

The First Facility for the Institutional Treatment of Alcohol Dependence in the Czechoslovak Republic: Case Study of the Tuchlov Treatment Facility (1923–1938)

Šejvl, J., Miovský, M.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation | Šejvl, J., Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 68–78.

Background | The inpatient alcohol treatment has a continuous tradition dating to 1948 in what is now the Czech Republic. The foundations for the so-called Apolinar Addiction Treatment Model were laid down by Jaroslav Skála in 1948. There were three institutional inpatient facilities specialising in the treatment of alcohol dependency – Velké Kunčice (in operation from 1911 to 1915), Tuchlov (1923–1938), and Istebné nad Oravou (1937–1939) prior to the establishment of the Apolinar treatment facility, neither one of the treatment facilities have been restored after their dissolution. **Aim** | To explore the origin, operation, and dissolution of the specialised inpatient alcohol treatment facility in Tuchlov, the first of its kind in what is now the Czech Republic and describe the system of its operation. **Methods** | Qualitative content analysis

of available historical documents was used to collect the data. The subject matter of the documents was categorised with respect to their association with the creation and development of the phenomenon of institutional inpatient treatment. **Results and conclusion** | Through the agency of the Czechoslovak Temperance Association, the Ministry of Public Health and Physical Education operated the first specialised alcohol dependency treatment institution in Tuchlov (1923 to 1938). The qualitative analysis of historical documents confirmed the efficiency of this fully-fledged institutional treatment facility, the experience of which was used by Jaroslav Skála in creating and developing the Apolinar Addiction Treatment Model, while the program in Tuchlov was one of the first complex clinical experiences originating from the Swiss Ellikon model.

Keywords | P. Bedřich Konařík-Bečvan – Tuchlov – Alcohol addiction – History of treatment – Treatment programme – Institutional treatment – Qualitative document content analysis – Ellikon model

Submitted | 3 May 2018

Accepted | 1 August 2018

Grants support | Institutional support was provided by GAUK No. 12902/2018, Progres No. Q06/LF1, and specific-purposes support from the Ministry of Health of the Czech Republic.

Correspondence address | Jaroslav Šejvl, Department of Addictology First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938)

Šejvl, J., Mioviský, M.

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

Citace | Šejvl, J., Mioviský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 68–78.

Východiska | Proti alkoholní ústavní léčba má na našem území od roku 1948 kontinuální tradici. Základ tzv. apolinářského modelu léčby závislosti byl položen v roce 1948 Jaroslavem Skálou. Před založením léčby u Apolináře existovala tři specializovaná institucionalizovaná ústavní zařízení, která byla zaměřena na léčbu závislosti na alkoholu – Velké Kunčice (1911–1915), Tuchlov (1923–1938) a Istebné nad Oravou (1937–1939), ani jedna z léčeben nebyla po svém zániku obnovena. **Cíle** | Zmapovat historii vzniku, provozu a zániku prvního československého specializovaného lůžkového zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu v Tuchlově a popsat systém jeho fungování. **Metody** | Pro sběr dat byla použita obsahová kvalitativní analýza fixovaných historických dokumentů, které byly sestaveny podle vzájemného tematického vztahu

vkontextu vzniku a vývoje fenoménu institucionalizované ústavní léčby. **Výsledky a závěr** | Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy prostřednictvím Československého abstinentního spolku zajistilo provoz první specializované ústavní léčebny pro závislost na alkoholu v Tuchlově (1923–1938). Kvalitativní analýza historických dokumentů potvrdila funkčnost tohoto plně hodnotného institucionalizovaného léčebného zařízení, kdy z jeho zkušeností čerpal později mj. také Jaroslav Skála při budování a rozvoji tzv. „apolinářského modelu léčby závislosti“ a uvedený program v Tuchlově byl jednou z prvních ucelených klinických zkušeností vycházející z modelu švýcarského Ellikonu.

Klíčová slova | P. Bedřich Konařík-Bečvan – Tuchlov – Závislost na alkoholu – Historie léčby – Léčebný program – Institucionalizovaná léčba – Model Ellikon – Kvalitativní obsahová analýza dokumentů

Došlo do redakce | 3. května 2018

Přijato k tisku | 1. srpna 2018

Grantová podpora | Tento článek byl zpracován v rámci grantu GAUK č. 12902/2018 a podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a účelové podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Korespondenční adresa | Mgr. Jaroslav Šejvl, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU NA POČÁTKU 20. STOLETÍ NA NAŠEM ÚZEMÍ

Přístupy k pacientům závislým na alkoholu a k léčebným postupům realizovaným v minulosti nám mohou být i v dnešní době inspirací a motivací k určitým změnám a k překonání stereotypů a paradigmat v našem oboru. Inspirativní přístupy můžeme nalézt i v prvních zařízeních svého druhu na našem území – Velké Kunčice, Tuchlov a Istebné nad Oravou, kdy tato zařízení byla minimálním způsobem korigována právními předpisy, a naopak umožňovala velmi individuální a specifický přístup ke každému pacientovi.

Již ve čtyřicátých a padesátých letech 19. století vznikaly v Evropě první svépomocné protialkoholní spolky (Miovský et al., 2015, p. 527–538), protialkoholní léčebny¹ a další abstinenci orientované pomocné organizace a struktury. V tomto ohledu se jedná o dvě nejstarší linie zakládající tradici, ze které dnes čerpá moderní adiktologie v České republice. Cílem těchto institucí bylo jednak zajišťovat specifickou ústavní léčbu, která je zaměřena na individuální potřeby závislých na alkoholu, a podporovat je v rámci následné péče i po ukončení léčby, ale rovněž upozorňovat na zdravotní, sociální a hospodářská rizika, která jsou spojena s užíváním alkoholu; působit i preventivně (např. Písecký, 1913, p. 75–77; Foerster, 1913, p. 110–112). Tyto aktivity na našem území vycházely zpravidla z vědeckých poznatků převzatých ze zahraničních léčeben (Švédsko, Švýcarsko, Německá říše), jejichž zkušenosti byly prezentovány na mezinárodních protialkoholních kongresech – zejm. Vídeň (1901), Stockholm (1907), Londýn (1909), Haag (1911), Milán (1913) a Kodaň (1923).

V letech 1911–1912 se v Rakousku-Uhersku vyrobilo 25.585.740 hl piva, 6.200.000 hl vína a 2.971.781 hl čistého alkoholu, který byl použit jak k přímé konzumaci, tak i k výrobě jiných alkoholických nápojů. V Čechách a na Moravě se z uvedeného množství vyrobilo 12.221.823 hl piva a 376.000 hl čistého alkoholu (Beneš, 1947, p. 23–25). V roce 1912 získal stát na tzv. kořalečné dani 62.835.986,- K, na dani pivní 62.062.889,- K a na dani z vína 8.561.323,- K; výdaje spojené s provozem nemocnic, blázinců, věznic a chudobinců, kam byly umístěny oběti alkoholu, výlohy na četnictvo, policii a soudnictví, nejsou známy (kol. autorů, 1913, p. 47).

K problematice užívání alkoholu vycházelo velké množství odborných publikací, které se zabývaly rovněž společenskou a zdravotní rovinou tohoto fenoménu. V roce 1912 vyšlo první vydání Masarykova pojednání „O ethice a alkoholismu“. Masaryk zde představuje alkoholismus jako „chronický, degenerativní proces celého duševního žití, jest

docela patrně subethický, neethický a protiethický celkový stav jedince a společnosti“ (Masaryk, 1920, p. 7). Ve společnosti se prosazuje myšlenka nutnosti existence ústavního léčebného zařízení zaměřeného na léčbu závislosti a v roce 1911 vzniká první specializované institucionalizované léčebné zařízení ve Velkých Kunčicích (Šejvl & Miovský, 2017, p. 134–146). Zařízení fungovalo až do roku 1915, kdy v důsledku první světové války ukončuje svoji činnost. Zakladatelem tohoto léčebného zařízení byl P. Bedřich Konařík (Šejvl, 2017, p. 173–176).

