v Lojovicích patřila od roku 1958 do roku 1971 mužům. Pacienti odvedli hodně náročné práce v areálu zámeckého parku i v místních dílnách. Památkou trvalého charakteru se stala chatová osada pojmenovaná po zesnulém pracovním terapeutovi Aronovi. František Aron postavil v roce 1963 v zadní části parku malé dřevěné chatičky. Toto místo považoval Skála za ideální jako středisko sloužící prožitkové části výcviku terapeutů.

Od roku 1971 jsou v lojovickém zámečku léčeny ženy a to jak s alkoholovou tak nealkoholovou závislostí. Jako impuls k této změně byla návštěva Skály v Hühsteinu u Bodamského jezera v SRN roku 1969. Byla to léčebna určená výhradně pro ženy – tento projekt se Skálovi velice zalíbil a snažil se prosadit podobnou myšlenku také u nás. Po návratu Skála kontaktoval příslušné úředníky v Praze, Českých Budějovicích – byly to tři ženy ve vysokých funkcích. Vznikla dohoda, která měla za následek, že pražští muži budou prodělavat svoji výměrovou (nařízenou zdravotními odbory NV) povinnou léčbu v Červeném Dvoře u Českého Krumlova, naopak ženy, přicházející se léčit z celé republiky dobrovolně a výměrově z Prahy a

Jihočeského kraje, budou mít k dispozici lojovický zámek – kapacita čítala 32 lůžek. Lojovickou léčebnu vedl profesor Heller. (Skála 1998).

Tato část je věnována kladnému vztahu Jaroslava Skály ke sportu, který jej provázel celým životem. Jaroslav Skála se věnoval atletice a měl velice rád cyklistiku. Za zmínku stojí jeho cesty na kole po Evropě, první v roce 1935 po maturitě, vedla do Rakouska, Maďarska, na Slovensko a Podkarpatskou Rus, délka cesty byla 2500 km a trvala 57 dnů. Druhá cesta vedla přes Německo, Belgie, Holandsko, Francii, Itálii a Švýcarsko – cesta trvala 40 dní a Skála najel 2300 km. Cestu ovšem neabsolvoval celou, protože po psychické krizi dokončil cestu vlakem. Jaroslav Skála byl členem Sokola a cvičil na Vsesokolských sletech. V roce 1935 se Skála účastnil druhého ročníku Velké kunratické. Dále na seznamu jeho atletických aktivit je Běchovický běh. Sport měl a má nezastupitelné místo v terapii i léčbě závislostí. Každodenní rozvíčky i jogging vedly a stále vedou pacienty ke zvyšování kondice fyzické, ale zároveň napomáhají ke zlepšení a stabilizaci kondice psychické. Jaroslav Skála se pravidelně věnoval běhu, a to zejména v Lojovicích, kde na památku plukovníka MUDr. Klimka se běhá Klimkům memoriál. Skála také prosadil „Skálův lesní běh“ – trasy se nacházejí v blízkosti Lojovic. O vztahu Jaroslava Skály ke sportu vypovídá také jeho studium na Institutu pro tělesnou výchovu a sport UK, po absolutoriu nastoupil jako pomocný učitel tělocviku v Plzni.

1.5 Kongresy

Zpráva o účasti na mezinárodních kongresech v Austrálii a Novém Zélandu a návštěvě lůžkových zařízení pro alkoholiky a toxikomany v Hong Kongu, USA a ve Francii. Ze zprávy podané doc. dr. Jaroslavem Skálou, CSc., přednostou protialkoholního oddělení psychiatrické kliniky FVL, vyplývá že cestu umožnili a organizovali následující zahraniční organizace International Council on Alcoholism and Addictions, Lausanne, Švýcarsko, Světová zdravotnická organizace, Ženeva, Švýcarsko, International Research Institute

(National Institute of Mental Health), Washington, USA. Časové vymezení cesty od 16. ledna 1970 do 1. března 1970 – 45 dní.

Resumé absolvovaného programu:

- Účast na čtyřech mezinárodních kongresech či sympoziích;
- šest vlastních přednášek;
- návštěva 21 institucí;
- tři novinářská interview (Nový Zéland, Austrálie);
- rozhovor v rozhlase a v televizi (Adelaide).

Účast na mezinárodních kongresech či sympoziích:

1) Mezinárodní symposium v Palmerstonu bylo věnováno problému alkoholismu na Novém Zélandu, jeho součástí byl zajímavý výzkum týkající se výskytu alkoholismu u domorodých Maorů.

2) Světový kongres o alkoholismu a jiných toxikomaniích v Sydney byl devěťadvacátý v pořadí a poprvé věnován všem toxikomaniím i alkoholismu, publicitě se pravidelně věnovala televize i velké deníky. Každému kongresovému dni předsedal příslušný ministr dle problematiky. Byl vyhodnocen počet osob závislých na alkoholu a také vyjádřen poměr nealkoholově závislých osob dle pohlaví – poměr mužů k ženám byl 2:1. Poukázal na problém pašování drog, který je obtížně řešitelný z důvodu délky a členitosti australského pobřeží. Kongres také zdůraznil následky týkající se alkoholu v dopravě. Byla hodnocena protialkoholní péče v jednotlivých australských státech, nejlepší byla její organizace v jižní Austrálii.

3) Kongres v Melbourne měl silnou mezinárodní účast. Jedna ze zajímavých přednášek, její autor Lieber z USA, se týkala mikrosomálního etanolového

oxidačního systému. Podle autora této přednášky abúzus alkoholu přinutí játra uvést v činnost jiné enzymy než jen alkoholoxidázu.

4) Mezinárodní symposium v Adelaide mělo za úkol především předání zahraničních zkušeností. Byl zájem o zavedení záchytné stanice.

Přednášky:

- 1) na kongresu v Melbourne o epidemiologii a alkoholismu v Praze;
- 2) v Palmerstonu referát o dvacetiletých zkušenostech v prevenci i léčbě alkoholismu v Praze a v ČSSR;
- 3) v Adelaide o modelu protialkoholní péče v Praze a ČSSR;
- 4) v tamější psychiatrické léčebně o ataraktických formách psychoterapie;
- 5) v San Francisku o činnosti záchytné stanice a léčbě během výkonu trestu;
- 6) ve Washingtonu o současném výzkumu o struktuře, procesu a výsledcích ústavní léčby alkoholismu.

Navštívené instituce:

1) Shek Kwu Chan – Hong Kong – léčebna pro heroinisty, 500 lůžek, pacienti dobrovolní, délka pobytu šest měsíců. Výsledky – po třech letech abstinuje trvale jedna třetina pacientů. Režim je komplexní, terapeutická komunita dobrá.

- 2) Castle Peak Hospital – psychiatrická léčebna v blízkosti Hong Kongu – 1700 lůžek a 80% pacientů je zaměstnáno v činnostní terapii.
- 3) Tai Lam – léčba heroinistů – zařízení ministerstva spravedlnosti, pacienti měli kvůli své závislosti konflikt se zákonem, jako alternativa trestu byla léčba. Organizace i program léčby na velmi dobré úrovni.
- 4) Queen Mary Hospital v Hanmer Sprinte na Novém Zélandu má 120 lůžek – jediná protialkoholická léčebna na Novém Zélandu.
- 5) Vincent Hospital Alcoholism Clinic v Melbourne – protialkoholní poradna, která pracuje na interním oddělení.
- 6) Lékařská knihovna university v Melbourne – nepřehledné bohatství literatury v oborech psychiatrie, psychologie a alkoholismu.
- 7) Hillcrest Hospital v Adelaide – psychiatrická léčebna s 1000 lůžky, která má třiceti pět lůžkové oddělení pro alkoholiky – pobyt deset týdnů.
- 8) St. Antony Hospital v Adelaide – určen výhradně alkoholikům, 25 lůžek.
- 9) Emfield Hospital v Adelaide – malá dynamická léčebna, 80 lůžek – hlavní program terapeutická komunita a skupinová psychoterapie.
- 10) Harbor Light Centre v San Francisku – středisko mající 2 x 24 lůžek – léčba probíhá ve dvou režimech, první část pacientů je hospitalizována a druhá část zde žije na internátu (Half Way House).
- 11) Bridge Way House – 26 lůžek pro propuštěné, recidivující, vězně alkoholiky – středisko je spravováno Armádou spásy.

12) Medical Centre v San Francisku – centrum pro mladé toxikomany tzv. Youth Community Centre – 18 lůžek, velmi intenzivní terapeutická komunita, skupinová psychoterapie, práce s propuštěnými pacienty a práce s rodinnými příslušníky.

13) Haight Youth Project v San Francisku – malý domek, personál mladí lidé, prostředí spíše připomíná klub – je to jakási proliferace střediska i jeho pracovníků do samotného středu toxikomanské populace.

14) Harbor Light Centre v Los Angeles – je obdobou podobného střediska v San Francisku – 200 míst pro dobrovolné chovance, pobyt alespoň 3 měsíce. Kvalita pokulhávala za střediskem v San Francisku.

15) Universita v Los Angeles – na psychiatrické klinice pracoval doktor Ungerleider – uvedl v život hnutí mládeže, jehož členové se snaží ovlivňovat mladé toxikomany. Sám doktor Ungerleider přednáší v ostatních státech, kde guvernéri použili jeho služby a zkušenosti pro programy v boji proti toxikomanii.

16) V Hollywoodu navštívil Skála schůzi „Anonymních alkoholiků“.

17) International Research Institute v Betheade (Washington) je součástí amerického Ústavu pro duševní zdraví, která spolupracovala v dané době s Výzkumným ústavem psychiatrickým a našim oddělením na struktuře, procesu a výsledcích protialkoholní léčby v Apolináři. Přednáška doktora Skály se týkala specifčnosti apolinářského léčebného programu.

18) Psychiatrická léčebna ve Variere u Paříže je realizací myšlenek a plánů významného profesora Sivedona. Léčebna je otevřená a svým systémem včetně farmakoterapie zvládá a rehabilituje i psychotické pacienty jichž je zde většina.

19) Ve Versailles u Paříže navštívil doktor Skála soukromé sanatorium doktora Fougueta, předního francouzského odborníka. Pacienti jsou samostatně ubytováni a délka pobytu činí 20 - 22 dnů. Léčba spočívá v aversivní léčbě apomorfinem, v individuální psychoterapii, didaktických pohovorech, napsání a probírání životopisu a závěrečném anfetaminovém interview. Disulfíran berou pacienti dobrovolně. Po propuštění pacienta probíhá pravidelná kontrola po dobu jednoho roku.

20) V blízkosti Paříže je Maison de post – cure v Chelles. Je to vila pro ústavně odléčené pacienty a její kapacita činí 23 lůžek. Jedno z prvních, několika málo podobných zařízení ve Francii.

21) Comité nationale contre l' alcoolisme navštívil doktor Skála již podruhé (1960) – veliký pokrok v materiálním vybavení i ve vydavatelské činnosti. Comité má k dispozici také středisko, které je kombinací prodejny bezalkoholických nápojů, informační kanceláře a přednáškové místnosti s kinem.

„Ze své cesty si doktor Skála přinesl množství materiálů, poznatků a hlavně kontakty s předními světovými pracovníky v oboru. O všem doktor Skála přednášel na klinickém semináři, na schůzích Klubu pacientů, na plénu Ústředního protialkoholního sboru, na krajských seminářích v Plzni a Ostravě, ve Spolku lékařů, v Purkyňově společnosti – sekce psychiatrická i sekce pro toxikomanie, v rozhlase a také publikoval několik článků“ (Skála 1998, s. 65). Vděk za umožnění cesty patří nejen na začátku uvedeným institucím, ale také příslušným pracovníkům ministerstva školství a děkanátu fakulty všeobecného lékařství.

1.6 Padesát dní ve světě

Cestu podnikl Jaroslav Skála v srpnu a září 1980, velice a dlouho cestu připravoval a rozvažoval, protože si zdaleka nebyl jist, zda zvládne všechny její nároky a úskalí. Z těchto úvah vznikl plán cesty, ve kterém neopomenul ani na tak důležitou věc, jako je návrat. Utvrdil se v přesvědčení, že udělal všechno, aby cestu mohl nastoupit a aby si nevyčítal, že něco zanedbal nebo opomenul. Samotné přípravy na cestu nebyly vůbec jednoduché, vyskytly se problémy i zdravotního rázu po vakcinaci proti choleře a ani spolupráce s Čedokem nebyla bez problémů.

„Motivace Jaroslava Skály pro podstoupení cesty:

- 1) *Apolinář v září dovršil 40 let činnosti a Jaroslav Skála chtěl svou osobní přítomností a přednesenými referáty připomenout jeho existenci na dvou světových kongresech – první pořádala ICCA (Mezinárodní rada pro otázky alkoholismu a jiných toxikomanií) v srpnu v Oslo a druhý ICPA (Mezinárodní komise pro prevenci alkoholismu) v září v Brisbane*
- 2) *Jaroslav Skála touto cestou završoval svůj kongresový maratón, který odstartoval před 42 lety v Bruselu, tehdy si Jaroslav Skála uvědomil celosvětové problémy související s alkoholem. Plánoval knihu, ve které by popsal svůj život – Lékařův maratón a zalíbila se mu myšlenka doběhnout do cíle právě v Brisbane, když start byl také v zahraničí“ (Skála 1998, s. 67).*
- 3) *Přání podívat se podruhé do Austrálie, v tomto roce probíhala světová výstava EXPO 88 v Brisbane – oslava dvoustého výročí vylodění prvních anglických trestanců na australském kontinentě.*

Časový úsek čtyř týdnů, který dělil oba kongresy v Oslu a Brisbane, vyplnil Jaroslav Skála turistickým programem, ke kterému mimo jiné patřila návštěva

dcery v Amsterdamu, absolventa Apolináře v Sydney a dřívějšího spolupracovníka Viktora Zappnera psychologa v Tasmánii.