Myšlenkou systematického léčení alkoholismu se zabývalo Ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy již od roku 1919. Prvotní myšlenka byla zaměřena na založení tří samostatných státních léčebných zařízení – pro muže, ženy a pro nevyčísitelné alkoholiky. S ohledem na časté personální změny na ministerstvu bylo jakékoli zásadní rozhodnutí oddalováno (Konařík, 1934, p. 47). Následně je pověřen založením léčebného ústavu Československý abstinentský svaz (dále jen „ČSAS“); ten vzniká v roce 1922 a jeho stanovy byly schváleny výnosem ministra vnitra č. 75844/22–6, ze dne 12. října 1922. ČSAS byl soubornou ústřední organizací všech² protialkoholních a abstinentských sdružení a odborů Republiky československé. Mezi ústřední aktivity ČSAS patřily: i) výchovná, osvětová a kulturní činnost (pořádání přednášek, vzdělávacích schůzí, populární i vědecké kurzy, vzdělávání a vydávání materiálů s protialkoholní tematikou a péče o protialkoholní, zdravotnické vyučování); ii) sociálně-hygienická činnost (zakládání a řízení léčebných ústavů a poraden založených na principech abstinence, zakládání nealkoholických levných jídelen, restaurací a hotelů, zřízení prodejen mléka a ovoce, podpora výroby a rozšiřování prodeje nealkoholických nápojů); iii) sociální aktivity v širším smyslu (spolupůsobení k nápravě společenských poměrů a podpora institucí prosazujících abstinentský přístup); iv) aktivity v zákonodárné oblasti (prosazování vydávání protialkoholních zákonů a nařízení různé právní síly, zákonná ochrana mládeže, dělnictva, úprava a omezení výroby a prodeje lihovin až k místním zákazníkům – tzv. local option) a aktivity organizační (zřízení protialkoholních a abstinentských organizací) (SÚA, 1922).

Nepochybný přínos pro rozvoj protialkoholních aktivit měla i změna národní legislativy. Dne 17. února 1922 byl schválen zákon č. 86/1922 Sb., kterým se omezuje podávání alkoholických nápojů. Nacházíme zde poprvé taxativní výčet alkoholických nápojů a stanovení věkové hranice, od které se smí užívat alkoholní nápoje. Zákon byl prováděn do praxe Nařízením vlády Republiky československé č. 174/1922 Sb. ze dne 13. června 1922. Původně měl být první léčebný ústav zřízen v Šumperku, ale Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy nakonec rozhodlo pro dislokaci v Tuchlově. Na základě tohoto rozhodnutí uvolnilo finanční hotovost ve výši 500.000,- Kč na odkup Ledeburova loveckého zámku Tuchlov v Křemýži u Teplíc – Šanova. Novým majitelem se ke dni 1. ledna 1923

1 | První specifické ústavní léčebné zařízení vzniklo v roce 1850 v Lintorfu u Düsseldorfu (Skála, 1957a, p. 93).

2 | Zemských, župních a místních organizací.

stal Československý abstinentní svaz, jehož prostřednictvím ministerstvo protialkoholní léčebnu provozovalo.

Analýza byla provedena ve formátu jednoduché historické případové studie instituce, kdy autoři provedli identifikaci historických pramenů a v několika kolech provedli základní review a archivní výzkum. Následně provedli fixaci klasifikaci získaných pramenů a jejich obsahovou analýzu (viz také Miovský, 2006). Prameny setřídili podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu a vývoje ve vztahu k léčebnému zařízení v Tuchlově a k fenoménu institucionální ústavní léčby závislosti na alkoholu. Základním výchozím bodem byla identifikace historických dokumentů, jejich fixace, setřídění, popis a kategorizace (Mioviský, 2006, p. 98–103). Následovala fáze definování základních jednotek, tvorba systému kategorií a k nim přiřazení odpovídajících kódů. Postup při obsahové analýze odpovídal pojetí Plichtové (1996, p. 311–313), kdy jednotlivé procedury byly rozděleny do vzájemně propojených fází. V rámci analýzy jsme využívali různých jednodušších metod podle Milese a Hubermana (1994), vč. např. metody vyhledávání vzorců. Podobný metodologický postup byl uplatněn již v dříve publikované studii zabývající se případovou studií zařízení ve Velkých Kunčicích (Šejvl & Mioviský, 2017, p. 134–146).

2 FILOZOFIE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU V TUCHLOVĚ

Při nastavení léčebného procesu pro tuchlovskou léčebnu čerpal Konařík jednak ze svých zkušeností, které získal při svých pracovních cestách ve Švýcarsku (Ellikon), Švédsku (Eolshäll) a Německé říši, kde se podrobně seznámil s jednotlivými přístupy k léčbě závislosti na alkoholu, s jejich výhodami a nevýhodami. A samozřejmě neméně významným faktorem byla vlastní zkušenost se zřízením a provozováním prvního specifického léčebného zařízení na našem území – abstinentním penzionátem Hospic U Zlaté hvězdy ve Velkých Kunčicích (podrobněji viz Šejvl & Mioviský, 2017, p. 134–146). S ohledem na získané komplexní teoretické znalosti v problematice léčby závislosti na alkoholu a dlouholetou praxi, podporenou zkušenostmi ředitele léčebny ve Velkých Kunčicích, popisuje Konařík filozofii léčby, vycházející ze čtyř epoch – trest (juristika, právo), obrácení (teologie), výchova (pedagogika) a léčba (lékařství) (Konařík, 1934, p. 9–11). Juristické pojetí bylo podle Konaříka (1934, p. 10) založeno na principu, že člověka, který se díky požívání alkoholu dostal do rozporu se zákonem a zájmy společnosti, je nutné potrestat. Toto pojetí tak víceméně profilově odpovídá dnešnímu pojetí a měřítkům tzv. morálnímu modelu závislosti (viz např. Millerová, 2013). Trest jako takový, aplikovaný sám o sobě, ale jen málokdy vede k požadovanému cíli, pokud absentuje výchovné působení. Teologický fragment léčby vycházel z pojetí člověka, jehož jedinou možnou záchranou je pomoc od Boha. Takové působení má smysl ve fázi, kdy je nutné, aby se „píják vzpamatoval“. Konařík cituje Forelovu myšlenku z Haagu,

kde se k tématu náboženství v protialkoholní léčbě vyjádřil takto: „... musím se s velkým důrazem vyslovit proti šablonovitému zacházení s pijáký, a proto také proti náboženskému proselytismu v léčebnách. Náboženský vliv jest pro náboženskou povahu jistě velmi dobrý. Ostatní jsou však odráženi náboženskou dotěrností a nátlakem. Potřebujeme proto nábožensky neutrální léčebny i spolky. Náboženské ústavy jsou oprávněny jenom pro příslušníky konfese, nikoli pro všeobecnost“ (Konařík, 1934, p. 26). V tomto smyslu Konařík navazoval na existující tradici zapojení některých duchovních, o němž referuje již Karel Adámek ve své publikaci z roku 1884 (Adámek, 1884), a má vztah profilově k později formulované spirituální rovině závislosti a jejich modelu (Kalina, 2015, p. 101–124). Pedagogické působení je významné zejména u pacientů, kteří nejsou věřící nebo „nejsou přístupní náboženské výchově“, a ti se nechají přesvědčit zejména rozumovými důvody o škodlivosti alkoholismu. Základem pro takové působení je bezalkoholní prostředí (Konařík, 1934, p. 10). Konařík považoval za významné, aby vedle náboženského působení probíhala i systematická výchova osobnosti pacienta, pravidelné rozdělení práce a odpočinku podle pevného řádu. „Práci byl přiznán úkol jako důležitému faktoru, čímž byl dán základ k léčení prací (Arbeitstherapie), podporovanému náboženským a etickým³ působením“ (Konařík, 1934, p. 11). Výchova pacienta měla být založena na čtyřech základních atributech: i) vzbudit svědomí, ii) rozmnožit poznání, iii) vychovat cit a iv) ozbrojit vůli (Konařík, 1934, p. 24).

Použití medikace při léčbě závislosti na alkoholu procházelo ve 20. a 30. letech prvními pokusy a tvořilo součást pozvolna se rodícího biologického modelu závislosti (viz Millerová, 2013). Významnou osobností v této oblasti byl zakladatel léčebného sanatoria Vita Nova MUDr. Jan Šimsa, který byl rovněž prvním ošetřujícím lékařem v Tuchlově (Popov, 2017, p. 69–170). Byly zahrnuty tzv. „záračné prostředky – zinkové preparáty, bichlorid zlatitý, strychnin apod. Určité úspěchy byly s Veratrinem, zejména jako prostředku proti tremensu pijáků“ (Konařík, 1934, p. 11–12). Již v roce 1925 slovenský lékař Svíték-Spitzer referuje o zavedení odvykací apomorfinové kúry, založené na podkladě Pavlovova učení o podmíněných reflexech (Skála, 1957a, p. 96). V roce 1933 využil Bodart specifických vlastností emetinu, aby jeho prostřednictvím prováděl „desintoxikační kúru“, která měla vyvolat odpor proti alkoholu. Při této léčbě nemocný nezvracel (Skála, 1957b, p. 52).

3 KONTEXT ZŘÍZENÍ LÉČEBNY

Léčebna v Tuchlově byla zřízena výnosem Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy ze dne 31. prosince 1923, č. 42710/III ai 1923⁴. Hlavními spoluzaklada-

3|Konařík upozorňuje na žádost Dr. Andersena, pronesenou na kongresu v Miláně (1913): „...aby nemocný chloholemužívalosenázvupacientmístochovanec“ (Konařík, 1934, p. 14).

4|Výnos zemského úřadu v Praze ze dne 9. ledna 1924, č. 22714 ai 1924/22 D – 144/10 ai 23.

teli byli Břetislav Foustka a Bedřich Konařík. Mezi další významné osobnosti, které pomáhaly vzniku léčebny, patřili Hynek Fügner (protektor Tuchlova) a výše zmíněný MUDr. Jan Šimsa (první ošetřující lékař). P. Bedřich Konařík byl jmenován nejen správcem léčebny⁵, ale i vychovatelem; první pacient nastoupil léčbu dne 1. listopadu 1923. Kapacita ústavu byla stanovena pro 50 pacientů.

Počátky fungování léčebny nebyly jednoduché, kapacitně se léčebna naplnila až ve 30. letech a do té doby se potýkala i s finančními problémy. Ještě v roce 1926 nebyly splněny všechny podmínky, které byly stanoveny v prozatímní kolaudaci v roce 1923⁶, a vedení protialkoholního ústavu bylo upozorněno, že se jedná o podmíněné/dočasné oprávnění k provozování léčebny. Plné užívání léčebného zařízení bylo schváleno dne 18. ledna 1936⁷.

4 LÉČEBNÝ REŽIM

Před přijetím do ústavu prošli pacienti vstupní lékařskou prohlídkou. Lékařskou péči v prvních letech provozu zajišťovali MUDr. Jan Šimsa a MUDr. Emil Sachs. Zejména u Šimsy se jednalo o dočasně pro něj složitě řešení, které bylo s ohledem na jeho praxi provozovanou v Praze velmi časově komplikované. Šimsa měl současně velké množství dalších odborných aktivit (Popov, 2017, p. 168–172) limitujících jeho reálnou kapacitu pro práci lékaře pro provoz v Tuchlově. Následně zdravotní péči o pacienty proto převzal v roce 1933 MUDr. Jan Hroch, který byl lázeňským lékařem v Teplicích – Šanově.

Prohlídka musela být důkladná, a to jak z hlediska duševního, tak i fyzického zdraví. „Psychiatrické vyšetření jest potřebné pro zjištění psychopatů a pro diagnosu jednotlivých úkazů nemoci, chronického alkoholismu s jeho patologickým opojením, stavů zatemnění duševního, alkoholické epilepsie, deliria, halucinací, Korsakovy psychosy, cirkulárních duševních poruch měnitelné povahy.“ Lékař rovněž stanovoval stravovací režim pacienta, případnou dietu a vhodný typ vodoléčby (Konařík, 1936, p. 16, 67). Pravidla při přijímání pacientů nedovoľovala přijmout duševně nemocné pacienty.

Pokud byl pacient přijat do léčby, musel začít okamžitě abstinovat, a to i přes subjektivně nepříjemné pocity, které případně prožíval. Obtíže pociťovali zejména pacienti, kteří „poslední dny před vstupem do ústavu nadměrně pili ostré, koncentrované lihoviny. Tu se dostaví typické alkoholické zvracení, trocha žaludečních a střevních potíží, zvýšený třes rukou, někdy i halucinační stavy. To trvá nejdéle tři dny. Pak se dostavuje pomalu chuť k jídlu a k životu a také třes končetin mizí, až po čtrnácti dnech není po něm stopy.“ V případech, kdy byl pacient v deliriu, nebo delirium hrozilo, byl aplikován intravenózně Devenan, u těžších stavů až 4 g denně.

V případě nespavosti byl v podvečer aplikován Priessnitzův⁸ obklad a teprve v případě úporné nespavosti lékař aplikoval farmakologickou léčbu. Léčebna byla zaměřena na odvykání závislosti na alkoholu, takže užívání tabáku bylo v léčebně povoleno, byť bylo omezováno. V případech, kdy se personál ústavu snažil zakázat kouření, pacienti abstinenci od obou látek nezvládali a recidivovali. Možnost kouřit během pobytu nebyla neomezená, tabák museli mít pacienti uložený u správy ústavu a byl jim vydáván na požádání (Konařík, 1936, p. 65–66).

Důraz byl během celého pobytu v ústavu kladen na udržování domácího řádu a zaměstnání pacientů. Práceschopní pacienti se od jara do podzimu zabývali zahradnickými pracemi v zámeckém parku, na poli a zelinářské zahradě. Pro zájemce byla k dispozici truhlářská, zámečnická a knihařská dílna. Díky manuální zručnosti pacientů byla léčebna do jisté míry samostatná – pacienti udržovali a opravovali budovy léčebny, provedli rekonstrukci skleníku, pařenišť a plotu. Pacienti, kteří nebyli schopni manuální práce, se účastnili ranního tělocviku a přes den se věnovali odbornému studiu, studiu jazyků a dalším duševním aktivitám (Foustka, 1935). Konařík se v této oblasti ztotožňuje se Steinem, kdy cituje jeho referát v Haagu z roku 1911: „Nejpůsobivější podporou všeho psychického léčení jest systematická a důsledně prováděná práce. Práce jest nejpůsobivějším činitelem sebekázně. Výchova našich pacientů k abstinenci, ať již pomocí sebezpoznavací nebo hypnotické sugesce, psychoanalysy nebo jiných prostředků, má pouze tehdy naději na úspěch, vrátíme-li pacienty k systematické práci, vyvoláme-li radost ze zdařeného denního díla a nahradíme-li falešné alkoholické přečeňování správným sebedůvědomím“ (Konařík, 1934, p. 20).

Součástí léčebného procesu byly i relaxační a pohybové aktivity. Kromě již zmiňované fyzické práce a ranního tělocviku byla v roce 1929 otevřena vodoléčba, třikrát týdně masáže, zábaly, koupele, sprchy, stříky (teplou i studenou vodou), střídavé lázně podle potřeby, Priessnitzovy zábaly, teplá a horkovzdušná lázeň. Mezi střechami budovy byly vytvořeny sluneční lázně. Od roku 1931 byly k dispozici i parní lázně s vysokofrekvenčním aparátem a vana pro jehličnaté a uhličité lázně.