Konečný plán cesty tedy nabyl tuto podobu – Praha – Oslo – Hamburk – Amsterdam (spojeno s návštěvou Bruselu) – Bangkok – Sydney – Tasmánie – Brisbane – Singapur – Amsterdam – Praha.

Na kongresech měl Jaroslav Skála referáty v Oslu – Alkoholův maratón a v Brisbane – děti z rodin otců závislých na alkoholu. Ve druhém referátu použil Jaroslav Skála výsledy společného výzkumu s prof. Matějčkem a jeho spolupracovníky.

Kongres v Oslu měl velmi příjemnou atmosféru. Jaroslav Skála se účastnil setkání veteránů, kteří s pořádající institucí ICCA spolupracovali déle než 25 let. Z pěti set delegátů kongresu jich bylo pouze osm. Skála se setkal s prof. Pittmanem z USA, který podle pražského vzoru otevřel v USA první záchytnou stanici – detoxikation centre, na otázku Jaroslava Skály, kolik jich pracuje v dané době v USA, odpověděl, že přesné číslo nezná, ale hodnota kolem jednoho tisíce je nejbližší pravdě.

Časový úsek mezi kongresy trávil Jaroslav Skála cestováním a srovnáváním změn na místech, kterými již někdy prošel a sledoval nárůst problémů souvisejících s alkoholem a drogami. V Bang Koku navštívil Thanyarak, hospital pro léčbu závislých na drogách, který pracuje na základech systému terapeutické komunity.

V Habartu společně s psychologem Viktorem Zappnerem navštívil John Edis Hospital – instituci pro léčbu závislosti, kde měl ohlášenou přednášku o léčbě v Apolináři.

Sedmý světový kongres ICPA v Brisbane měl kolem tří set delegátů z padesáti zemí – velké zastoupení měla Afrika. Celý program byl věnován prevenci a tím se odlišoval od kongresu v Oslu. Prevence byla velmi vhodná

pro rozvojové země, ty se měly vyvarovat chyb, které na cestě v boji proti alkoholismu udělaly kapitalistické i socialistické země. Ty jsou důsledkem tradic, hodnot, a především nedostatku i chyb v protialkoholních programech. Na kongresu přednášel Jaroslav Skála svůj referát v pracovní skupině „Děti a rodiče“ – týkal se závěrů výzkumu o dětech z rodin mužů závislých na alkoholu v Praze.

Jaroslav Skála bilancoval cestu hlavně v osobní rovině, tedy jako nejdelší pobyt v zahraničí vůbec, opětovně se utvrdil, že „stoly poznání“ jsou prostřené a svět je otevřen. Cesta sama mu přinesla řadu zdravotních komplikací. O cestě referoval na čtyřech klubech – Červený Dvůr, Apolinář, Liberec a v AT sekci. Z jeho pohledu cestu absolvoval více jako turista, než alkohololog a považoval ji za pěkné vyvrcholení svého profesionálního snažení.

Krátce po návratu byl Jaroslav Skála hospitalizován na kardiologickém oddělení, kde se setkal se svým ošetřujícím lékařem z roku 1979 z mexického Acapulca. Po ukončení léčby se Jaroslav Skála účastnil na mezinárodním sympóziu socioterapeutických A klubů. V roce 1989 pracovalo v naší republice několik desítek klubů, většinou podle apolinářského KLU Su, v NDR, Polsku a Maďarsku jich byly stovky a v Jugoslávii téměř 2000. Jaroslav Skála promítal filmy z cesty KLU Su v roce 1977 po Středozezemním moři.

V tomto období se Jaroslav Skála intenzivně, se svými kolegy v sekci pro psychoterapii, zabýval myšlenkou dotáhnout to na samostatnou Společnost pro terapii (v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně), která by nebyla závislá na Psychiatrické společnosti. Ze strany Psychiatrické společnosti byl ústy jejího tehdejšího předsedy prof. Jana Mečíře vysloven požadavek náboru pěti set zájemců z řad lékařů, psychologů i dalších profesí. Na prosincové schůzi roku 1989 sekce pro psychoterapii, po předchozím splnění požadavku a postoupení celé věci na prezidium ČLSJEP, vyhlásili defacto samostatnou Společnost pro psychoterapii a později i rodinnou terapii. De jure začala Společnost pracovat v dubnu 1990.

Téhož roku se Jaroslav Skála účastnil ve Žďáru nad Sázavou „Léta na vysočině“ pořádaném manželi Benešovými, jednalo se o týden pohybových aktivit určených převážně ženám. Jaroslav Skála společně s protagonisty prosazovali účast psychoterapeuta i aplikaci psychologických metod, které by zapadly do programu Léta na vysočině. Jednalo se o autogenní trénink, neverbální formy komunikace v malé i velké skupině, přednášky spojené s besedou.

Na konci listopadu přednášel Jaroslav Skála v Humenném, tamní KLUS slavil patnáct let činnosti. Jaroslav Skála hovořil o spolupráci s léčebnou v Červeném Dvoře a o velice efektivní následné péči humennských alkoholů MUDr. J. Krakkerové, PhDr. Kredatuse a sociální pracovnice.

Listopadové události prožíval Jaroslav Skála v Praze. 17. 11. 1989 byl v Apolináři a průvod studentů, jehož začátkem bylo setkání na Albertově, v něm evokovalo myšlenky, ve kterých se obrazně vrátil v čase do roku 1939, kdy on sám procházel podobnou trasu, byl to velice intenzivní stav. Průběh následujícího vývoje sledoval v televizi.

1.7 Rekapitulace profesní a životní pouti Jaroslava Skály

V Apolináři pracoval jako šéf Jaroslav Skála od 7. září 1948 do 30. září 1982, tedy plných 34 let. V poslední pracovní den měl Jaroslav Skála pravidelnou schůzku krajských odborníků pro alkoholismus a jiné toxikomanie, kterou vedl jako expert ministerstva zdravotnictví. Program se týkal spolupráce se Světovou zdravotnickou organizací a přípravy na kolektivní monografii, na které se podílela řada přítomných odborníků. Odpoledne měl Jaroslav Skála poslední kontakt s pacienty Apolináře – skupina těch, kteří měli potíže s nekouřením. V té době probíhal program SONET (systém odvykání a nekuřáckého tréninku), v celém Apolináři platil zákaz kouření pro pacienty i pro personál, z čehož vznikala řada konfliktů. Toto mělo

za následek, že nebyla naplno využita kapacita všech padesáti lůžek, ale bylo to pouze 35. A z tohoto počtu se pouze sedm pacientů hlásilo k přijetí nekouření, otevřeně říkali, že potřebují pomoc, protože počátky nekouření pro ně znamenaly syndrom odnětí. Následující den ráno v 7 hodin předal Jaroslav Skála na setkání terapeutického týmu svou funkci dr. Marečkovi. Poté se Jaroslav Skála vrátil do svého domova, ve kterém žil „na vejminku“, do druhého suterénu budovy v Apolináři.

Sám sebe pasuje Jaroslav Skála při svých činnostech někdy do role profesionála a někdy do role amatéra. Kriticky hodnotil při zpětném pohledu některé oblasti: jako zanedbání těsnopisu, hry na housle, tenis, svůj styl běhu, který byl označen za špatný – trhavý. Naopak kladně hodnotil své vzdělávání se v oblasti výuky cizích jazyků: němčiny, angličtiny a ruštiny – znalost řeči mu sloužila po celý život na jeho cestách i v jeho oboru alkoholologii.

Jaroslav Skála se na výcvikových skupinách často setkával s otázkou, co na sebe člověk říci dokáže a co už ne. Taková věc, o které Jaroslav Skála hovořil ve vyjíměčných případech, bylo jeho studium za protektorátu na německých univerzitách. Jeho rozhodnutí vzniklo spontánně a s nikým se v této věci neradil. Rozhodnutí, které učinil se u jeho okolí setkalo spíše s nevolí, než s obdivem. Tehdy bylo 2000 přihlášek, vybraných bylo 600 studentů. Studium bylo ekonomicky velmi výhodné, studoval v Königsbergu a Göttingenu. Jaroslav Skála se po morální stránce nezabavil pocitu viny a studu za to, „že zanedbal širší morální hledisko a podcenil kontext osobního kroku v dějinných událostech“ (Skála 1998, s. 90).

V roce 1996 Jaroslav Skála hodnotil zpětně 80 let svého života jako období, které bylo z hlediska historického naplněno maximem událostí. Jaroslav Skála prožil dva roky Rakouska – Uherska, dvacet let první republiky, německou okupaci a také léta 1945 – 1989, která považoval za nesvobodná. Po listopadových změnách i oddělení Slovenska prožíval a pozoroval vývoj v České republice. Listopadové události vyvolávaly vzpomínky na pohřeb Jana Opletala z roku 1939, kterého se sám účastnil. Na první republiku vzpomínal

Jaroslav Skála velmi rád, protože to byla doba spojená především se jeho studiem. Prezidenta Masaryka si velice vážil a vzpomínal na jaro 1932, kdy se účastnil shromáždění studentů na třetím hradním nádvoří a prezident Masaryk z balkónu prohlásil, že možná na nádvoří stojí jeho budoucí nástupce. Prezidenta Beneše vnímal jako velice pilného a pracovitého člověka, který se ale neuměl vyrovnat s velkými osobnostmi. Jeho příznivý postoj k československému abstinentnímu svazu se projevil tak, že v roce 1947 připravil k druhému vydání knihu z první republiky „Problémy alkoholové výroby a abstinence“. Za hlavy státu z let 1948 – 1989 se Jaroslav Skála jako občan styděl a z hlediska své profese věděl, že veliké problémy s alkoholem měli Gottwald, Zápotocký a Husák, prezidenta Novotného označil za „suchého“ a o postoji Ludvíka Svobody k alkoholu nic nevěděl. Velice litoval, že Václav Havel i přes svůj těžký život, volil návykové látky obsažené v cigaretách a pivu jako problematickou a euforizující alternativu, jejímž výsledným efektem byl návyk. Z celosvětově uznávaných osobností v oblasti literatury bylo z devíti amerických spisovatelů – laureátů, pět závislých na alkoholu, Sinclair Lewis, Hemingway, Fitzgerald, Upton Sinclair, Faulkner, mnohé z těchto osobností zastihla za jejich života prohibice na niž doplatily celé generace Američanů. Z výše jmenovaných laureátů Nobelovy ceny pouze jediný Sinclair Lewis přestal pít a dokázal pozvednout svou literární formu na předchozí úroveň. Na dotazy týkající se tohoto problému odpovídal Jaroslav Skála zjednodušeně, že tito lidé nepsali tak dobře, protože pili, ale přestože pili. Ve zkratce tito lidé v rámci své pijácké kariéry získávali zkušenosti, které následně literárně zpracovali a čtenář měl co číst a obdivovat. Spisovatel však prožíval svůj život alkoholika se všemi důsledky. Jaroslav Skála se pozastavoval nad postojem některých poslanců, kteří i přes nárůst spotřeby tzv. „tolerovaných drog“ alkoholu a tabáku, se pozastavovali nad omezování prostoru ke kouření. Jejich výroky vyznívaly i ve smyslu omezování osobní svobody. Jaroslava Skálu také šokoval přístup některých poslanců, kteří řídili s alkoholem v krvi. Dle jeho mínění je poslanecká sněmovna vzorek populace, ve kterém není více či méně lidí závislých na alkoholu, ale v případě jejich výskytu nese jejich chování stejné rysy jako u ostatních závislých osob, tj.

nejsou připraveni nést odpovědnost za své činy, vykrucují se a vymlouvají. Z morálního hlediska je toto chování velice špatné, protože dává špatný příklad.

Jaroslav Skála vzpomínal na Willyho Brandta jako na příklad zcela opačný. Brandt důsledně abstinovat, což podpořilo jeho kariéru špičkového politika a zkvalitnilo a prodloužilo mu život. Jak říkal Jaroslav Skála, takových příkladů z řad významných lidí, kteří zvládly svůj boj s alkoholem, bychom potřebovali více. V této souvislosti vzpomínal i osobnosti z řad pacientů Apolináře, kteří se z důvěrou vraceli na opakované léčby - Korbelař, Hrubín, Frič, Menšík a celá řada hudebníků. Tito pacienti fungovali jako reklama a byli pod drobnohledem rodin, přátel a v některých případech i médií.

Nová doba sebou nese i nové formy léčby závislosti a to i v Apolináři pod vedením primáře Popova – zavádí se ambulantní léčba, zachovává se léčba ústavní, dochází ke zmenšení stavu z padesáti na dvacetpět lůžek a pro těžké začátky pacientů prodávajících syndrom odnětí je k dispozici „detox“.

Nové formy léčby přináší nové poznatky v řešení problému se závislostí, ale nevyvrací mnohé „staré“ pravdy, ba právě naopak. Toto potvrdil kongres v kalifornském San Diegu, zdejší universita má progresivní a iniciativní středisko pro alkohol, tabák i jiné drogy a sama univerzita byla sponzorem třetího mezinárodního kongresu konaného na půdě USA. Na tomto kongresu bylo dané pořadí programu dle závažnosti jednotlivých drog v celosvětovém měřítku: na prvním místě to byl alkohol, následoval tabák a pomyslná třetí příčka patřila ostatním drogám. Koncepce léčby vychází ze svépomoci, na které úspěšně staví svoji činnost AA kluby. *„Tyto kluby anonymních alkoholiků vznikly v roce 1935 a jejich program je určen pro lidi, kteří jsou si vědomi dvou základních věcí – sám člověk se vztahuje ke svému prospěchu, k něčemu vyššímu mimo svou bytost a za další, že nejlepší údržbou jeho abstinence, tj. bezalkoholové diety, je pomoc druhým, kteří o tuto pomoc stojí“* (Skála 1998, s. 120). V USA jsou kontakty na AA v každém telefonním seznamu a každý se může obrátit o pomoc. Jaroslav Skála vyslovil myšlenku,

že žádné zařízení nemůže pomoci všem, ale pouze těm, kteří jsou ochotni spolupodílet se na své léčbě.