Jak vyplývá z výroční zprávy za rok 1935, léčebna disponovala vlastní knihovnou a aplikovala „biblioterapii“; vedení léčebny dbalo na to, aby měl každý pacient na výběr takové knihy, které odpovídaly jeho vzdělání, povaze a náladám. Vedení ústavu pořádalo odborné přednášky s protialkoholní a cestovatelskou tematikou. V rámci resocializace a vhodného trávení volného času navštěvovali pacienti teplické divadlo a kino, večer mohli v léčebně hrát kulečnické a účastnit se společenských zábav. Součástí léčebného pobytu byla i pohybová aktivita. Konařík chodil s pacienty do Středohoří a Rudohoří nejen na kratší procházky, ale i na delší túry – např. Dubí (12 km), Cin-

5 | Ke dni 1. října 1923.

6 | Viz Výnos zemského úřadu ze dne 23. března 1926 č. 36280 a i 1926/22D–303/23 a i 25.

7 | Výměr Ministerstva zdravotnictví č. 4526/4 ze dne 18. ledna 1936.

8 | Vinzenz Priessnitz je považován za zakladatele přírodního léčitelství. Dále se zaměřoval na léčbu prací, čerstvým vzduchem a čistou horskou vodou, čímž položil základy hydroterapie.

nvald (20 km), Komáří vížka (20 km), Nakléřov (26 km), Bouřňák (19 km). S pacienty se vypravoval i na výlety do českých měst a jedenkrát ročně autobusem do Drážďan. Výjimkou nebyly návštěvy saského pomezí, Dubicka, Milešovy (18 km), vrchu Střekova (28 km).

Faktory, které považoval Konařík za významné, byly strava a nápoje, které měli pacienti po dobu pobytu v léčebně. Strava měla být „mírná a nedráždivá s ohledem na utrpěné poškození nervového systému, zažívacího traktu a žláz. Jest zamítnouti jídla ostře solená a kořeněná. Nutno dále omeziti nemírné požívání masa a navykati pacienty na jednoduchý, nenáročný způsob života. Při Basedovově nemoci, při těžkých žaludečních a střevních chorobách jest na kratší či delší dobu masitý pokrm zakázati. Pokrmy musejí býti upraveny chutně a podávány v dostatečné míře. Žízeň jest hasiti dobrou vodou. Někdy lze použítí ovocných šťáv a nápoj s kyselinou uhličitou“ (Konařík, 1934, p. 22).

Medikace pacienta byla s ohledem na tehdejší rozvoj farmakologie v oblasti léčby závislosti na alkoholu doplňkových faktorem. V případě neklidu pacienta nebo nespavosti byl aplikován chloralhydrát, brom nebo hyosin. Nebyly předepisovány léky s alkoholickými extrakty; při vtírání léčiv se nepožívaly tekutiny s jakýmkoli obsahem alkoholu.

Během svého působení vedl Konařík statistiku léčených pacientů. V prvních třech letech byl stabilně nižší počet pacientů (nepřesáhl 11) zejména s ohledem na relativní nezáměr společnosti. V roce 1926 klesl počet stálých pacientů na 3 a hrozil zánik léčebny. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy založilo nadační fond, ze kterého se hradil pobyt nemajetných pacientů. V roce 1927 se zvýšil počet pacientů na 18, v roce 1928 se pohyboval v průběhu roku od 6 do 25, v letech 1930 od 8 do 26, v roce 1931 mezi 8 a 30 a od roku 1932 byl stabilizován v počtu 20–22 stálých pacientů (Konařík, 1934, p. 48–49). Nízká obsazenost léčebny v prvních letech měla, podle Konaříka, několik racionálních důvodů:

1. „Předně nebylo právního podkladu v čsl. zákoníku pro internování alkoholiků v Tuchlově, ...
2. nebylo také zákonného podkladu pro úhradu ústavního léčení ...,
3. nebylo ani zákona, kterým by pacient byl nucen zůstatí v ústavě šestiměsíční dobu, potřebnou k vyléčení ...,
4. ministerská podpora daleko nestačila udržovat všechny nezáměrné žadatele ...,
5. ... zdravotní stav pacienta, který vyžadoval rychlý převoz z Tuchlova do teplické nemocnice nebo domů ...“ (Konařík, n. d., p. 1–4).

K dispozici máme statistická data od roku 1923 do roku 1930. Není bez zajímavosti, že Konařík nesledoval ve svých datech pacienty z hlediska náboženského, neboť zastával myšlenku, že této nemoci není ušetřen žádný člen náboženství a žádné náboženství nemá takový vliv, aby alkoholismus mohlo vyléčit.

Doba léčení byla stanovena na 6 měsíců. Kratší dobu byla považována za neefektivní a byla hodnocena jako

riziko recidivy. Maximální délka léčebného pobytu nebyla stanovena, ale ústavní léčba delší než 12 měsíců nebyla doporučována a byla zcela výjimečná. Problémem, se kterým se léčebna potýkala v rámci svého přístupu založeného na dobrovolnosti, byl předčasný odchod pacientů – mezi hlavní důvody patřily: „nedostatečná podpora příslušné instituce, vypjatý erotism, nerozumné dopisy žen, přílišná sebedůvěra, finanční komplikace“ (Konařík, 1934, p. 51–52). Někteří pacienti byli rovněž za hrubé porušení domácího řádu propuštěni z léčebny. Jednalo se zejména o přinášení lihovin do ústavu, noční úteky končící recidivou a hrubé porušování léčebného režimu zejména narušováním terapeutického procesu.

Úhrada za pobyt v léčebně byla odvislá od typu plátce. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy proplácelo tuchlovské léčebně platby nepojištěnců (nemajetných pacientů). Pro rok si vyhradilo využití maximálně 200 ošetrovacích dnů při denní úhradě 25 Kč. V případě poskytnutí dotace na pobyt nemajetného pacienta v léčebně rozhodoval o tom, který pacient bude přijat, donátor. Rozdíl byl rovněž v délce pobytu. Ministerstvo standardně proplácelo nemajetnému pacientovi pobyt v délce 3 měsíců; v případě potřeby delšího pobytu, musela být žádost odůvodněna (MZ, 1928). Úhrada samoplátců byla ve II. třídě stanovena na 32 Kč za každý den.

Denní náklady na stravu se v průběhu let mírně zvyšovaly, kdy v roce 1923 činily 8,18 Kč a v roce 1936 to bylo 9,18 Kč. (Tabulky 1–4.)

p. č.	národnost	počet pacientů
1	československá	151
2	německá	44
3	ruská	4
4	slovenská	1
	celkem	200

Tabulka 1 | Počet pacientů podlé národnosti v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

p. č.	pohlaví	počet
1	ženy	7
2	muži	193

Tabulka 2 | Rozdělení pacientů podle pohlaví v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

Zdravotní obtíže přijatých pacientů nebyly nijak významné. Od roku 1923 do roku 1934 byl zaznamenán jeden pacient s deliriem „prudkého průběhu“, ve třech případech byla zaznamenána alkoholová epilepsie, která po dvou dnech vymizela, a u dvou pacientů se dostavil halucinační stav, který trval tři dny. V případě diagnostikované dipomanie byla doporučována léčba v ústavech pro nervově choré. Recidiva byla zaznamenána u 31 pacientů, kteří tak absolvovali opakovanou léčbu (Konařík, 1934, p. 57).