2. JAROSLAV SKÁLA A JEHO PRÁCE V OBLASTI ALKOHOLOVÉ ZÁVISLOSTI

2.1 Co je alkohol a jeho působení na lidský organismus

Etanol (etylalkohol) C_2H_5OH – chemická látka, kterou lidstvo konzumuje již tisíce let. Nové výzkumy jeho účinků na lidský organismus přinášejí nové významné poznatky.

- 1) *„Etanol je psychotropní látka, která ovlivňuje hlavně nervový systém. Ve srovnání s ostatními psychotropními látkami má výsadní postavení, protože je nejen farmakem, ale i zdrojem energie.*
- 2) *Působení etanolu na buněčné úrovni nervstva a příčně pružovaného svalstva si představujeme takto: etanol postupně ovlivní propustnost membrány neuronu, koncentrace sodíku uvnitř buňky stoupne a naopak draslík je vyplavován. Současně dochází k bloádě stabilizačních účinků jontů vápníku, útlumem klidových potenciálů je sníženo vedení vzruchu nervstvem.*
- 3) *Etanol výrazně zhoršuje rozumové funkce i jednorázové požití vedlo ke snížení schopnosti si zapamatovat a naučit se novým zadáním. Více je narušena přesnost, než rychlost.*
- 4) *Lidský mozek působí podobně jako složité stroje – regulačně pomocí tzv. zpětných vazeb. Při výkyvu procesu v organismu směrem pozitivním působí tyto vazby brzdivě a při výchylkách opačným směrem budivě. Zdá se, že etanol zpětnovazební principy mozkové činnosti ochrnuje, nebo dokonce obrací.*
- 5) *Většina osob konzumující alkoholické nápoje se naučí porozumět těmto účinkům a etanol pro ně nepředstavuje ani rizikové chování, ani riziko návyku.*

- 6) *Existují však lidé, pro které je účinek etanolu fascinujícím a současně zavádějícím poznatkem. To vede při stoupajících dávkách a zvyšující se frekvenci k touze po alkoholu která nezřídka vyústí v závislost“*
(Skála 1998, s. 122).

2.2 Vliv výchovy na budoucí přístup k požívání alkoholu

Pro mnohé rodiče je výchovným ideálem to, že se snaží nevystavovat děti odříkání a požadavkům disciplíny i důslednosti. Právě opačným směrem je třeba postupovat, protože dítě se musí naučit potlačovat svá okamžitá přání na uspokojení, proto aby v budoucnosti bylo schopné plnit požadavky kladené na něj společností i životem samým. Dítě by mělo být schopno přijmout občasné „ne“ jak ze strany rodičů, tak i ze strany svého okolí, aby se připravilo na život a jeho úskalí. Toto se dá vyjádřit také tak, že uspokojení, libost či slast se nemá stát důležitější než realita. V opačném případě se jedinec stává snadno zranitelným a často i v dospělosti spíše dítětem než rovnocenným manželským partnerem. Mnozí pak zjistí, že nepříjemný rozpor mezi slastí a realitou upravuje účinek takové látky jako je alkohol. Jestliže se nenaučí řešit různé životní těžkosti jinou cestou, ale zcela určitě obtížnější, než je droga, stane se ona pro ně samotné důležitou a současně přeceňovanou i podceňovanou možností.

Deset rad jak předcházet abúzu a závislosti na alkoholu u dospělého člověka:

- 1) *„Nikdy nepij tehdy, když cítíš, že se potřebuješ napít.*
- 2) *Rychlé pití znamená nebezpečí – mezi první a druhou sklenicí piva (vína, lihoviny) počkej půl hodiny, mezi druhou a třetí hodinou (nikdy nepij čtvrtou). Pro ženy platí nikdy nepít třetí.*
- 3) *Pamatuj, že když člověk začne pít, má zpravidla sklon si nepřiznat, kolik toho již vypil.*
- 4) *Nepij na lačný žaludek. Koncentrované alkoholické nápoje nepij nikdy na „ex“ ani bez pořádného doušku sody či kávy.*

- 5) *Nikdy nepij při práci.*
- 6) *Nepij pravidelně ani v určitou dobu ani při určitých příležitostech, je riskantní pít proto, že chci dobře spát.*
- 7) *Je třeba se vyvarovat pití při únavě nebo nervozitě – je důležité využívat jiné formy relaxace: autogenní trénink, jóga, nebo pohybové aktivity.*
- 8) *Neužívat alkohol jako lék, který má překonat nepříjemný tělesný nebo duševní stav.*
- 9) *Nepít ráno na lačno a to zejména proto, aby byly odstraněny následky pijácké kocoviny z předešlého dne.*
- 10) *Nikdy nenutit nikoho do pití“ (Skála 1998, s. 121 - 122).*

2.3 Hladina alkoholu v krvi a jednotlivá stádia opilosti

Dle různých zdrojů o koncentraci alkoholu v jednotlivých druzích alkoholických nápojů, jejich množství a pohlaví konzumenta lze poměrně snadno vypočítat hladinu alkoholu v krvi.

„Při koncentraci, která nepřekročí 0,6 – 0,8 promile alkoholu v krvi, se evokují u pijícího člověka většinou příjemně pociťované účinky na psychiku, kdežto vyšší koncentrace zpravidla působí opačně.

V prvním stádiu opilosti 1 – 1,5 promile se u člověka projevuje stav spokojeného a sdílného rozpoložení mysli. Snadno uzavírá přátelství, objevuje se pocit zvýšeného sebevědomí, pochody mysli jsou rozdílné od stavu střízlivosti.

V druhém stádiu 1,5 – 3 promile přechází k jinému modelu chování a ten se projevuje netaktností, nekritičností a impulsivitou. Lité v tomto stádiu intoxikace postrádají schopnost naslouchat druhým, je narušena koordinace pohybů a často se vyskytuje dvojité vidění.

Třetí stádium 3 – 4 promile, těžká akutní otrava alkoholem se projevuje útlumem, spavostí, zvracením a někdy bezvědomím s mimovolným pomočením a pokálením. Jeho další projevy lze charakterizovat zmateností intoxikovaného člověka, jeho snahou ztropit povyk, kontrola pohybu ustupuje zcela do pozadí a dostavuje se také blouznění. Hladina alkoholu nad 4 promile může znamenat i smrt následkem ochrnutí dýchacího centra prodloužené míchy, při výši hladiny nad 5 promile umírá 90% intoxikovaných“ (Skála 1998, s. 124).

2.4 Kocovina

„Abúzus alkoholu znamená zaplavení organismu vysokou dávkou alkoholu, která působí na miliardy neuronů, ale také na milióny buněk trávicího systému a jaterního parenchymu, a přestože je alkohol do 24 hodin oxidací likvidován, jeho devastující zásah v uvedených mechanismech přetrvává“ (Skála 1998, s. 124). Velice často se člověk, který pracuje duševně, cítí „nesvůj“ v důsledku působení alkoholu na jeho nervové buňky, ještě několik dní po takovém jednorázovém abúzu. Toto platí i pro jedince pracující především tam, kde jsou kladeny vysoké nároky na nepřesnost. „U osob, u kterých se abúzus vyskytuje pravidelně a dlouhodobě, jejich tolerance vzrostla, se po přerušení pití za 6 - 8 hodin objevují abstinenci příznaky, lépe je hovořit o syndromu odnětí či odvykacím syndromu. Mezi jeho projevy patří třes, poruchy spánku, pocení, vnitřní neklid, úzkost, deprese, rozladění, nechutenství a slabost. Ráno je nejčastější denní dobou, kdy ke zmíněným obtížím dochází a tyto vedou k rannímu doušku, který má tyto nepříznivé příznaky zmírnit. Abstinenci příznaky a ranní pití bývají diagnostickou známkou závislosti na alkoholu. Při nulovém přísunu alkoholu tyto příznaky většinou samovolně odeznívají do čtyřiceti až padesáti hodin. U některých jedinců však mohou přejít do zdraví nebezpečného deliria tremens“ (Skála 1998, s. 124).

2.5 Metabolismus etanolu v lidském organismu

„Pohled na tuto problematiku se neustále mění v důsledku stále přibývajících nových poznatků, a tím jsou potírány staré teorie a hypotézy. Požitý etanol rychle proniká sliznicí trávicího systému do krevního oběhu, z dvaceti procent difunduje žaludeční stěnou a z osmdesáti procent tenkým střevem. Difuze do dobře prokrvených tkání je rychlá, to znamená, že hladina etanolu v mozku, plicích, játrech a ledvinách se rychle vyrovnává s hladinou etanolu v krvi. Převážná část – kolem devadesáti procent – se v organismu metabolizuje a jen malá část se vylučuje v nezměněné formě močí – až dvě procenta, potem a dechem až deset procent. V játrech etanol metabolizuje z osmdesáti procent a deset procent se metabolizuje na jiných místech. Jsou známy tyto základní postupy metabolizace:

- 1) Alkoholdehydrogenáza ADH. Alkoholdehydrogenáza je hlavním enzymem odbourávajícím etanol, prvním produktem oxidace je acetaldehyd. Při fyziologickém pH probíhá metabolizace etanolu 70 x pomaleji než metabolizace acetaldehydu. Za normálních podmínek proto nedochází k hromadění acetaldehydu, který je pokládán za toxičtější, než etanol. Kapacita enzymu ADH je omezen a z tohoto důvodu nelze prakticky urychlit metabolizaci etanolu v krvi.*
- 2) Mikrosomální systém oxidující etanol – MEOS: je to systém, který se zapojuje do metabolismu etanolu při pravidelném protražovaném abúzu alkoholu, který indikuje a umožňuje metabolizovat množství etanolu, na něž by ADH dlouhodobě nestačilo. Se stoupajícím dlouhodobým přívodem etanolu stoupá i aktivita MEOS. Tímto způsobem se vysvětluje u závislých stoupání (a po vyčerpání rezerv MEOS) klesání tolerance i schopnost snášet určité množství alkoholu bez známek zjevné intoxikace“ (Skála 1998, s. 125).*

2.6 Problémy související s alkoholem

„Světová zdravotnická organizace je dělí do třech oblastí:

- 1) pro abúzera,
- 2) pro jeho rodinu,
- 3) pro společnost.

Dle Jaroslava Skály se jedná o dvě zcela rozdílné skupiny lidí. V první jsou zahrnuti jednotlivci, jejichž problémy jsou známy některé instituci (protialkoholní ordinaci či léčebně, manželské či předmanželské poradně, odboru péče o mládež, dopravnímu inspektorátu, soudcům civilního i trestního práva). Druhá skupina je mnohonásobně větší a zahrnuje jedince, o jejichž problému ví jejich nejbližší okolí, jedná se tedy zpravidla o rodinu.

- 1) Dlouhodobé excesivní pití představuje vzrůstající riziko určitých onemocnění. Ty země, které disponují spolehlivými daty vykazují skutečnost, že jaterní cirhóza se zařadila mezi prvních pět hlavních příčin úmrtnosti u mužů ve věku 25 – 64 let. Také v oblasti kriminality související s alkoholem došlo k nárůstu téměř 10 %. Na počátku padesátých let a na trvale překročených 30 % v posledních desetiletích. Zajímavé je také zjištění, že kriminalita stoupala rychleji než spotřeba 100 % alkoholu na obyvatele.
- 2) Podíl na rozvodech, které má na svědomí alkohol, ještě před třiceti lety činil u nás 12 % a v devadesátých letech však jeho podíl vzrostl na 18%.
- 3) Abúzus alkoholu vždy znamená riziko, protože jeho přímým následkem je rizikové chování. Více jak polovina spotřebovaných alkoholických nápojů jde na konto menšiny abúzerů, škody však hradí společnost jako celek. Příjmy z výroby a prodeje alkoholických nápojů označil Jaroslav Skála za rizikové. Stále se zvyšující meziroční spotřeba alkoholu s sebou zákonitě nese zvyšující se důsledky, které však rostou několikanásobně rychleji. Snižování problému souvisejících

s alkoholem je možné pouze tehdy, bude-li klesat spotřeba alkoholických nápojů na hlavu ročně“ (Skála 1998, s. 128).

2.7 Škody na zdraví související s alkoholem jeho prokazování v krvi

„Opakovaný dlouhodobý abúzus alkoholických nápojů – chronická intoxikace alkoholem vede v různě dlouhém časovém období k poškození řady orgánů, toto lze označit jako chronický alkoholismus.

Ischemická choroba – v literatuře se opakovaně vyskytují zprávy, že lidé pijící alkohol mají menší výskyt infarktu myokardu, tato teorie vychází z domněnky, že základem ochranného mechanismu je protisrážlivý účinek alkoholu, piják jako by byl tedy chráněn před ischemickou chorobou. Současně z toho vyplývá, že je ohrožen nebezpečím zvýšeného krvácení – porucha srážlivosti trombocytů je přímo závislá na hladině alkoholu v krvi. Zvýšená krvácivost a krevní ztráta představují pro intoxikovaného jedince i takové nebezpečí, jako je subdurální hematoma. Jako projektivní dávky je udáváno 60 g alkoholu denně, toto množství je však také hepatotoxické.

Rakovina jater – klinický soubor a sestava 1500 pitev ročně bylo porovnáno v Praze v období let 1952 – 1963 s obdobím 1964 – 1975. Vzestup primární rakoviny jater v klinické sestavě byl vyšší o 309 % a v patologicko-anatomické sestavě materiálu o 147 %. Jediný činitel, který je kladen do přímé souvislosti s zvýšeným výskytem, je zvyšující se konzumace alkoholu a následné jaterní cirhózy. Čtyřicet procent nemocných s jaterní cirhózou umírá na primární rakovinu jater.

Slinivka břišní – akutní a chronická pankreatitida. Tři ze čtyř akutních postižení jsou způsobena alkoholovou intoxikací. V chronické formě jde ze 70% o následky toxického účinku alkoholu.

Alkoholická atrofie mozku – počítačová tomografie ukázala mozkovou atrofii jako jeden z nejčastějších nálezů u závislých osob. Klinické vyšetření svědčí však o tom, že tomografický nález se vždy nekryje s výskytem a závažností demence, nicméně u alkoholické demence jsou tomografické nálezy nejzávažnější. Mozková atrofie začíná již v raných stádiích závislosti na alkoholu. Jako základní ovlivňující faktory jsou označovány věk a délka abúzu. Z klinického hlediska je významné zjištění, že se škody na centrálním nervovém systému a jeho zhoršených funkcích (přímo souvisejících s abúzem alkoholu) při dlouhodobé abstinenci mohou upravit. Příznivé důsledky byly shledány po 31 až 91 týdnech trvající abstinenci.

Delirium tremens – tato charakteristická alkoholická psychóza může být vyprovokována různými exogenními příčinami (úraz, infekční onemocnění) v souběhu s dlouhodobým abúzem alkoholu. Jejími příznaky jsou zvýšená teplota, pocení, zrychlená srdeční činnost, hrubý třes prstů a rukou, psychomotorický neklid, převážně zrakové halucinace, dezorientace v místě a čase s následující větší nebo menší amnézií.

Alkoholická demence – jedná se o konečné vyústění „alkoholické kariéry“, nejčastěji jako důsledku opakovaných alkoholických delirií, zároveň však jako terminální projev chronického poškození mozku a celého organismu bez předcházejících psychotických příhod. Její projevy jsou postupné otupování a ztráta zájmu, zchudnutí citového života, poruchy stability, sociální degradace a tělesné zdravotní komplikace, osoby potřebují péči a dohled.

K určování množství alkoholu v krvi jsou využívány následující metody a technické prostředky:

- 1) Widmarkova zkouška – desítky let stará a celosvětově uznávaná metoda. Její princip spočívá v exodaci dvojchromanu draselného etylalkoholem, vyšetření probíhá ze dvou, nebo ze tří vzorků krve. Jedná se o metodu nespecifickou.*

- 2) *Plynová chromatografie – zde jsou vedle etanolu stanoveny také ostatní těkavé látky, jako je acetaldehyd*
- 3) *Hmotová spektrografie – jedná se o špičkovou metodu, ale vyžaduje náročné přístrojové vybavení*
- 4) *Detalkol – skleněná detekční trubička, princip metody spočívá ve změně zbarvení, původně žluté krystalky se při výdechu, který obsahuje alkohol mění na zelené, jde pouze o kvantitativní vyšetření. Při pozitivním výsledku je třeba odebrat krevní vzorek.*
- 5) *Alkometr – u nás se používá výrobek mnichovské firmy Dräger, pracuje na principech biofyzikálních vlastností etanolu získaného ve vydechovaném vzduchu vyšetřované osoby. Jde o kvantitativní stanovení a zpracování výsledku, uváděné v setinách promile se současným automatickým zápisem“ (Skála 1998, s. 130).*

2.8 Žena a alkohol

V padesátých letech připadala u nás na dvacet mužů jedna žena s abúzem či závislostí na alkoholu. V devadesátých letech byl poměr 3 : 5. Tuto situaci charakterizoval známý chilský alkohololog Mardones výrokem, že od té doby co žena přestala odmítat druhou sklenici alkoholu, začaly růst její problémy s alkoholem. Zneužívání alkoholu u žen začíná později než u mužů, ale jejich průměrný věk, kdy nastupují léčbu je již po dlouhou dobu o několik let nižší. Dřívější zdůvodňování rozvoje abúzu u žen bylo psychologickými a intrapsychickými okolnostmi, avšak nedávné průzkumy u nás konstatují, že vývoj abúzu u žen má do jisté míry stejné charakteristické rysy jako u mužů – žena pije spíše s přítelkyní, partou a v pracovním kolektivu. Pravdou však zůstává, že kvantita a četnost užívání návykových látek je přímo úměrná s její spokojeností v rodině, s životním partnerem atd. „*Abúzus a závislost u ženy není prostým ekvivalentem stejných jevů jako u muže. Teprve před nedávnem byl poprvé zmíněn tzv. fetální alkoholový syndrom (FAS). Jedná se o embryopatii tj. postižení lidského plodu zejména v první třetině těhotenství*

alkoholem, který způsobuje vývojovou poruchu s trvalými důsledky nejen po stránce tělesné, ale především po stránce psychické. Dále je ohrožen růst dítěte, dochází k postižení centrálního nervového systému jako je mikrocefalie. Dvě třetiny takto postižených dětí jsou hyperaktivní – obtížně vychovatelné, jejich obličej má zvláštní typický výraz“ (Skála 1998, s. 131). Tato vývojová porucha je ale nejspíše ovlivnitelná z hlediska prevence – vyžaduje od těhotné ženy abstinenci režim. Vyskytují se okolnosti, které však k požadované abstinenci nevedou. První je, že žena neví, že je těhotná a druhá, že pije dál dle svých zvyklostí a podceňuje účinek alkoholu na budoucí dítě. Četnost tohoto postižení se v devadesátých letech minulého století v západních zemích odhadovala na 3 až 5 novorozenců z jednoho tisíce.

2.9 Sex a alkohol

Velká studie československých vědců z 80. let 20. století představuje jednu z největších výzkumných studií ve světovém měřítku, která se týkala vztahu alkoholu a sexuality. Ta prokazuje, že po jednorázovém vlivu alkoholu na sexuální chování jsou rozdíly značně individuální v oblastech sexuální apetence, erektivity, doby soulože, ejaculatio praecox. Dlouhodobý abúzus alkoholu uvedené funkce poškozuje ve všech uvedených oblastech. Byla sledována skupina šesti set mužů, u níž byl psychosexuální vývoj urychlen, porucha sexuální funkce vznikla u většiny z nich až během abúzu. „*V oblasti deviantního sexuálního chování bylo zjištěno, že k němu dochází mnohem častěji až po požití alkoholu. V procentuálním vyjádření některých druhů deviantního chování v přímé návaznosti na požití alkoholu, v případě sexuální motivovaných vražd je alkohol požit v 64 %, u jiných sexuálně agresivních činů v 62 %, před spácháním exhibicionistických činů v 37%“ (Skála 1998, s. 132).* Z těchto výsledků jasně vyplývá, že je plně na místě vedle ochranné sexuologické léčby i léčba protialkoholní, ta může někdy být účinnější než hormonální útlum pohlavního pudu. U kontrolované skupiny mužů byl postižen objem, hustota a také pohyblivost spermií. Naopak hladina

testosteronu se téměř neměnila. Úspěšný pohlavní život je důležitá hodnota. Pro některé lidi, kteří jsou v této oblasti neúspěšní, vede alkohol útek od erotiky do hospody, což znamená značné riziko abúzu a závislosti. V případech sexuální deviace užívají alkohol nejen např. homosexuálové, kteří jsou odsuzováni okolní společností, ale i tací, kteří se pokoušejí o heterosexuální pohlavní život a nenacházejí v této oblasti uspokojení. Homosexuálové jsou ohroženi závislostí na alkoholu daleko častěji a ve větším měřítku než heterosexuální většina, tento podíl je navíc daleko větší u homosexuálních žen.

2.10 Rodič závislý na alkoholu

V Československu byl proveden výzkum zaměřený na vliv otců závislých na alkoholu na jejich děti. Výzkum byl zaměřen na děti, jejichž rodiny lze charakterizovat na základě následujících kritérií:

- a) „rodič je závislý na alkoholu a evidován v pražské ordinaci AT;
- b) rodina je úplná;
- c) dítě je ve věkovém rozmezí 4 – 6 let, 9 – 11 let a 13 – 15 let.

Kontrolní skupinu (K) tvořily děti z téže třídy, do které chodily děti experimentální (AL). Kritériem párového výběru bylo pohlaví a věk dítěte, věk a vzdělání rodičů, úplnost rodiny i počet dětí v rodině a konečně inteligence dítěte. Vyšetřováním byl získán obsáhlý soubor údajů o dětech a rodinách: v každé skupině – AL i K – bylo zhruba 200 dětí. Sociální pracovnice vybrané rodiny postupně navštívily, zpracovaly anamnézu, provedly zaměřené rozhovory s rodiči a obsáhlé dotazníkové šetření. O dětech byly shromážděny dále údaje školní i zdravotní, byl proveden sociogram v jejich školních třídách, bylo provedeno i individuální vyšetření psychologické a pediatrické. Získané nálezy byly shrnuty (a publikovány v roce 1982) do následujících bodů.

- 1) *Děti žijící se závislým otcem a srovnatelné, co se týká inteligence, časné vývojové historie a sociometrických ukazatelů, s dětmi s otcem na alkoholu nezávislým přinášejí společnosti zvýšenou vyčíslitelnou ekonomickou zátěž. Častěji jsou pacienti dětské psychiatrie, pedagogicko-psychologické služby, častěji přicházejí do týdenních jeslí, mateřských škol, kojeneckých ústavů a dětských domovů, častěji jsou hospitalizovány a umístovány v ozdravovnách.*
- 2) *Tyto děti nevyužívají své inteligence ve školním vzdělání, i při dobré inteligenci častěji selhávají.*
- 3) *Tyto děti přinášejí i určité další nevyčíslitelné ztráty sobě, svým rodinám i společnosti v rizikovém vývoji své osobnosti, vykazují více neurotických rysů, jsou méně připraveni pro pracovní zařazení i pro zařazení společenské. Dostává se jim méně jednotné a méně důsledné výchovy. Ve svém chování a postojích vykazují více sociálně nevýhodných krajností.*
- 4) *V důsledku narušených vztahů v rodinném soužití a posunu rolí uvnitř rodiny, dále v důsledku problematiky výchovné atmosféry je v rodině narušena pozitivní identifikace s rodičovskými modely, je ohrožen psychosexuální vývoj těchto dětí a zproblematizován vývoj jejich rodičovských postojů.*
- 5) *Rodina závislého otce jako celek se podílí na sociálně nežádoucích jevech (např. rozvodovost) významně více, než odpovídá jejímu zastoupení v populaci. Taková rodina se jeví podstatně méně stabilní než rodina kontrolní, dochází zde nejen častěji k rozvodům, ale i k disharmonii rozvodem ještě formálně nevyjádřené.*
- 6) *Otcova závislost na alkoholu působí nepříznivě na děti v podstatě nevybíravě, pokud jde o pohlaví: postižení jsou chlapci i děvčata. Pokud jde o věk, jeví se jako nejnápadnější postižená skupina dětí od 9 do 11 let. U rodin, kde je na alkoholu závislá matka, mluví všechny okolnosti pro to, že negativní důsledky jsou zde ještě výraznější“ (Skála 1998, s. 132 – 134).*

2.11 Bezpečnost v dopravě a alkohol

Na skupině 832 osob bylo vypočítáno statisticky zvýšené riziko nehodovosti a ukázalo následující pravděpodobnost nehody, při hladině alkoholu od 0,3 do 0,9 promile 7 krát větší oproti střízlivé osobě, při hladině 1 až 1,4 promile je 31 krát větší a při hladině do 1,5 promile se pravděpodobnost zvětšuje na 128 násobek. Jako důsledek tohoto průzkumu byl zákaz požívání alkoholických nápojů v době jízdy a před jízdou (vyhláška 141 z roku 1961). V letech před jejím vydání byl podíl alkoholu na nehodách více než 10 % a její platnost přinesla, ve výsledném měřítku, snížení tohoto podílu na úroveň 7 %. Tento čin uskutečněný v Československu byl svého času první v Evropě a ovlivnil vývoj v řadě dalších zemí.

„Jak tedy alkohol ovlivňuje řidiče při řízení motorového vozidla?“

- 1) Zorné pole střízlivého řidiče – část prostoru, který řidič obsáhne pohledem – tvoří úhel téměř 180 stupňů. Zorný úhel alkoholizovaného řidiče se zmenšuje až do úhlu, který připomíná „vidění v tunelu“. Řidič neregistruje řadu důležitých okolností na vozovce ani mimo ni. Není schopen nepředvídané situace.*
- 2) Alkohol narušuje tzv. hloubkové vidění, důležité pro správný odhad vzdálenosti a rychlosti protijedoucích vozidel.*
- 3) Alkoholizovaný řidič nestačí rovnoměrně rozložit pozornost na současné vnímání více jevů.*
- 4) Porušením vidění za šera a v oblasti přechodu světla a tmy může alkoholizovaný řidič porazit chodce nebo najet do neosvětlených překážek na okraji vozovky.*
- 5) Pod vlivem alkoholu dochází u řidiče snadněji k oslnění následkem zvýšené citlivosti na jasné světlo.*
- 6) Alkohol narušuje u řidičů barvocit, zvláště pro červené světlo.*
- 7) Alkoholizovaný řidič si je méně vědom toho, že přeceňuje své schopnosti, že nevnímá varovné pocity únavy, ospalosti nebo i bolesti, při kterých by ve střízlivém stavu zastavil a odpočinul si.*

- 8) *Při těžší otravě alkoholem je zapotřebí až čtyřadvacet hodin k úplnému vymizení alkoholu z organismu. Proto tak často ranní jízdy po předchozím pití končí tragicky. Subjektivní pocit ovlivnění alkoholem po spánku sice mizí, avšak přetrvávající hladina alkoholu v krvi i nadále nepříznivě ovlivňuje řidičovy schopnosti“ (Skála 1998, s. 135).*

Na disciplinovanost řidičů v užívání alkoholu nemá vliv pouze zákon, dopravní předpisy, ale v některých zemích světa také veřejné mínění – hlavně v zámoří.