Konařík si vedl i záznamy týkající se života pacientů po propuštění z léčebny; třicet pacientů zemřelo „brzy po propuštění“. Jednalo se o pacienty, jejichž nemoc nebyla

zjevná a nebyla diagnostikovaná při příjmu a ani během jejich pobytu v léčebně. Příčiny smrti byly – onemocnění ledvin, jater, vodnatelnost, arteriosklerosa, mrtvice a dvě sebevraždy „v pomatenosti“ (Konařík, 1934, p. 57).

p. č.	povolání	počet pacientů
1	úředníci	49
2	živnostníci	31
3	obchodníci	29
4	učitelé	16
5	dělníci	11
6	rolníci	11
7	inženýři	9
8	lékaři	5
9	vojsko	5
10	stavitelé	3
11	advokáti	2
12	duchovní	1
13	ostatní	28
	celkem	200

Tabulka3|Rozdělení pacientů podle povolání v letech 1923–1930 (Konařík, n.d.)

p. č.	způsob financování	počet pacientů
1	Min. veř. zdrav – částečně	19
2	Min. veř. zdrav – úplně	41
3	Léčebný fond	10
4	Všeob. pens. a nemoc. pokladna soukr. úředníků	7
5	Jiné pojišťovny	11
6	Samí, příbuzní, zaměstnavatelé	112

Tabulka4|Počty pacientů podle způsobu financování léčebného pobytu v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

Do léčebny byli přijímáni rovněž pacienti, kteří buď již v průběhu léčby, nebo po jejím ukončení recidivovali, a rovněž pacienti, kteří byli považováni za nevyléčitelné. První případ se týkal zejména pacientů, kteří si opatřovali alkohol již během svého pobytu v léčebně. Feldmann k tomu uvádí, že: „... když seznají pacienti, že někdo z nich si opatřuje a pije lihoviny, o čem ještě správa ústavu neví. ... Nastává konflikt solidarity s kamarádem a společné odpovědnosti za druhu chybujícího, zvláště když nedá nic na přátelské domluvy. My jsme zařídili pro takové případy pomocnou komisi, sestávající ze starších pacientů, kteří jsou v první řadě za to odpovědni, aby se dále nezneužívalo poskytnuté svobody“ (Konařík, 1934, p. 36).

V případech, kdy se recidiva objeví po ukončení léčebného režimu, nemusí nutně znamenat beznadějnost. Může mít i dobrý vliv a může být významným podnětem k další léčbě. K této otázce Konařík cituje Daniče z kongresu v Miláně (1913): „... když nemocný následkem své oslabené vůle nebo neodolatelného pokušení ve svém okolí začne znova pít a opět do svého prvního těžkého stavu upadne, objeví se mu ve světlém okamžiku celá smutná perspektiva životní v plastické

podobě a pacienta zmocní se tak silná deprese, že s velkým napětím vůle začne proti své slabosti vzpírat. Pozoroval jsem ve všech případech, kdy recidivní pacient dobrovolně se podrobil novému ošetření, že vyvinul takovou energii vůle, že následovalo trvalé vyléčení. Ovšem nemám na mysli takové případy, kde těžká morální degenerace je příčinou nebo následkem alkoholismu“ (Konařík, 1934, p. 36).

Otázka pacientů, kteří byli považováni za nevyléčitelné, byla již tehdy poměrně složitá. Pokud byl alkoholismus sekundárním symptomem, nebyla šance na vyléčení považována za reálnou. Opět Daniš k tomu v Haagu uvedl: „... pijáků nutno vždy považovati za nemocného a s tím přesvědčením jej léčiti. Každé jiné pojetí jest falešné a nevede k příznivému výsledku i při sebevětší námaze. Nesmíme však zapomínati, že jsou i takoví pijáci, jež nelze vyléčiti ani přísně provedenou abstinencí a nejpečlivěji vedenou psychoterapií. Jsou takové případy, kdy dalekosáhlá degenerace se tak hluboce zakořenila, že tu je vyloučena každá pomoc“ (Konařík, 1934, p. 37). Poslední skupinu pacientů tvoří ti, jimž byla léčba nařízena soudně. „Ani takoví nedobrovolní léčenci nejsou zatraceni. Záleží vše na povaze a rozumném úsudku pacienta. Zapomene-li na veškerou hořkost, která jej provázela při vstupu do ústavu, ujasní-li si všechny důsledky, co by následovalo, kdyby zůstal ve svém pijáctví doma, orientuje-li se správně všemi směry, pak je záchrany schopen. Mnozí však trpce naříkají na způsob, jakým se do ústavu dostali, a svým kverulantstvím otravují ovzduší po celý pobyt ústavní a konečný výsledek – recidiva co nejrychlejší“ (Konařík, 1934, p. 37). Tienken na kongresu ve Vídni k problematice nevyléčitelných uvedl, že: „pro nevyléčitelné musí se zřídit zvláštní ústavy, v nichž by našli bezpečný domov pro celý život“ (Konařík, 1934, p. 38).

Hlavním faktorem, který předurčoval riziko recidivy, byla vnitřní motivace pacienta. „Nejlepších výsledků bylo docíleno u lidí, kteří přišli do ústavu s přesvědčením, že je opravdu nutné zanechat pijácký zvyk a to nadobro, bez jakýchkoli kompromisů o jedné skleničce a největší mírnosti. Neporušená duševní činnost a spořádané rodinné poměry jsou ovšem vedle této opravdovosti a dobré vůle také podmínkou trvalého úspěchu. Kde tyto tři podmínky byly splněny a vydržela potřebná lhůta léčebná, tam vykazujeme trvalý sedmdesátiprocentní úspěch“ (Konařík, 1934, p. 57).

5 NÁSLEDNÁ PÉČE

Odchodem pacienta z léčebny nebyl považován léčebný proces za ukončený a pacient nebyl považován za vyléčeného. Pro trvalou abstinenci bylo považováno za vhodné, aby pacient vstoupil do jakékoli abstinentské organizace. Současně se Konařík snažil udržovat kontakt se všemi pacienty, kteří opustili léčebnu. V případech, kdy pacienti bydleli nedaleko léčebny, snažil se je osobně navštěvovat. Významným a velmi rizikovým faktorem byl návrat pacienta do zaměstnání. Pokud pacient získal pobytem v léčebně novou profesní kvalifikaci, bylo vhodné volit takové zaměstnání, kde nebude riziko recidivy. V případech, kdy se pacient vracel do původního zaměstnání, bylo riziko recidivy považováno za vyšší.

6 KONTEXT ZÁNÍKU LÉČEBNY

Dne 23. září 1938 ve 22.20 hodin byla vyhlášena Vládní vyhláška⁹, již byla nařízena prezidentem republiky podle § 23 branného zákona mobilizace, a tento den byl stanoven za den vstupu státu československého do branné pohotovosti. Na základě Mnichovské dohody připadla část československého území Německé říši. Dne 1. října 1938 začalo obsazování českého pohraničí německými jednotkami. Tuchlovský zámek¹⁰ byl součástí území postoupeného Německé říši. K ukončení provozu léčebny nejsou dochovány relevantní informace. Není ani známo datum, kdy Konařík opustil Tuchlov, ale letmo se o odchodu zmiňuje v dopisu ze dne 17. 12. 1938, kde píše prof. Svozilovi: „... zapomněl jsem Vám oznámiti změnu adresy po útěku z ústavu“ (SOA Opava, 2017). Další dopis, ve kterém poukazuje na to, že odchod z Tuchlova nebyl úplně snadný, je adresován opět Svozilovi: „... račte mně dát poslat deset výtisků, zbytek nákladu mně totiž v T. byl spálen a já nemám ani jednoho výtisku¹¹ na památku“ (SOA Opava, 2017). Až do 10. října 1938 zůstal v Tuchlově Konaříkův zástupce, kterého vyhnali vojáci (ČAS, 2017). Okupace sudetského prostoru trvala od 1. října 1938 až do 9. května 1945, kdy přes Tuchlov procházela Rudá armáda. Protialkoholní léčebna v Tuchlově po druhé světové válce již nebyla obnovena; spoluzakladatel léčebny, její ředitel a správce P. Bedřich Konařík zemřel dne 22. února 1944 v Praze.