2.12 Dotazník k zamyšlení (finský dotazník)

Základním předpokladem je pravdivé zodpovězení, které v bodovém vyhodnocení ukazuje, do jaké míry má dotazovaný schopnost svoje pití kontrolovat, nebo ne.

„Otázky:

- 1) *Pijete častěji, než považujete za vhodné?*
- 2) *Pijete více, než považujete za vhodné?*
- 3) *Pijete větší dávky, než jste původně zamýšlel?*
- 4) *Je pro vás těžké přestat pít, když už jste vypil „tu první“?*

Vyhodnocení součtu bodů:

spolehlivá kontrola *16 bodů,*

nespolehlivá kontrola *12 – 15 bodů,*

poruchová, snížená kontrola

5 – 11 bodů,

„ztráta“ kontroly

4 body.

Původní finský dotazník velice vhodně doplňuje následujících 20 otázek, na které je odpověď ano, či ne.

- 1) Zanedbal jste již někdy pro pití alkoholických nápojů práci?*
- 2) Pokazil jste někdy pitím pohodu ve svém domově?*
- 3) Ohrožujete pitím svou dobrou pověst?*
- 4) Pijete snad pro to, abyste přemohl ostych při styku s lidmi?*
- 5) Měl jste pro své pití výčitky svědomí?*
- 6) Přivedlo vás pití do peněžních nesnází?*
- 7) Zavádí vás pití do horší společnosti?*
- 8) Zanedbáváte kvůli pití svoji rodinu?*
- 9) Klesla vaše ctižádost od té doby, co pijete?*
- 10) Dychtíte po svém obvyklém nápoji v pravidelnou denní dobu?*
- 11) Potřebujete si po včerejším pití spravit ráno chuť alkoholickým nápojem?*
- 12) Je někdy pití příčinou vašeho špatného spánku?*
- 13) Poklesla vaše výkonnost od té doby, co pijete?*
- 14) Pijete, když máte nějaké starosti, obavy?*
- 15) Myslel jste již na to, že byste měl pití omezit?*
- 16) Napijete se rád sám, aniž potřebujete mít společnost?*
- 17) Měl jste již v opilosti okénko?*
- 18) Musel jste někdy pro následky pití vyhledat lékaře?*
- 19) Pijete proto, aby jste si pozvedl sebedůvěru?*
- 20) Dostal jste se již někdy pro pití do nemocnice, na záchytnou stanici nebo do konfliktu se zákonem?*

Pět kladných odpovědí je důvod k zamyšlení! Deset a více znamená, aby jste se rozhodl k radikální změně životního stylu, ať již sám, nebo s pomocí druhých“ (Skála 1998, s. 136 – 137).

2.13 Mezinárodní kongres v San Diegu 1995

Jaroslav Skála se účastnil na 37. mezinárodním kongresu s početnou skupinou českých delegátů. Bylo to odměna za přípravu a práci na 34. mezinárodním institutu, který se konal v Praze 1994 pod záštitou ICAA a České lékařské společnosti, který v konečném hodnocení dosáhl výrazného úspěchu v oblasti odborné i ekonomické. Patronem 37. kongresu byla ICAA, domácím pořadatelem Kalifornská univerzita – její centrum pro studium alkoholu, tabáku a jiných drog. Jaroslav Skála hodnotil odstup 27 let od kongresu ve Washingtonu a konstatoval ohromný pokrok v teorii i praktickém přístupu, prevenci, v problematice návykových látek obecně. Například v oblasti San Diega pracovalo v roce 1995 již 160 středisek pro prevenci, léčbu související s alkoholem, tabákem i ostatními drogami – ALTOD. Léčba závislosti na alkoholu byla ve srovnání s Českou republikou daleko více prováděna v charitativních a sociálních institucích. Ve zdravotnických institucích organizována léčba ambulantní. Na jednoho léčeného pacienta připadají tři až čtyři závislí na alkoholu, kteří představují zátěž pro společnost – vězni, bezdomovci, pacienti na psychiatrických odděleních atd. Jaroslav Skála hodnotil jako stálou kvalitu práci klubů anonymních alkoholiků, kteří za sebou měli 60 let svépomocné činnosti a představují v tomto ohledu i model z celosvětového hlediska. Podle vzoru AA vznikly také kluby anonymních narkotiků. Na tomto kongresu byla mimo jiné věnována pozornost také gamblingu, byl vyhodnocen nárůst finančních prostředků od r. 1974 v procentech ze 2 na 14 národního důchodu tj. čtyři sta miliard dolarů. Další oblastí je skutečnost, že mezi gamblery je tři krát větší sebevražednost. Česká delegace se na závěr kongresu setkala s doktorem Karlem Plačkem, který působil v letech 1973 – 1977 jako sekundář v Apolináři. Doktor Plaček pracoval jako terénní psychiatr pro psychiatrické oddělení Kalifornské univerzity.

2.14 Apolinářský scénář očima Jaroslava Skály

Za velmi důležité považoval Jaroslav Skála přednášky. Postupem času se jejich cyklus ustálil a pravidelně se opakoval. A tak například v roce 1982 byl uveden třináctitýdenní cyklus.

- 1) *„Co se děje s alkoholem v těle.*
- 2) *Alkohol a jeho důsledky na lidský organismus.*
- 3) *Děti, mládež a alkohol.*
- 4) *Alkohol a práce.*
- 5) *Kouření, nikotin jako náhradní droga.*
- 6) *A35 – vývoj léčby v Apolináři (1948 – 1973).*
- 7) *Alkohol a sexualita.*
- 8) *Vývojová stádia abúzu alkoholu a závislosti na něm.*
- 9) *Psychoterapie.*
- 10) *Manželství a rodina.*
- 11) *Medikamentózní v závislosti na alkoholu.*
- 12) *Nealkoholové závislosti.*
- 13) *Alkohol a paragrafy“ (Skála 1998, s. 146).*

Některá témata přednášel Jaroslav Skála sám, o další se podělil apolinářský tým. Přednáška trvala 90 minut a dělila se na tři části, vždy po zhruba 23 minutách následovala diskuse. Pacienti byli z těchto přednášek přezkušováni a vždy ve čtvrtek odpovídali na deset otázek, které hodnotil přednášející. Do diskusí se povinně zapojovali. Během přednášek si pacienti zapisovali poznámky a večer zpracovávali elaboráty. Tyto elaboráty měly značné rozdíly v kvalitě, slabší jedinci se opírali o pomoc schopnějších, tato činnost obohacovala obě dvě strany.

Další stěžejní počín je volná tribuna. S volnou tribunou bylo započato v roce 1954, jako taková se rozšířila do dalších institucí. Základ úspěšnosti volné tribuny je dostatek času a důslednost. Byli na ni přijímáni nováčci, také

zde probíhaly výstupní pohovory těch, kteří léčbu ukončili. Ten, kdo volnou tribunu vedl, používal v jejím průběhu různé techniky jako psychodrama, sociometrii, neverbální metody. Osvědčily se dořikávací věty, konference dobrých myšlenek, test zavřených očí. Ten, kdo vedl volnou tribunu, seznámil před jejím konáním ostatní terapeutky se svými záměry a druhý den ráno navázal s přítomnými zpětnou vazbu. Pacienti z volné tribuny psali elaboráty, které neměly být popisné, ale měly vyjadřovat pocity, dojmy, úvahy a komentáře. Zdařilá volná tribuna zpravidla výrazně ovlivnila dění v Apolináři v jeho oficiálním programu i mimo něj. V sedmdesátých letech byly osloveny jednotlivé světlice, aby zrežírovaly volnou tribunu. Mnozí se „trefili do černého“ – vystihli věci, které nebyly v zorném poli terapeutů na tak významném místě. Postupem času se ve vedení volných tribun vystřídali všichni členové týmu i sestry a sociální pracovníce. Na vztazích jednotlivců a jejich týmové práci závisela efektivita a kvalita volné tribuny, stejně jako na úrovni patientské komunity a její ochoty více či méně spolupracovat. Často se volných tribun účastnili i hosté. Ne vždy to bylo ku prospěchu věci. Jelikož byli pasivní a narušovali tempo volné tribuny. Jednalo se o pracovníky z protialkoholních zařízení i institucí domácích i zahraničních. Někteří byli zkušenější, jiní méně. Bylo nutno uvést do života pravidlo, že vedoucí volné tribuny si zvolí počet hostů a provede jejich výběr. Naopak na volné tribuně byli vítáni rodinní příslušníci pacientů, jejich známí, bývalí pacienti, kteří mohli svoji účast brát také jako doléčování.

Bodovací systém byl spjat se samými počátky Apolináře. Sám systém se vyvíjel a jeho publikování proběhlo u příležitosti 25. výročí činnosti Apolináře. Začátky se týkaly bodování práce a pořádku. Smyslem bylo, aby se body nedostávaly jako samozřejmost, ale aby byly spojeny s plněním požadovaných úkolů. V průběhu času byly do bodovacího systému zahrnovány další body léčebného programu, které Jaroslav Skála s kolektivem považoval za důležité. Patřily sem takové činnosti jako psaní deníku, elaborátů z přednášek a skupin, z KLUSŮ, volných tribun. Patřily sem také kulturní soutěže a důležitá byla také kvalita plnění různých funkcí jako důvěrník, předseda, tělocvikář, Makarenko –

tj. důvěrník nováčků, nákupčí apod. Výsledný systém nebyl jednoduchý, ale sledoval úsilí jedince i jeho začlenění do malé světnice i velké skupiny – komunity. Páteční bilancování pak vyčíslilo klady a zápory a to jak jednotlivců, tak i světnic. Jako motivační prvek sloužila vycházka od soboty 6:00 do neděle 20:00 hod. Ta buď zůstala nekrácena, nebo se krátila až do úplného zamítnutí. Každý pátek bylo vyhodnocení hodinou pravdy, která patřila do kategorie činnosti označované „*jak si přestat lhát do kapsy*“. (Skála 1998, s. 151). Při této činnosti se staly emoce neoddelitelnou součástí. Tato činnost byla kvalitním cvičením pro pacienty i terapeuty. Režim Apolináře byl důsledný a náročný, pokud tým terapeutů pracoval zásadně a jednotně. Mnozí souhlasili s označením „přísný, ale spravedlivý“, protože se nečinily rozdíly a nebylo výjimek. Výjimku mohl udělit pouze kolektiv (také nemusel) a to jednomu pacientovi a současně měl odpovědnost ze její udělení. Je zcela pochopitelné, že tento systém měl své odpůrce jak z řad pacientů, tak z řad terapeutů. Systém bodování ležel na bedrech důvěrníků světnic a měly ho na starosti sociální pracovnice. Oficiální závěr byl přednesen za přítomnosti všech v Kotulánce. Jaroslav Skála si byl jist, že právě systém bodování neustále vzbuzoval iniciativu pacientů, také ji udržoval a hodnotil. Bez tohoto systému by byl chod léčebného programu a režimu v Apolináři mnohem obtížnější. Je možné prohlásit, že právě bodový systém patřil k charakteristikám Apolináře.

„Reakce na bodovací systém:

- 1) *Vztah se mění v průběhu léčby – na počátku jsem se před osminkou klepala, abych nebyla potrestána. Pak jsem pochopila, že nejsou jenom postihy.*
- 2) *Dostanu kladný bod a vím, že jsem to udělal dobře. Záporný mě mrzí, ale zase vím, co by se dalo zlepšit.*
- 3) *Záporných bodů se bojím. Kdyby tak mohly být vymazány.*
- 4) *Je to systém, abych si příště dala lepší pozor – ale stejně dostanu zlost.*
- 5) *Řeknu to poctivě: body jsou pro mě červený signál, že jsem pitomá a dala se nachytat*

- 6) *Když nadělám tento týden body, ztratím sama vycházku a poškodím i světnici. Ale i v neděli se přihlásím na nějakou vícepráci a světnici zase pomůžu.*
- 7) *Ty dobré body jsou moc drahé, ty špatné lacinější.*
- 8) *Na oddělení body nechytám, ale vždy je „vydělám“ za prodlouženou vycházku.*
- 9) *Ty body nejsou vždy správné a spravedlivé.*
- 10) *Ty body usnadňují a ukazují adaptaci nováčka“ (Skála 1998, s. 151 – 152).*

2.15 Záchytná stanice

V habilitační práci Jaroslava Skály, která se týkala „epidemiologie a preventivních aspektů činnosti záchytných stanic“, je zmínka o vzniku záchytné stanice v Praze. „*V dochované dokumentaci o průběhu prvních schůzek KLU Su našel Jaroslav Skála vlastnoruční zápis o potřebě a požadavku noční ambulance pro akutně intoxikované“ (Skála 1998, s. 153).*

V letech 1949 – 1951 Jaroslav Skála připravoval a nakonec s pomocí vedoucího zdravotnického odboru Národního výboru hlavního města Prahy MUDr. Černého prosadil zřízení noční záchytné protialkoholní stanice, která v krátké době rozšířila svoje služby na nepřetržitý provoz. Je prokazatelné, že v Apolináři byla uvedena záchytná stanice jako zdravotnická instituce poprvé na světě. Zpětně se Jaroslav Skála v odborné literatuře dočetl, že po podobné instituci volal již šéf pražských policejních lékařů MUDr. J. Pilař v roce 1926.

Záchytná stanice byla umístěna ve stejné budově jako protialkoholní léčebna. Od samého počátku se na její činnosti podíleli také pacienti, kteří byli v druhém poločase své vlastní léčby. Vykonávali pokyny lékařů a tato činnost byla velice náročná. O své službě psali pacienti elaboráty „co mi dala služba na záchytné stanici“, často se v nich vyskytovaly otřesné zážitky, které vyvolávaly

vzpomínky na vlastní pijáckou kariéru se všemi projevy kochání. Pacienti přímo viděli, jak se často chovali sami.

Na záchytné stanici probíhaly také stáže mediků, kteří se účastnili vizit. Mezi jejich povinnosti také patřily dialogy s osobami, které se ocitly na záchytné stanici, za jakých okolností se na záchytku dostaly, zda pijí a jaké mají problémy s alkoholem. Odpovědi byly téměř vždy vyhybavé. Za velice zajímavé označoval Jaroslav Skála, že poměrně značná část mediků na následných diskusích stranila těmto zachyceným osobám a ztotožňovala se s jejich výroky. Toto ztotožnění se zachycenými bylo často podloženo abúzem alkoholu, je možné, že ještě dlouhá léta bezproblémovým.

Tato forma služby na záchytné stanici plně suplovala opakovací léčebné kúry. Dva dny na záchytce nahrazovaly tři dny aversivní léčby. Někteří abstinující absolventi využívali možnosti, kterou Apolinář poskytoval, a přicházeli sloužit na záchytnou stanici se svými nedospělými syny. Tato varianta v některých případech vedla k „úspěchu“, a proto byla Apolinářem podporována. Opak však býval většinou pravdou, bylo mnoho případů, kdy se syn našeho pacienta dostal do takových problémů s alkoholem, že potřeboval ústavní léčbu. *„Statistické údaje pražské záchytné stanice z let 1982 – 1985 vykazují tyto hodnoty: Bylo přijímáno 6 – 7 tisíc osob ročně. Z toho 500 – 700 žen a 200 – 300 mladistvých. Opakovaných záchytů bylo kolem čtyřiceti procent. Odběry krve byly uskutečněny v padesáti procentech. Alkoholizovaných řidičů bylo hodně – kolem patnácti procent“* (Skála 1998, s. 155).

Dvakrát za měsíc poskytovala záchytná stanice kopie přijímacích protokolů ordinacím AT. Nepsané pravidlo jasně říkalo, že tyto osoby je nutné pozvat – zejména když se jednalo o opakovaný záchyt. Z výsledků průzkumu vyplývalo, že i první záchyt signalizuje problémy s alkoholem u dvou třetin zachycených osob. *„V tomto smyslu návaznost záchytných stanic a AT představovala v Praze sekundární prevenci. Zachycený se dostává do protialkoholní evidence a péče o několik let dříve, než kdyby záchytná stanice neexistovala“* (Skála 1998, s.

155). Arnošta Mařová počátkem osmdesátých let psala a přednářela o opakovaných záchytech osob, jejichž počet překračoval deset a více pobytů. Výsledná prezentace z její práce vykazuje tyto počty osob: *muřů bylo 254 a řen 20. Užří statistika se týká 206 muřů bydlících v Praze: průměrný počet záchytů byl 21, průměrný věk zachycených 44 let. Jen 56 % je v pracovním poměru, bez pracovního poměru 21 %, ostatní jsou invalidní a starobní důchodci, 67 % mělo nařizenou ochrannou léčbu, 85 % bylo ve vězení. Jen ve čtvrtině případů se jednalo převážně, nebo výhradně o problematiku zdravotní. 45 % jsou svobodní, 34 % rozvedení, jen 21 % - bohudík - má děti.*(Skála 1998, s. 155). Jaroslav Skála si při svých častých službách na záchytné stanici vytvořil praktickou filosofii – „nebát se a neubliřovat“. Záchytná stanice se stala vývozním artiklem, mezi prvními zájemci byli Poláci a dále Kanada a USA.

Záchytná stanice u nás i ve světě prodělává četné změny. Změny lze pozorovat také na chování intoxikovaných – dochází ke kombinaci intoxikace alkoholem a jinými návykovými látkami. Jaroslav Skála zastával názor, že záchytná stanice je výrazem humánního přístupu k akutně intoxikované osobě, která je v kritické situaci a pohybuje se na pomezí zákona a současně se dostává do medicínské sféry – do preventivně zaměřené protialkoholní péče. „Rozhoduje ovšem, a) zda ji zachycená osoba přijme nebo ne, b) zda o potřebě této péče pracovníci záchytné stanice a OAT umějí přesvědčit nebo ne“ (Skála 1998, s. 157).

2.16 Pohybové aktivity v Apolináři

Pohybové aktivity měly v Apolináři nezastupitelné místo. Rozcvička zaujala pravidelné místo v apolinářském programu od samého začátku, tedy ihned v roce 1948. Tuto činnost měl na starosti tělocvikář. Časem přibývaly i jiné sportovní aktivity jako sportovní odpoledne, turistické pochody, cvičení

v tělocvičně a volejbal. Fotbal byl po krátké době vyřazen z programu, protože docházelo k častým zraněním. Byly zřizovány posilovací koutky.

V roce 1965 se rozšířil jogging a stal se nedílnou součástí programu. *„Zajímavý údaj z konce sedmdesátých let – apolinářský pacient za svůj třinácti týdenní pobyt naběhal kolem sto kilometrů“* (Skála 1998, s. 158). Jaroslav Skála vysvětloval potřebu běhu pro rozvoj psychiky člověka, její platnost se netýká pouze osob závislých, ale platí pro každého, kdo běhá vědomě a umí z tělesného pohybu získat potřebné zdroje pro svoji psychiku, zvýšení kondice a v neposlední řadě i pro rozvoj celé osobnosti. Člověk poznává své tělo, dokáže prožívat tělesné pocity, které analyzuje ve své psychice, a tím obohacuje sám sebe.

2.17 Dobronice – ILPP

V červnu 1962 vznikla tradice, která dostala jméno ILPP Dobronice. Jejím vzniku přecházela dohoda z roku 1961 s děkanem fakulty všeobecného lékařství prof. Trávníčkem, která znamenala poskytnutí pomoci našich pacientů při budování tělovýchovného střediska lékařské fakulty v Dobronicích. ILPP znamenaly čtrnáctidenní pobyty v přírodě, kde fungoval apolinářský program. Sestava osazenstva ILPP v ideálním stavu obsahovala polovinu právě léčených pacientů a druhá polovina byla sestavena z již alespoň tři roky abstinujících pacientů. Program začínal ranní rozcvičkou zakončenu koupelí v Lužnici, následoval dopolední pracovní blok – úprava tábora, odpoledne běžecké skupiny a pohybové aktivity, večer pak volná tribuna, přednáška nebo klub. Tato programová náplň se týkala stejnou měrou jak pacientů, tak terapeutů a velice přispívala ke zkvalitnění terapeutického vztahu. Postupem času se do pobytů zapojovali také pacienti u jiných léčeben a ordinací AT. V některých ročnících ILPP hostily výpravy sociálních pracovníků a zasedání protialkoholních sborů. V Dobronicích se také účastnily manželky pacientů,

které zde měly svou skupinu. Vznikla spolupráce s Dětskou psychiatrickou léčebnou v Opařanech, a to v oblasti stravování. Koncem 70. let byl pobyt ILPP opakovaně nekuřácký.

2.18 Červený Dvůr

Léčebna v Červeném Dvoře, která vznikla v roce 1966, byla se svými 130 lůžky, největší specializovanou léčebnou v celé republice. Vedl ji úspěšně abstinující absolvent Apolináře doktor Kubíček, který se během doby stal vynikajícím odborníkem v léčbě závislosti. Sám je příkladem člověka, který si jako medik a lékař zkomplikoval život drogami, ale našel v sobě odhodlání a cíle, které společně s pomocí ostatních vedla k jeho vítězství nad závislostí. Svých zkušeností bohatě využíval v pomoci stejně potřebným. V kolektivu personálu, který vedl, byli ještě dva další lidé s podobným osudem. Tato trojice, dříve závislí nyní terapeuti, byla pro Červený Dvůr velmi významná. Všichni ostatní terapeuti znali jejich osud a viděli jejich přístup k celé problematice závislosti. Takové skupiny terapeutů dnes pracují po celém světě.

3. JAROSLAV SKÁLA A JEHO POHLED NA OSTATNÍ DROGY

3.1 Úloha psychoterapie v boji proti drogám, SUR

Činnost Jaroslava Skály v této oblasti je úzce spjata s další oblastí a tou je právě psychoterapie, která vlastně prostupuje celým Skálovým modelem léčby závislostí jako její nedílná součást. Jejím nejvýznamnějším vzdělávacím a výcvikovým systémem se stal tzv. SUR. Tato zkratka označuje osoby, které stály u zrodu, tedy Skála, Urban, Rubeš.

V oblasti závislostí se problém alkoholu jevil společensky z dlouhodobého hlediska jako legitimní. Právě Jaroslav Skála byl svým protialkoholním působením oficiálním reprezentantem. Z počátku byl Skálův vztah k problematice nealkoholových drog okrajový, což úzce souviselo s drogovou scénou pouťového Československa, která byla zastoupena „práškaři“, kteří se rekrutovali z řad lékařů a zdravotnického personálu. Současně také existovala scéna mimo zdravotnictví, jednalo se o experimentátory, kteří propadali do spáru závislosti, ale socialismus tuto skutečnost popíral a bagatelizoval a naopak ji interpretoval jako znak degenerujícího kapitalismu.

Jaroslav Skála zaštitil Středisko drogových závislostí, a právě toto zařízení se jako jediné a první stalo na dlouhý časový úsek tím, které se ambulantně specializovalo na lidi, kteří byli závislí na nealkoholových drogách. Vedení SDZ se ujal Rubeš a spolupracoval také Urban.

Roku 1979 Jaroslav Skála poznal, že je třeba zvláště pracovat s mladými problémovými závislými jak na alkoholu, tak nealkoholových drogách, kteří se v léčbě objevovali stále častěji. Vznikal jednak rozpor mezi mladými a starými,

ale zároveň mezi alkoholiky a feťáky. Jako odezva vznikla v Apolinárii světnice mladých, na které se nacházela polovina pacientů, kteří byli závislí na nealkoholových drogách a měli mírně modifikovaný program, který se týkal jejich léčby. SDZ byla jako instituce úzce spjata se Skálovým Apolinářem vazbami osobními i organizačními. Postupně však byla personálně posilována a v rámci fakultní nemocnice II více podporována. Jaroslav Skála byl vůči SDZ velmi tolerantní a respektoval jeho činnost.

3.2 Jaroslav Skála a jeho pohled na užívání drog

Jaroslav Skála přirovnával kontakt s drogou k pohybu v minovém poli, tedy k bitvě, kde může dojít ke zranění a smrti, sám nedělal rozdíl mezi drogami tolerovanými, jako v případě tabáku, alkoholu a návykových léků a netolerovanými jako marihuana, pervitin, toluen, heroin, kokain a další. Proto jakýkoliv krok směrem do oblasti, kde se nachází droga, znamená veliké riziko. *„Toto riziko lidé postupují ze zvědavosti, z nátlaku party či společenských návyků, z touhy po nezvyklém zážitku a v neposlední řadě pro potlačení nepříjemných či docílení příjemných stavů. V této oblasti drog jde také o peníze, nikdy se nejedná o přátelství, ba právě naopak, ti kdo vyměňují drogu za peníze, zpravidla vědomě počítají s lidskou slabostí, se snadno odvoditelným nadužíváním drogy a konečně s lidskou závislostí na droze, nebo na tom, kdo ji prodává“* (Skála 1998, str. 141).

3.3 Prevence, drogy a múzy

Jiří Linha zakladatel známého vokálně instrumentálního souboru Linha Singers, který v roce 1958 úspěšně absolvoval léčbu v Apolinárii, vystoupil se souborem na dvacátém pátém výročí založení Apolináře a vystoupení zanechalo velice hluboký dojem. Jaroslav Skála si pohrával s myšlenou

vytvořit komponovaný pořad hudby a slova, s čímž Jiří Linha souhlasil a Linha Singers se stal pevnou součástí projektu. První koncerty byly uspořádány pro studující mládež v Plzni – premiéra byla 27. června 1974. Součástí celého projektu byly také otázky položené publikem na konci pořadu. Byly to otázky typu: Jaká je cena drog na černém trhu? Mají drogy vliv na vznik rakoviny? Od počátku těchto pořadů uplynula léta a koncem roku 1988 bylo na jejich kontě již 287 repríz, přičemž projeli stovku míst v Čechách a na Moravě. Posluchači byli především uční středních odborných učilišť, žáci posledních ročníků základních škol, studenti středních škol. Pořad se neustále vyvíjel, měl sice danou strukturu, ale ta se přizpůsobovala posluchačům. Délka pořadu byla zpravidla devadesát minut, začala skupina Linha Singers a po té nastupuje lékař, který měl dva vstupy, oba v délce zhruba 15 – 18 minut. Velice důležité bylo navázání kontaktu s publikem. Korunou celého pořadu jsou odpovědi na písemné otázky publika, Jaroslav Skála zval autory nejzajímavějších dotazů před mikrofon k osobnímu pohovoru. Mladí lidé byli velice zvědaví. Matematicky vyjádřeno setkali se se zhruba 85000 mladých lidí, z nichž měl dotaz každý sedmý až osmý – otázky se měnily, ale také zůstávaly stejné a opakovaly se .

Jaroslav Skála shrnul zkušenosti s komponovanými pořady do těchto bodů.