7 DISKUSE A ZÁVĚR

První protialkoholní ústavní zařízení v Československé republice bylo založeno z iniciativy Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy. Bylo logické, že osobou pověřenou k jeho založení byl zvolen P. Bedřich Konařík, který v té době byl pravděpodobně osobou s největšími teoretickými, ale i praktickými zkušenostmi s léčbou závislosti na alkoholu a jako bývalý ředitel protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915) si byl vědom zejména praktických potřeb k provozování takového zařízení (Šejvl & Miovský, 2017, p. 134–146). Léčebna v Tuchlově byla provozována prostřednictvím Československého abstinentního spolku, který byl založen v roce 1922 a na jehož aktivitách se podílely všechny významné osobnosti v oboru. Pro léčebnu byl zvolen bývalý lovecký zámeček v Tuchlově, v severních Čechách. Finanční prostředky pro jeho nákup pro ČSAS uvolnilo ministerstvo, které rovněž po celou dobu existence léčebny finančně přispívalo nejen na jeho hospodářské potřeby, ale hradilo léčebný pobyt nemajetným pacientům. Léčebna se za 15 let své existence nestala nikdy ekonomicky zcela soběstačnou. Do léčby byli přijímáni zpravidla jen motivovaní pacienti, léčebný pobyt byl dobrovolný. Každý pacient mohl kdykoli svobodně léčbu ukončit. V případě recidivy se mohl vrátit zpět do léčebny a absolvovat celý léčebný proces od začátku.

Léčba pacientů závislých na alkoholu byla založena na naprosté abstinenci, která byla nejen prostředkem k léčbě, ale i jeho cílem. Léčebný přístup nepočítal s tím, že by pacienti po propuštění mohli pít alkohol kontrolovaně. Mezi další prostředky, které byly v léčebně používány, patřila edukace pacientů, nácvik pracovních dovedností, resocializace, dodržování pravidel, relaxační a pohybové aktivity a medikace, pokud připadala v úvahu.

Konec léčebny v roce 1938 byl vynucen postoupením pohraničí Německé říši a příchodem německé armády. Léčebna Tuchlov byla jediným zařízením svého druhu na území republiky, kromě krátkého období od roku 1937 do 1939, kdy vznikla obdobná léčebna v Istebnom nad Oravou (Morovicsová & Falisová, 2016, p. 294). Byla plnohodnotným léčebným zařízením a svým přístupem a službami, které nabízela pacientům, se dostala na úroveň protialkoholních léčeben provozovaných v západní Evropě, zejména ve Švýcarsku a Německu.

Konflikt zájmů: Oba autoři jsou bez konfliktu zájmů.

Téma bylo rovněž zpracováno v návrhu článku The First Inpatient Alcohol Treatment Facility in the Czech Republic: case study of the Tuchlov Institution (1923–1938), který by zaslán do redakce časopisu Adiktologie a u kterého probíhá recenzní řízení.

PŘÍLOHY

Kuratorium pro zřízení, udržování a vedení ústavu léčebného v zámku Tuchlově
Majitelem a podnikatelem ústavu v Tuchlově jest Čs. abstinentní svaz v Praze dle intencí vyslovených ve stanovách pod I. b. (schvál. Min. vnitra 12/10 1922 č. 75884/22–6). Zřízením, udržováním a vedením ústavu pověřeno jest kuratorium, následující cíli výtěžných.

Sestavení kuratoria

V kuratoriu zasedají nejméně čtyři členové Čs. abst. svazu, jmenovaní jeho říšským výkonným výborem, jenž také kuratorium doplňuje po úmrtí nebo odstoupení některého člena. Dále zasedají v kuratoriu dva zástupci minist. zdravotnictví a jeden zástupce min. sociální péče. Kuratorium má právo kooptovati dle potřeby jiné členy. Kuratorium je instituce stálá, nevolitelná každého roku, pouze dle potřeby doplňovaná.

Kompetence kuratoria

1. Kuratorium volí si předsedu, jeho zástupce, jednatele, pokladníka a revisora. Jmenuje řídicího lékaře a správce ústavu. Ostatní pomocný personál přijatý říd. lékařem a správcem potvrzuje a všem zaměstnaným určuje plat.
2. Upravuje statut léčebny a personální, jakož i domácí řád ústavu. Pokud je třeba změn, podniká je kuratorium pouze po slyšení říd. lékaře a správce, ač-li nejsou tito zároveň členy kuratoria.
3. Stará se, aby ústav netrpěl újmy po stránce hospodářské a finanční, aby budovy byly udržovány, a schvaluje výda-

9|Vládnívyhláškač.183/1938Sb.z.an.,ovstupustátudobranépohotovosti.

10| Souřadnice 50.6039542N, 13.8136814E.

11| Jednalo se u publikaci Listy sv. Hildegardy z Bingen.

je ústavu. Schvaluje roční zprávy pokladníka a revisora. Rozhoduje o výši platu chovanců, o možných slevách.

4. Čas od času dozírá svými členy, aby ústav i po ideové stránce byl veden bezvadně.
5. Ukáže-li se potřeba, stará se o zvětšení ústavu. Urovnává případné rozpory mezi říd. lékařem a správcem.
6. Případného výtěžku z ústavu používá k vydržování chovných pacientů nebo je skládá pro dobu krise ústavu.
7. Zaručuje splnění těchto maxim:
 - a) Do ústavu mají přístup příslušníci všech konfesí a národností. Z jiných států možno přijmouti pacienty, pouze je-li dostatek místa.
 - b) Nepřijímají se mladí pijáci pod 18 let, slabomyslní, epileptici, zločinné osobnosti, lidé stížení nakažlivou chorobou a zpustlá individua.
 - c) Plat za pobyt v léčebně jest určen dle dvou tříd.
 - d) Slevy se poskytují státním zaměstnancům.

Předsedou kuratoria dle možnosti (je) předseda říšského výkonného výboru Čs. abst. svazu nebo jiný jeho člen. Svolává dle potřeby schůze kuratoria, nejméně 6x do roka. Při rovnosti hlasů rozhoduje svým hlasem. V případě náhlé potřeby rozhoduje bez kuratoria, jemuž svá rozhodnutí dává k dodatečnému rozhodnutí.

Jednatel vede protokol schůzí, podává zprávy o stavu pacientů, prosperitě ústavu a jeho potřebách. Jednatel může však býti i totožný se správcem ústavu.

Pokladník přijímá měsíčně od správce ústavu opisy deníku a doklady účtu, vede hlavní knihu a ke konci roku dělá bilanci.

Revisor přehlíží účty a navrhuje absolutorium pokladníkovi a správci ústavu vždy po uplynutí správního roku.

Funkce členů kuratoria jsou čestné. Hradí se jim pouze hotové výlohy, spojené s revisí ústavu. Pokladník však, jakož i říd. lékař a správce ústavu – jsou-li členy kuratoria, jsou honorováni.

Zámek Tuchlov jest ústav věnovaný léčení a odvykání alkoholismu mužů. Leží na katastru obce Křemýže ve zdravé krajině úplně osamocen uprostřed ohraničeného parku. Nejbližší železniční stanice jsou Duchcov, Teplice – Šanov, Obznic. Hojnost místností dovolilo účelné uspořádání, zdravé ložnice, jídelny, dílny, koupelny, obývací pokoje, čítárny aj., které jsou vkusně zařízeny. Do ústavu přijímají se pouze muži vyléčení schopní, ne příliš mladí, ne příliš staří (20–60). Odmítají se osoby zločinecké, epileptičtí a slabomyslní alkoholici, šílenci, lidé postižení nemocí nakažlivou a individua úplně zchátralá. Předpokládá se jistá vůle k životnímu obratu. Pacientovi musí býti známy: doba léčby a domácí řád alespoň v hlavních obrysech. U chronických pijáků požaduje se doba léčby alespoň půl roku, u periodických alkoholiků rok.

Ústav je zařízen na anglickém systému „close door“, což znamená, že zámecký park je uzamčen a že chovanci konají vycházky jenom v průvodu správce nebo jeho

zástupce. Léčebná doba tráví se užitečnou prací tělesnou a duševní. O četbu, přednášky, všemožné ušlechtilé rozptýlení je postaráno. Strava je vydatná.