- 1) *„Ten, kdo léčí lidi závislé na drogách, by měl poznatky systematicky uplatňovat při preventivní práci.*
- 2) *Komponovaný pořad slova a hudby usnadňuje komunikaci v dobrém slova smyslu a jde opravdu pod kůži.*
- 3) *Má – li si lékař – informátor se svými posluchači během krátké doby doslova „tykat“, musí sám věřit tomu, co říká – pak uvěří i ti druzí.*
- 4) *Informace, kterou lékař přináší, musí být na úrovni, a to i z hlediska aktuálnosti – je třeba mít předstih před sdělovacími prostředky. Z informací musí být navíc cítit specifická váha prožitku, kterou představuje kontakt s osobami závislými na drogách.*

- 5) *Pozornost posluchačů získává hudba, ale především záleží na informujícím lékaři a jeho stavu. I jeho úsměv, nepodbíživý humor, lidi (a jejich trápení) musí získávat a nikoliv odrazovat.*
- 6) *Rozdíly v jednotlivých oblastech, místech i školách jsou častokrát velké. Nezřídka měl pocit, že naráží na bariéru. Nelze přesně vyjádřit do jaké míry jsou posluchači ovlivněni zkušenostmi ze strany pedagogů a rodičů, či jsou již zpracováni odlišnými názory svého prostředí nebo dokonce již hotovým postojem k droze a jejímu hodnocení. Zde jsou velké rozdíly mezi studující a učňovskou mládeží v neprospěch té druhé.*
- 7) *Důležitá je frekvence pořadů: jednak aby přednášející nevyšel ze cviku a naopak příliš časté opakování vede k jeho opotřebování.*
- 8) *Tam, kde je to možné, když je přítomno méně posluchačů, je vhodné doprovodit slovo diapozitivem“ (Skála 1998, s. 170).*

Během svého života Jaroslav Skála léčil velké množství pacientů, kteří měli problémy související s drogami, ale současně měl možnost, právě díky komponovaným pořadům, se setkat s velkým počtem mladých lidí a působit tak v oblasti prevence.

4. PSYCHOTERAPIE OČIMA

JAROSLAVA SKÁLY

4.1 Resumé o psychoterapii v Apolináři

1) Hodnoty: Jaroslav Skála zastával názor, že člověk má žít podle hodnotového žebříčku, jaký nabízí druhým. Sám se hodnotil jako člověk, který v mnohém selhával, ale také dokázal mnohé nabídnout. Byl spokojen se svou angažovaností v práci, snaze o poznávání nového – studium, cestování, četba, pohybových aktivit, dochvilnost a abstinenci – alkohol i nikotin.

2) Profese a soukromý život: tyto dvě oblasti neměl oddělené, protože byl v Apolináři 30 let ve dne i v noci, bydlel tam. Tuto skutečnost považoval za přínos, který šetřil jeho čas.

3) Vztah a postoj: Jaroslav Skála stál pevně na vytyčené cestě a neuhýbal problémům a po vzoru německého alkoholologa W. Schultheho také doporučoval suchý leč přívětivý humor. Humor i ve formě ironie, ale nikdy ne cynismus, má nezastupitelné místo v psychoterapii.

4) Terapeutické klima: když Jaroslav Skála uvažoval o psychoterapii, snažil se zjistit, kolika lidem je určena, jakým způsobem a v čem má prospět, kolik je na ni vymezeno času a kolik je k dispozici spolupracovníkům – na vlastním léčení je sice čas věnovaný psychoterapii malý, ale přechází do následné péče.

5) Čas: Jaroslav Skála určoval význam té či oné činnosti tak, že retrospektivně měřil kolik ji věnoval času.

6) Tým terapeutů: jeho počet má být optimální, pokud přesáhne počet 9, pak vzniká riziko, že interakce se přenesou mezi terapeuty a jsou o ně ochuzováni pacienti. Také je nutno tak veliký tým řídit, komunikovat s ním – to samo o sobě ubírá čas na vlastní psychoterapeutickou práci.

7) Paraprofesionálové: jedná se o koterapeuty, kteří vyšli z úspěšných pacientů pro socioterapeutický klub. Jaroslav Skála vzpomínal na práci v socioterapeutickém klubu, kdy se schopný abstinující pacient stal vzorem pro řadu druhých a byl to právě on, kdo velmi příznivě ovlivňoval klima na klubu.

8) Metoda: Jaroslav Skála nebyl zastánce pouze jedné metody, ale studoval Kemberga, Kohuta, Balinta, manželé Blanckovy a hodně se poučil. Sám byl velice překvapen, když předával své dojmy znalcům klasické psychoanalýzy, že to co bylo nové pro něj, bylo nové i pro ně. Z toho plyne, že Jaroslav Skála se nesoustřeďoval pouze na jednu metodu, ale snažil se o poznání celé řady metod.

9) Výcvik: v roce 1966 se díky informacím od dr. Urbana dostal Jaroslav Skála do Lindau na psychoterapeutické týdny (účastnil se jich celkem 14x). 1967 přistoupil společně s Urbanem a Rubešem k založení první výcvikové komunity zvané SUR, ta započala svou činnost dlouhodobým výcvikem lékařů a psychologů v psychoterapii. Tato činnost byla určena i pracovníkům z jiných profesí. Jaroslav Skála strávil při psychoterapeutickém výcviku vlastním i při výcviku druhých v období dvaceti let okolo dvou tisíc hodin, což vyhodnotil jako celý rok pilné práce. Obojí prožíval intenzivně zejména v posledních letech a pociťoval osobní prospěch. Obě tyto činnosti mu pomohly kromě jiného k přípravě i náplni jeho druhé kariéry. Přenesl se, dle jeho mínění, bez obtíží z vedení Apolináře do činnosti, kterou věnoval výcvikovým komunitám, a také spolupráci s členy výboru z psychoterapeutické společnosti.

10) Supervize, balint: Jaroslav Skála si společně s ostatními uvědomoval, že zůstává zanedbávána supervize frekventantů komunit. Snaha o nápravu vyústila ve zřízení kabinetu psychoterapie v rámci psychiatrické kliniky, ale na

půdě protialkoholního oddělení. Balintovské skupiny se ukázaly jako praktická, optimální forma supervize, která se soustřeďuje na supervizi vztahů, tedy přenosu i protipřenosu mezi pacientem a terapeutem. Závěrečné hodnocení Jaroslava Skály v této oblasti znělo „*Máme v psychoterapii stále ještě dost chyb, avšak supervize dosud příliš málo*“ (Skála 1998, s. 176).

4.2 SUR

Skála sám označoval svoji činnost v psychoterapii za své „hobby“, ale během jeho činnosti v Apolináři se role psychoterapie v léčebném procesu stále měnila, získávala na důležitosti a nakonec se stala nedílnou, základní rolí v celém terapeutickém procesu.

„Jaroslav Skála, Jaroslav Rubeš a Eduard Urban založili SUR – dynamicky zaměřený a skupinově i komunitně pojatý vzdělávací model v psychoterapii. V časovém rozmezí let 1968 – 1997 se podílel na založení či spoluzaložení celkem dvaceti sebezkušenostních výcvikových komunit, což v konečném hodnocení představuje padesát skupin s více než 500 frekventanty“ (Popov 2006).

Společně se Skálovým léčebným systémem představuje právě SUR další původní český příspěvek k vývoji TK. Jeho zvláštností je spojení výcviku ve skupinové psychoterapii s širším a hlubším rozměrem velké skupiny. Výcvikové společenství pracuje na principech komunity demokratické linie. Výcvikový model SUR se v průběhu času měnil a diferencoval, ale jeho základní charakteristiky se však mnoho nezměnily.

- 1) *„Ústředním principem je výcviková práce probíhající souběžně ve velké skupině (výcviková komunita, využívající principy terapeutické komunity) a v malé skupině, která je součástí komunity.*

- 2) *Počet skupin v komunitě je 2 – 4. Obvykle jde o 3 skupiny, ale komunity se dvěma či čtyřmi skupinami se vyskytují rovněž.*
- 3) *Skupina má 8- 12 členů, je důležité zachovat rovnoměrné zastoupení mužů a žen, i když tento požadavek nelze vždy splnit. Jinak sestavování skupin zohledňuje obvyklé skupinové kontraindikace.*
- 4) *Výcvikovou skupinu vedou dva výcvikovní terapeuti, muž a žena – tento model vznikl v 80. letech, v prvním období SUR vedl skupinu jeden terapeut.*
- 5) *Komunitu vede 1 – 2 vedoucí.*
- 6) *Výcvik trvá obvykle 4 – 5 let. V průběhu jednoho výcvikového roku se střídají „komunitní týdny“ (setkání celé komunity, obvykle jeden nebo dva týdny ročně) a víkendová setkání (dva až tři týdny ročně), na nichž se schází buď jednotlivé skupiny samostatně, nebo celá komunita.*
- 7) *Výcvik obvykle během těchto 4 – 5 let poskytuje minimálně 500 výcvikových hodin.*
- 8) *Během setkání celé komunity se během dne střídají aktivity celé komunity (ranní setkání, workshopy, kluby apod.) a oddělená sezení jednotlivých skupin.*
- 9) *Vedoucí komunity dochází s jistou pravidelností do jednotlivých skupin jako pozorovatel a poskytuje interní supervizi vedoucím skupin. Vedení skupiny pod supervizí je chápáno jako „další stupeň výcviku“.*
- 10) *Výcvikový tým (vedoucí komunity a vedoucí skupin) se denně setkává, probírá záležitosti komunity a skupin a poskytuje si vzájemnou supervizi“ (Kalina 2008).*

SUR čerpala podněty pro svou práci z činnosti terapeutických komunit, které pracovaly v šedesátých letech dvacátého století v Čechách. Byly to především TK ze Skálova Apolináře a z TK pro neurotiky v Lobči (Knobloch, Mrázek, Junová) v Brně (Bouchal) a Kroměříži (Kratochvíl). V aplikaci principů terapeutické komunity se SUR odvolával na Maxwella Jonese a obecně se hlásil k dynamické orientaci. Vstřebával do sebe prvky mnoha terapeutických směrů. Jaroslav Skála byl stmelující osobností SUR i v době,

kdy se SUR rozdělovala na jednotlivé linie. Stál u zrodu Aktivu SUR, kde se pravidelně setkávali vedoucí komunit a skupin, sdělovali si zkušenosti, třbili názory a postoje a schvalovali nové komunity. Tak se z neformálního hnutí vytvořily základy systému a škol. Skála v 80. letech předal vedení Aktivu SUR Jiřímu Krombholzovi. Od té doby sdružení SUR jako akreditovaný výcvikový institut udržuje a rozvíjí tradici výcvikového modelu.

4.3 Jaroslav Skála v psychoterapii mimo SUR

V roce 1970 se u Jaroslava Skály setkala několik odborníků a byli vyzváni, aby vyjádřili svůj názor na stav psychoterapie a v případě nespokojenosti i na možnost jak tento stav posunout požadovaným směrem. Na tomto setkání se mimo jiné účastnili PhDr. Eis, MUDr. Příhoda, prim. MUDr. Mrázek, prof. PhDr. Vymětal, doc. MUDr. Hort a MUDr. Skála se na setkání zeptal zcela konkrétně, co s tímto stavem chce udělat každý z přítomných osobně a co mohou udělat všichni společně. Tak vznikl Kabinet psychoterapie. Kabinet sídlil v Apolináři, pracoval a publikoval odborné texty – Psychoterapeutické sešity, vyšlo jich 57. Probíhaly zde i modifikované balintovské skupiny, které byly uvedeny do tehdejšího Československa. V roce 1987 založil Jaroslav Skála právě z Kabinetu Psychoterapeutický institut.

Dalším významným počinem bylo vyhlášení psychoterapeutické společnosti v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Jaroslav Skála se nažil zpřístupnit psychoterapii a poskytnout veřejnosti otevřené šance vzdělávat sebe samu, kultivovat a rozvíjet vztahy a upevňovat poznání a tak vznikla Psychoterapeutická fakulta. Jaroslav Skála se podílel na přípravě programu vysokoškolského studia sociální práce a psychoterapie i plánování jeho dalšího rozvoje, v současnosti je to Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Tato činnost nebyla snadná, protože při ní byly překročeny zvyklosti a vznikaly obavy, zda myšlenka studijní komunity jako součást komunity občanské bude dobře uvedena do života. Tyto obavy se však ukázaly jako zcela zbytečné.

5. PROFESIONÁLNÍ DRÁHA A VYBRANÉ PUBLIKACE JAROSLAVA SKÁLY

5.1 Profesionální dráha

Jaroslav Skála promoval v roce 1946, habilitoval v roce 1969, titul docenta mu byl přiznán v roce 1990. Po promoci nastoupil na Psychiatrickou kliniku profesora Myslivečka. Celou svoji profesionální dráhu absolvoval na této klinice, přesněji na protialkoholním oddělení „U Apolináře“, které založil (1948) a vedl až do roku 1982. Toto pracoviště bylo prvním specializovaných oddělením pro léčbu závislostí v poválečném Československu, protialkoholní záchytná stanice (1951) byla prvním pracovištěm svého duhu na světě. Zasloužil se rovněž o vytvoření komplexního systému odvykací léčby závislostí na psychoaktivních látkách v naší zemi.

Stál u zrodu sítě ordinací pro alkoholismus a jiné toxikománie (OAT), v roce 1971 otevřel v Apolináři Středisko drogových závislostí, první specializované ambulantní pracoviště pro drogově závislé. Založil svépomocnou skupinu (Klub lidí usilujících o střízlivost – KLUS), která se stala vzorem pro další svépomocné skupiny abstinujících pacientů. Zaváděl biologické (averzivní terapie, Antabus) i psychologické metody léčby (skupinová psychoterapie). Spolu s dr. Urbanem a dr. Rubešem založil sebezkušenostní výcvikový systém ve skupinové psychoterapii (SUR), spoluzakládal několik odborných společností (Sekce pro studium alkoholizmu a jiných toxikomanií Psychiatrické společnosti, Společnost pro psychoterapii a rodinnou terapii, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP). Pan docent Jaroslav Skála je autorem 140 odborných publikací, včetně několika monografií o problematice závislostí a psychoterapie. Jeho odborná práce i popularizační a osvětová činnost byla oceněna domácími (Cena Adiktologie) i

zahraničními oceněními (Cena A. Forela). Prezident Václav Havel jej v roce 2002 vyznamenal Medailí za zásluhy II. stupně.