Chovanci přijímají se pouze prvního každého měsíce. Během měsíce je přijetí vyloučeno a všechny žádosti v tomto směru nemají smyslu. Ku přijetí je třeba předem dáti si vyhotoviti od lékaře vysvědčení dle ústavního formuláře a s rodným nebo domovským listem je správě ústavu zaslati. Je nutno předem smluviti též podmínky finanční a zavázati se, že poplatky měsíční budou spláceny pravidelně a předem. Do ústavu si přivezou chovanci alespoň dvoje šaty (do práce a na vycházku), nutné prádlo, obuv, ručníky, kartáče apod. Doporučuje se doprovoditi pacienta do ústavu a pečovati, aby se dostavil střízliv.

V ústavu jsou dvě třídy – I. třída: pacienti spí po dvou, mají svoji jídelnu, vybranější stravu a posluhu. Platí se měsíčně 52 Kč; II. třída: pacienti spí ve větším počtu (4–5) a konají si posluhu a čištění všech jimi obývaných místností sami. Měsíčně se platí 32 Kč.

V měsíčních poplatcích zahrnut je plat za byt, otop, stravu, lékaře, světlo, lázně (v I. tř. i za posluhu). Pouze čištění prádla účtuje se v obou třídách zvláště. Příbuzní určí výši mimořádných výloh měsíčních (kuřivo, cukr, apod.), jinak nesmějí se zasílati do ústavu potraviny. Těž jakékoli návštěvy se odmítají. Opustí-li pacient ústav samovolně během měsíce, propadá splacený obnos k dobru ústavu.

Řídící lékař

Zásadní abstinent, obeznámený s vědeckou stránkou alkoholismu a jeho léčby. Je zodpověden za vedení ústavu jak zdravotním instancím, tak kuratoriu.

Povinnosti:

1. Přijíždí do ústavu (není-li trvale systemizován) každého měsíce nejméně na tři dny, kdy se noví pacienti přijímají. Po důkladné prohlídce přijetí jich potvrdí nebo odmítne, při čemž doplní případné mezery v přinešeném lékařském vyšetření. Zařídí způsob léčby, příp. dietu, zvl. v kouření, určí vhodné zaměstnání jako jeden z léčebných prostředků. Onemocní-li pacient, obchází se bez léků s lihovými ingrediencemi. Schvaluje správě ústavu výběr a úpravu pokrmů.
2. Při každé návštěvě věnuje se též dříve přijatým pacientům, aby zjistil výsledky léčby a doplnil své první záznamy. Vyslechne přání, a je-li toho třeba, domluví renitentním nebo lenivým chovancům. Uspořádá zdravotnickou přednášku pro všechny pacienty, ve které je přesvědčuje o nutnosti doživotní abstinence, čehož neopomine ani v soukromém styku.
3. Jako prostředník mezi kuratoriem a správou ústavu tlumočí vzájemné přání a přesvědčuje se o potřebách ústavu a jeho prosperitě. Urovnává případné diference mezi správou ústavu a chovanci nebo pomocným personálem.
4. Je oprávněn propouštěti po uplynulé době léčebné pacienty, rovněž i před smlouvenou dobou ony živly, jež disciplině a pověsti ústavu jsou na škodu, vylučovati.

5. Po dobu správcovy dovolené vystřídá se se členy kuratoria ve správě ústavu.
6. Nahodilé rozpory mezi ním a správcem rozhodne kuratorium.

Práva:

Má mimo ordinanční pokoj právo nejméně na jednu světnici. Výši cestovného a honorář určuje mu kuratorium.

Správce – ředitel

Abstinent nejméně se středoškolským vzděláním, znatel léčebných ústavů abstinentních. Bydlí trvale v ústavě.

Povinnosti:

1. Vyjednává předběžné přijetí pacientů, vede korespondenci a účty za pomoci kancel. síly. Doplnuje svými poznatky záznamy říd. lékaře o pacientech. Po vyléčení udržuje s bývalými chovanci písemný styk a rediguje „Ročenku vyléčenců“.
2. Provádí zdravotní a léčebné pokyny řídícího lékaře, pečuje o disciplínu a hospodářsko-technickou stránku ústavu.
3. Účastní se práce i zábavy pacientů a snaží se udržeti veselé ovzduší, aby ústav měl ráz šťastné rodiny, nikoli snad polepšovny nebo nemocnice. Proto pečuje o přiměřené rozptýlení pacientů mimo pracovní hodiny, a sice výběrem četby, přednáškami, výlety, hudebními a žertovnými večery, diapositivy apod.
4. S říd. lékařem přijímá a propouští pomocný personál, kryje se přitom kuratorem, jemuž přísluší právo schvalovací.

Práva:

Má v ústavě stravu, otop, světlo, 2–3 pokoje. Plat mu určuje kuratorium dle hodnotících tříd státních úředníků. Po dobu dovolené zastupují jej střídavě členové kuratoria dle úmluvy.

Pomocný personál

Kancelářská síla, kuchařka, služky, domovník, třeba-li sluha, při plném obsazení ústavu inteligentní důvěrník – dozorce pro každých 20 chovanců, případně mistr dílen – jsou přijímáni říd. lékařem a správcem. Přijetí jejich stvrzuje kuratorium. Jsou abstinenti a řídí se ve všem pokyny správce a říd. lékaře. K nedůtklivostem chovanců chovají se sice shovívavě, leč každý jejich přestupek proti domácímu řádu musejí sdělit správci. Kdo by z personálu opatřil pacientům lihoviny nebo je svedl a dopomohl jim k porušení domácího řádu, může býti okamžitě bez předchozí výpovědi a jakékoli náhrady propuštěn správcem nebo říd. lékařem a může býti mimo to soudně stíhán. Všecky materiální podmínky určuje kuratorium.

Domácí řád

1. Denní pořádek mění se dle ročních dob. Ku vstávání, nočnímu odpočinku, jídlu a práci se dává znamení.
2. Ložnice zamčeny jsou celý den a klíče od nich odevzdány ráno v kanceláři. Kouřiti se nesmí v místnostech tímto zákazem označených, zvláště ne v ložnicích.

3. Pacienti nesmějí míti v ústavu peněz. Přinesené peníze se odevzdají v den přijetí do úschovy správci. Peníze, jakož i potraviny a nápoje zapovězeno je posílati pacientům, proto nahodilé zásilky otevírají adresáti v kanceláři před správcem. Korespondence doručuje se pacientům bez předchozí censury správou ústavu.

4. Kuřivo, mýdlo, pošt. známky, psací potřeby, cukr a p. vydávají se pouze v určenou hodinu na stvrzenku a zúčtují se koncem měsíce.

5. Jakékoli návštěvy příbuzných a známých jsou omezeny a povolují se pouze v nejvyšší nutnosti. Návštěvy není dovoleno v ústavě zdržeti přes noc. Nedovoluje se návštěvu provázeti nebo jíti jí vstříc. Je-li třeba, místní holič navštěvuje pravidelně ústav.

6. Při větším počtu pacientů z různých krajů a poměrů je těžko všem a vždy vyhověti v pokrmech. Ale slušný a zdvořilý člověk nereptá při stole, nekazí nálady ostatním a přednese případné přání soukromě správci ústavu.

7. Mimo společné vycházky a výlety v průvodu správce nebo jeho zástupce nesmí se nikdo vzdáliti z ústavních objektů. Na společných vycházkách nikdo se neodděluje nebo procházky předčasně nepřerušuje. Nedodržení těchto pravidel může míti za následek omezení vycházek na delší dobu.

8. Jenom zvrácený člověk považuje práci za hanbu. Ústavní život bez práce stal by se všem trýzní. Mimo to užitečné zaměstnání ať v dílnách, ať v zahradě je jedním z léčebných a výchovných prostředků.

9. Vyhněte se trapným sporům osobním, národnostním, náboženským a sociálním. Hleďte poměrně krátký pobyt v ústavu sobě navzájem i správě ústavu co nejvíce zpříjemniti.

10. Pamatuj ve všem na účel svého pobytu v ústavě, posíliti totiž a vychovati svoji vůli tak, abyste se obešli do smrti beze všech opojných nápojů. Jenom doživotní zdrženlivost od lihových nápojů vás zachrání od naprosté zkázy. Podrobnosti domácího řádu, jichž dlužno dbáti v různých místnostech, jsou v ústavě vyvěšeny.

Příbuzným po přijetí pacienta

Svěřili jste nám člena své rodiny s veškerou důvěrou. Učiníme vše, co je v našich silách. Leč i na Vás jest, abyste nás podporovali.

Předně, nedejte se uprositi, aby náš svěřenec přerušil léčení před smlouvanou dobou. První týdny jsou chovanci v ústavě šťastni, ale pak se dostavuje tesknota a oni se snaží pod všemi možnými záminkami dostat se domů.

Ponechejte pacienta v klidu. Proto ho ani nenavštěvujte, ani dopisy vyčítavými a rodinnými starostmi neznepokojte. Dopisujte mu však pravidelně, aby se necítil opuštěný. Neuposílejte mu do ústavu potravin, nápojů, peněz. Každým porušením našich pokynů vydáváte v nebezpečí úspěšnost léčby. Už dnes odstraňte z domu všecky opojné nápoje a sami se jich odřekněte. Váš pacient musí po návratu z ústavu žíti úplně bez lihovin a jeho rodina musí mu předcházeti dobrým příkladem. Staňte se členy Československého abstinentního svazu.

Příbuzným před propuštěním pacienta

V nejbližší dny vrátí se domů Váš vyléčenec. Věnovali jsme mu pozornost a lásku a doufáme v jeho vyléčení a životní změnu. Vaší povinností jest uvítati jej vlídně, bez výčitek, připravit mu útulný domov. Udržujte ho v dobrých úmyslech. Zřekněte se opojných nápojů sami. Netrpte nikomu, aby ho sváděl k lihovinám. Nehostěte doma nikoho opojnými nápoji. Šetrně, ale rázně ho vzdalte všech pokusů a příležitostí k porušení úplné zdrženlivosti. Vytrvá-li, nezapomeňte na náš ústav, vzbuzujte mu příznivce a dobrodince. Jednou za rok podejte nám zprávu o vyléčenci, jak se chová, jak dodržuje zdrženlivost od lihovin.

Lékařský formulář

Podepsaný lékař dosvědčuje, že N. N. není stížen nakažlivou nemocí, že není epileptik, ani slabomyslný, ani šílený, a že jeví alespoň nějakou vůli léčiti se a odvyknouti alkoholu. Dle možnosti vyplní lékař dobrozdání a takto podle těchto bodů.

Rozvrh místností

1. Pokoj a předsíň pro případ vypuknutí deliria, vhodně upravený. V zadním traktu v přízemí. Sousední byt vhodný pro domovníka.
2. Jeden pokoj asi se 3–4 loži pro nemocné.
3. Ordinační pokoj pro lékaře, spojený s obývacím pokojem.
4. Čekárna (hovorna), za ní kancelář a dále pokoje správcovy.
5. Kuchyně a přípravná, k nim přiléhají dvě jídelny s menšími otvory pro podávání jídel. Jídelny slouží též za zábavní místnosti, k nim připojena čítárna. Za kuchyní pokoj pro služebné.
6. Tři dílny, jedna pro hlučnější práce stolařské, druhé dvě pro čistější a nehlukné zaměstnání.
7. Koupelna, prádelna.
8. Pohostinka pro členy kuratoria.
9. Trakt pro I. tř. upraven tak, že vzadu jsou ložnice o 2 ložích (příp. jednom) a před nimi pokoje obývací, opatřené stoly, židlemi, skříněmi a umývadly. V ložnicích je pouze lože a noční stolek. Oba trakty začínají předsíní (na čistění šatů a p.). Podobně upraven trakt pro II. tř.; rozdíl je v tom, že ložnice a obývací pokoje jsou pro 4–5 a zařízení prostější.

Rozvrh na personál

Mimo říd. lékaře, správce a sílu kancelářskou je nutna kuchařka, služka (později dvě), domovník a při více pacientech I. tř. sluha, jež může i zastati chudší a obratný chovanec II. tř. za poplatek, jenž se mu dá po vystoupení z ústavu. Při založení větší zelinářské zahrady sešla by se i zahradnická síla a pro dílny snad i mistr. Při 40–50 pacientech intelig. důvěrník – dozorce na každých 20–25. Takže až při plném ústavu by byl počet personálu 10–12.

Kdyby se odhodlalo kuratorium výminečně přijmout 2–3 pacientky, uspořilo by se ovšem mnoho na hospod. silách.

Konflikt zájmů: oba dva autoři bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

Adámek, K. (1884). *Kořaleční mor*. Druhé vydání. Roudnice: Vydáno nákladem knihkupectví A. Mareše.

Beneš, E. (1947). *Problémalkoholové výroby a abstinence*. Praha: Čsl. abstinentský svaz v Praze.

ČAS. (2017). Fond: ČAS, inv. č. 399, čís. kart.: 5: Praha: Národní muzeum.

Foerster, V. Mládež, lihoviny, charakter. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „Ostřízlivění“*. Praha: Nová kultura. (1912–1913).

Foustka, B. (1931). *Protokolschůzekuratoria Abstinentsního pensionátu Tuchlova ze dne 20. února 1931*. Praha: Archiv Národního muzea.

Foustka, B., Hroch, J. et Konařík, B. (1935). *Výroční zpráva za rok 1935*. Praha: Archiv Národního muzea.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kolektiv autorů (1913). *Stát a alkoholická daň. Ostřízlivění*, 1 (5–6), p. 47.

Konařík, B. (1925). *Zpráva o Tuchlově. Vyšší národ*, 5 (9–10), 75.

Konařík, B. (1934). *Léčení alkoholismu v cizině a u nás*. Praha: Československý abstinentský svaz.

Konařík, B. (1936). *Jak odvykáme pití lihovin*. *Zdraví lidu*, 17 (5), 65–68.

Konařík, B. (n.d.). *Proč nebyly vždy Tuchlovo plně obsazen*. Praha: Archiv Národního muzea.

Masaryk, T. G. (1920). *O ethice alkoholismu*, 2. vydání. Brno: Studentská klinika v Brně.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

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

Miovský, M., Miller, P., Grund, J. P., Belacková, V., Gabrhelík, R., Libra, J. (2015). *Academic education in addictology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32 (5), p. 527–538.

Morovicsová, E. et Falisová, A. (2016). *Význam protialkoholických léčební vboji protialkoholizmu v Prvej Československej republike. Česká a Slovenská psychiatrie*, 112 (6), pp. 287–297.

MZ. (1928). *Zabezpečení provozu ústavu tuchlovského pro stráž hospodářské pro rok 1928, ze dne 24. ledna 1928, publikován pod č.j. 336*. Praha.

Písecký, F. *Abstinentsství na středních*. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „Ostřízlivění“*. Praha: Nová kultura. (1912–1913).

Plichtová, J. (1996). *Obsahová analýza a její možnosti využití v psychologii*. *Čs. Psychologie*, 4 (40), 304–314.

Popov, P. (2017). *MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 168–172.

Skála, J. (1957a). *Alkoholismus – terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: SZN.

Skála, J., Jandourková, Z., Mečíř, J., Maťová, A., Černý, L., Vámoši, M. et al. (1957b). *Organisace a metodika boje proti alkoholismu*. Praha: SZN.

SOA Opava. (2017). Fond: Oldřich Svozil, inv. č.: 63: Bedřich Konařík, roky 1937–1944, čís. kart.: 3. Pracoviště Janovice u Rýmařova.

SÚA. (1922). *ČAS. Stanovy ČAS*. In. Č. 367, sig. 1367.

Šejvl, J. (2017). *Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 173–176.

Šejvl, J., Miovský, M. (2017). *Nejstarší specializované léčebné zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu a historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915)*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 134–146.