5.2 Vybrané publikace

Jaroslav Skála publikovat následující monografie, popřípadě byl spoluautorem následujících děl:

Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abuzus a závislost / Jaroslav Skála ; Zásady léčby glukokortikoidy / Jaroslav Blahoš ; obálka Josef Týfa Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Avicenum, 1986.

Alkohol a vy / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1988.

Alkohol a vy / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Ústav zdravot. výchovy, 1974.

Alkohol a Vy / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Ústř. ústav zdravot. osvěty, 1963.

Alkoholismus : Terminologie, diagnostika, léčba a prevence / [Autor]: Jaroslav Skála ; Předmluva: František Hrubín; Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : SZdN, 1957.

Alkoholizm : Mianownictwo, rozpoznawanie, leczenie i zapobieganie / [Autor:] Jaroslav Skála [a kol.] ; Z oryginału czeskiego Alkoholismus, terminologie, diagnostika, léčba a prevence przełożyła [do pol.] Barbara Jaroszewicz-Kleindienst ; Od redakcji: Zdzisław Jaroszewski ; Słowo wstępne: Franciszek Hrubin, František, Skála, Jaroslav, 1916-2007 Warszawa : Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1966.

Až na dno!? : Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách : Zneužívání a závislost / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Avicenum, 1988.

...až na dno!? : fakta o alkoholu, pijáctví a alkoholismu / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Avicenum, 1977.

Až na dno!? : Fakta o alkoholu a pijáctví / Jaroslav Skála ; Il. Eva Řežábková Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: SZdN, 1962.

--až na dno!? : fakta o alkoholu a pijáctví / Jaroslav Skála ; [obálka a ilustrace Eva Řežábková] Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1960.

Člověk + alkohol : alkoholismus a protialkoholní boj : informativní odborná pomůcka, určená protialkoholním poradnám, sociálním pracovníkům i pracovním a protialkohol. bojovníkům jakož i záchytným stanicím / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Protialkoholní oddělení státní psychiatrické kliniky prof. Myslivečka, [1952].

Lékařův maraton : ber a dávej / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Český spisovatel, 1998.

O alkoholismu / Naps. Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Ústř. úst. zdravot. osvěty, 1959.

O alkoholismu / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Výzkumný ústav zdravot. osvěty, 1957.

O pití alkoholických nápojů / Jaroslav Skála Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Výzkum. úst. zdravot. osvěty, 1953.

Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi / Jaroslav Skála... [aj.] Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : Avicenum, 1982.

Organisace a metodika boje proti alkoholismu / [Autor:] Jaroslav Skála a kolektiv Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha : SZdN, 1957.

Organisation und Methodik des Kampfes gegen den Alkoholismus / [Autor:] Jaroslav Skála und Kollektiv ; Übersetzer [do něm.] Walter Schmidl, Margarete Schmidl Skála, Jaroslav, 1916-2007 Berlin : VEB Verlag Volk und Gesundheit, 1962.

Psychoterapie II. : sborník přednášek : Psychoterapeutická fakulta 1992/93 / editor Jaroslav Skála Praha : Triton, 1993.

Psychoterapie III. : sborník přednášek / editoři Jaroslav Skála a Jiří Růžička Praha : Triton, 1994.

Psychoterapie v medicínské praxi / Jaroslav Skála ... [aj.] Praha: Avicenum, 1989.

Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek / red. Luděk Kubička ; Jaroslav Skála Praha : Výzkum. ústav psychiatrický, 1982.

Třináctý stupeň blaženosti / Robert Tabus ; [z pol. přel. Jiří Fiedler ; předml. Jan Beránek ; doslov Jaroslav Skála] Tabus, Robert Praha : Avicenum, 1984.

Úkoly sociálních pracovníků v protialkoholních zařízeních : Určeno pro tematické kursy a specializační studium / Autoři: Jaroslav Skála, Arnoštka Mařová a kol. Skála, Jaroslav, 1916-2007 Brno: Ústav pro další vzdělávání stř. zdravot. prac., 1973.

Závislost na alkoholu a jiných drogách / Jaroslav Skála... [aj.] Skála, Jaroslav, 1916-2007 Praha: Avicenum, 1987.

6. ZÁVĚR

Myšlenky a dílo, které po sobě zanechal Jaroslav Skála, jsou bazální složkou celé řady oblastí v adiktologii, mají v současné době mnoho pokračovatelů, kteří dále rozvíjí tento odkaz, hledají nové směry a budují tak síť postupů a institucí, která má své nezastupitelné místo v prevenci a léčbě závislostí. Tyto nové směry se mohou dále rozvíjet, protože základy, z nichž vycházejí, jsou právě těmito novými směry ve vývoji opakovaně potvrzovány. Právě tato okolnost umožňuje v případě neúspěchu nějakého nového projektu vrátit se zpět na jeho počátek, k těmto myšlenkám a přehodnotit postupy. Jaroslav Skála dokázal podat pomocnou ruku kolegům, kteří pracovali na projektech, na jejichž vzniku se sám podílel. Svým poctivým a zodpovědným přístupem přispíval k vyhodnocení jejich činnosti. Byl otevřen ke konzultacím výsledků těchto projektů a pomáhal vytyčit také další směr jejich postupu.

Jak jsem uvedl v úvodu této bakalářské práce, pracuji jako vychovatel s mladistvými drogově závislými klienty. Tato práce je velice náročná a mnoho poznatků jsem čerpal právě z Jaroslava Skály, protože v jeho díle jsem nacházel a stále nacházím odpovědi na řešení situací a problémů, o které není v naší pomáhající profesi nouze. Kde jinde než v této oblasti jsou teoretické znalosti mechanismu působení a postupů v boji se závislostí tak důležité. A právě dílo Jaroslava Skály tyto poznatky poskytuje měrou vrchovatou. Na jeho díle je pozoruhodná preciznost a efektivnost postupů, které vznikly kombinací poznatků z různých oborů jasně směřující ke svému cíli léčbě závislosti a pomoci pacientům k návratu zpět do života.

6.1 Arnoštka Mat'ová o sobě, Apolináři a Skálovi

S Jaroslavem Skálou se seznámila, když v roce 1949 zastupoval jejího lékaře v Ústavu národního zdraví na Vinohradech, v poradně dušení hygieny a

protialkoholní poradně. Zaujal ji jeho zápal pro léčbu alkoholiků. 1. 1. 1950 nastoupila do rozvíjejícího se Apolináře. „*Prostory se rozšiřovaly a současně byl tvořen léčebný program a v něm byly uplatňovány ve stále větší míře psychoterapeutické prvky*“ (Skála 1998, s. 102). Arnoštka Mařová hodnotila Jaroslava Skálu jako velice skromného člověka, u kterého obdivovala jeho schopnost čerpat inspiraci pro jeho práci ze vzdálených oborů. „*O těch mnohých letech prožitých od roku 1949 blízko Jaroslava, vedle něho a s ním by se toho dalo mnoho napsat... . Jak jsme se životem prodírali, někdy i na sluníčku vyhřívali, nezdolal nás déšť ani mlha, ve které jsme se někdy pohybovali, a hlavně že jsme mnohým posvětili na cestu*“ (Skála 1998, s. 104).

6.2 Na závěr slova jeho pokračovatelů

„*Odborná obec vyjadřuje dík člověku, který stál u zrodu oboru léčby závislosti v naší zemi a během celé své profesionální kariéry obětavě pomáhal svým kolegům dále obor rozvíjet ku prospěchu našich pacientů.*“

MUDr. Petr Popov

Primář Apolináře – Oddělení léčby závislostí VFN v Praze, předseda Společnosti pro návykové nemoci ČLS J. E. Purkyně

(Zaostřeno na drogy 1/2008 vydává Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1, s. 11).

„*Jeho schopnost svobodně myslet a uskutečňovat cokoli, co skýtalo sebemenší naději na úspěch, a při tom mohlo být prospěšné lidem, byla nesouměřitelná! Jeho vytrvalost, poctivost a sebekritičnost nevídaná.*“

PhDr. Jiří Růžička, PhD.

rektor Pražské vysoké školy psychosociálních studií, místopředseda České psychoterapeutické společnosti ČLS J. E. Purkyně

(Zaostřeno na drogy 1/2008 vydává Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1, s. 11).

„Dobře, že Skálovi následovníci nad jeho rakví nesoupeřili o to, kdo je pravým následovníkem, a třeba se víc sblížili. Co mají tyto různorodí lidé společného kromě toho, že jejich život a dráhu silně ovlivnila mnohorozměrná osobnost patriarchy? Šťastné dědictví, které má tolik dědiců!...když nikdo z nich nechce být jediným. A zajímavý ten, kdo tohle dokázal.“

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Centrum adiktologie – odborné pracoviště Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Odborná rada SUR.

(Zaostřeno na drogy 1/2008 vydává Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1, str. 11).

6.3 Apolinářský pochod

Apolinářský pochod symbolizuje naději v nikdy nekončícím boji se závislostí a možnosti opřít se o pomoc druhých, což bych rád jako určité motto vyzdvihl na závěr své bakalářské práce.

Apolinářský pochod

„Pojďte jen, pojd'te jen, pojd'te s námi,

život je strom košatý.

Minulost „odříhost“ trapně známý,

ať se nám nelepí na paty.

Všechno co nás ke včerejšku váže,

z módy je jak stará kravata.

Kdo ji rázně strhnout nedokáže,

staví zítřek z bláta.

Pojďte jen, pojd'te jen, pojd'te s námi,

ten, kdo chce, dojde i bez nohou.

Jenom když odhodí staré krámy,

ostatní pomohou“ (Skála 1998, s. 105).

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

KALINA, K. *Terapeutická komunita – obecný model a jeho uplatnění v léčbě závislostí*, Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2449-2.

MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*, Praha: Empatie, 1995. ISBN 80-901618-9.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-267-6.

POPOV, P. z medailonu doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. předneseného při příležitosti předání Ceny adiktologie za celoživotní dílo a přínos oboru, 29.6.2006.

SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy: abusus a závislost*, Praha: Avicenum, 1986.

SKÁLA, J. *Alkohol a vy*, Praha: Ústav zdravotní výchovy, 1988.

SKÁLA, J. *Alkoholismus: Terminologie, diagnostika, léčba a prevence*, Praha: SZdN, 1957.

SKÁLA, J. *Až na dno!?: Fakta o alkoholu a jiných návykových látkách : Zneužívání a závislost*, Praha : Avicenum, 1988.

SKÁLA, J. *Člověk + alkohol : alkoholismus a protialkoholní boj : informativní odborná pomůcka, určená protialkoholním poradnám, sociálním pracovníkům i pracovním a protialkohol. bojovníkům jakož i záchytným stanicím*, Praha: Protialkoholní oddělení státní psychiatrické kliniky prof. Myslivečka, 1952.

SKÁLA, J. *Lékařův maraton: ber a dávej*, Praha : Český spisovatel, 1998, ISBN 80-202-0663-9.

SKÁLA, J. *Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomániemi*, Praha: Avicenum, 1982.

SKÁLA, J. A KOL. *Organizace a metodika boje proti alkoholismu*, Praha: Sten, 1957.

SKÁLA, J. *O alkoholismu*, Praha: Ústř. úst. zdravot. osvěty, 1959.

SKÁLA, J. *O pití alkoholických nápojů*, Praha: Výzkumný ústav zdravotnické osvěty 1953.

SKÁLA, J. *Psychoterapie II.: sborník přednášek: Psychoterapeutická fakulta 1992/93/* editor Jaroslav Skála, Praha: Triton 1993.

SKÁLA JAROSLAV, *Psychoterapie III.: sborník přednášek*, Praha: Triton, 1994, ISBN 80-85875-02-0.

SKÁLA, J. *Sborník studií o abúzu alkoholu a jiných návykových látek/ red. Luděk Kubička*, Praha: Výzkum. ústav psychiatrický, 1982.

SKÁLA, J. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*, Praha: Avicenum, 1987.

SKÁLA, J., MAŤOVÁ, A. A KOL., *Úkoly sociálních pracovníků v protialkoholních zařízeních*, Brno : Ústav pro další vzdělávání stř. zdravot. prac., 1973.

ÚŘAD VLÁDY ČR, *Zaostřeno na drogy 1/2008*, ročník šestý, Praha: Úřad vlády ČR, 2008.

TABUS, R. *Třináctý stupeň blaženosti*, (z pol. přel. Jiří Fiedler, předml. Jan Beránek, doslov Jaroslav Skála), Praha: Avicenum, 1984.

Internetové zdroje

Paměť 20. století. [online]. [cit 2011-7-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/1162896187-pamet-20-stoleti/20456226254/>>.

Zemřel zakladatel první protialkoholní stanice Skála. [online]. [cit 2011-8-7]. Dostupné na WWW: <<http://www.novinky.cz/domaci/127616-zemrel-zakladatel-prvni-protialkoholni-stanice-skala.html>>.

Jaroslav Skála zemřel. [online]. [cit 2011-8-7]. Dostupné na WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/jaroslav_skala_zemrel>.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Ivan Veber

Obor: speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Život a dílo doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc. a jeho přínos pro současnost

Rok: 2009/2012

Počet stran bez příloh: 76

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 21

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová Ph. D.