

Ellikon (1889 to 1911): Forel-Bosshard's Foundations of the Modern Approach to Institutional Alcohol Treatment

Šejvl, J., Mašlániová, M., Miovský, M.

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

Citation | Šejvl, J., Mašlániová, M., Miovský, M. (2020). Ellikon (1889 až 1911): Forel-Bosshardovy základy moderního přístupu k ústavní léčbě závislosti na alkoholu. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 3(1), 32–39.

Background | In Europe specialised institutional treatment of alcohol dependence began to develop in the 1850s. One of the most distinguished personalities advocating this treatment model was Auguste-Henri Forel, a Swiss physician. In 1887, together with a lay therapist, Jakob Bosshard, he came up with the idea of establishing and operating a dedicated treatment facility, which was realised a year later. **Aims** | To explore and describe the ideas and conditions which led to the establishment and development of the Ellikon alcohol institution, which became one of the most acclaimed and successful treatment facilities of its kind. **Methods** | Qualitative content analysis of available historical documents was used to identify and collect the data. The documents were categorised according to their relevance to the focus of the research, taking

into account the site under consideration, the time and place of its establishment, and the roles of the people involved. **Results and conclusion** | The establishment of a specialist treatment institution for people dependent on alcohol at Ellikon in 1888 was a major achievement in the field. The development of the facility was driven by a completely innovative approach to alcohol-dependent individuals that featured the identification of their needs and responding to them. In addition to medical interventions, other therapeutic aspects were explored, giving rise to aftercare and self-help group initiatives. This approach made the Ellikon institution a major milestone and a driving force in the further advancement of approaches to the treatment of people addicted to alcohol and other substances.

Keywords | Ellikon – Auguste-Henri Forel – Institutional treatment – Alcoholism – Jakob Bosshard – Addiction

Submitted | 14 October 2019

Accepted | 12 December 2019

Grant affiliation | This paper was made possible by GA UK Grant No. 1290218 (Charles University, First Faculty of Medicine, Department of Addictology) and an institutional support programme, Progres No. Q06/LF1.

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

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

Ellikon (1889 až 1911): Forel-Bosshardovy základy moderního přístupu k ústavní léčbě závislosti na alkoholu

Šejvl, J., Mašlániová, M., Miovský, M.

Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
Klinika adiktologie

Citace | Šejvl, J., Mašlániová, M., Miovský, M. (2020). Ellikon (1889 až 1911):
Forel-Bosshardovy základy moderního přístupu k ústavní léčbě závislosti
na alkoholu. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 3(1), 32–39.

Východiska | Specializovaná ústavní léčba závislosti na alkoholu se začala v evropském prostoru aktivně rozvíjet od poloviny 19. století. Jednou z nejvýznamnějších osobností prosazujících tento léčebný model byl švýcarský lékař Auguste Henri Forel, jenž společně s laickým terapeutem Jakobem Bosshardem stál v roce 1887 u myšlenky vzniku a rozvoje tohoto typu léčebného zařízení, které začalo plnit svůj účel již v roce 1889. **Cíle** | Zmapovat a popsat myšlenky a podmínky, které vedly ke vzniku a rozvoji protialkoholní léčebny v Ellikonu, jež se stala jednou z nejvýznamnějších a nejúspěšnějších léčeben. **Metody** | K identifikaci a sběru dat byla použita kvalitativní obsahová analýza fixovaných historických dokumentů, které byly sestaveny podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu místa

vzniku, času a autora směrem k obsahovému zaměření výzkumu. **Výsledky a závěr** | Vznik specializované institucionalizované léčebny pro závislé na alkoholu v roce 1888 v Ellikonu byl významným oborovým počinem. Zcela novátorské pojetí přístupu k závislým na alkoholu a vnímání jejich potřeb ovlivnilo rozvoj léčebny, a to nejen z hlediska lékařského, ale zejména terapeutického, s významným přesahem do následné péče a rozvoje svépomocných skupin. Ellikon se tak svým přístupem stal nejen významným mezníkem, ale i hybatelem k dalšímu rozvoji přístupů léčby závislých na alkoholu a dalších návykových látkách.

Klíčová slova | Ellikon – Auguste H. Forel – Institucionalizovaná léčba – Alkoholismus – Jakob Bosshard –
Závislost

Došlo do redakce | 14. října 2019

Přijato k tisku | 12. prosince 2019

Grantová podpora | Tento článek byl zpracován v rámci Univerzity Karlovy, Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty, grant GA UK č. 1290218, a současně podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Korespondenční adresa | 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 ÚVOD

Problémy spojené s užíváním alkoholu jsou v západo- a střeoevropském prostoru známé již tisíc let. První dochované střeoevropské vymezení o negativním vlivu alkoholu se objevilo již v roce 1039 v Dekretech Břetislavových: „*Ten, kdo by krčmu, jež jest kořenem všeho zlého, odkud pocházejí krádeže, vraždy, smilství a ostatní nepravosti, zřídil, i ten, kdo by zřízenou koupil,*“ biskup Šebíř dodal, „*budiž klet!*“ A kníže: „*Který krčmář by byl postižen jako rušitel tohoto ustanovení, buď uprostřed tržiště ke kůlu přivázán, mrskán tak, až biřic umdlí, a na hlavě oholen; jmění mu však nebudiž zabaveno, nýbrž toliko pít na zem vylito, aby se nikdo prokletým douškem neposkvrnil. Pijáci však, budou-li přistiženi, nevyjdou z vězení dříve, dokud každý do důchodu knížecího nesloží tři sta peněz.*“ Biskup Šebíř pravil: „*Co kníže rozhodl, to naše moc potvrzuje*“ (Fiala et al., 1975, pp. 80–82).

Až do 16. století není přístup k nadměrnému užívání alkoholu v evropském kontextu žádným významným způsobem řešen. Teprve od počátku 16. století začínají systematicky v Evropě vznikat spolky střídmosti, které jsou zpravidla založené na náboženském základě. Hlavním cílem těchto spolků nebyla abstinence, ale stanovení konkrétní, zpravidla přesně dané nepřekročitelné míry alkoholu, který směl být vypit v určitém čase na určitém místě. Jednalo se většinou o různé společenské akce – svatby, pohřby, rytířské turnaje, náboženské svátky, obecní veselice, apod.

Od poloviny 16. století, resp. konce 17. století se objevují i první písemné práce, ve kterých bylo nadměrné užívání alkoholu zmiňováno. Mezi nejznámější práce střeoevropského prostoru jsou dvě díla Johannese Bocatia, která vyšla v Bardějově. Prvním byla *Castra temperantiae* vel *Exercitia Poetica, quae Lepidis aliquot et festivis epigrammatis crapulam, Eribretatem, potationem et vicina vitia oppugnant, detestentur et ejurant* z roku 1597. Autor se v ní pokoušel popsat jednotlivé typy pijáků alkoholu ve svém okolí (člověk nemocný z alkoholu; opilá žena; opilec soudce; teolog, který prožívá v kázni včerejší chlastání; opilí básníci a učitelé; muž, který má hodně pohárů a málo knih a další). Tyto typy často satirickými poznámkami (Duka - Zólyomi, 2015). V roce 1599 Bocatius publikoval druhý spis *Hungaridos Libri Poematum V*, který obsahoval pět kapitol: *Martialia* vel *bellica*, *Encomiastica*, *Nuptialia*, *Miscellanea*, *Sepulcralia*. I v tomto spise se věnoval otázkám nemírného pití a jeho negativním následkům.

Teprve až systematické protialkoholní aktivity v průběhu 19. století přinesly významný průlom v této oblasti. Od počátku 19. století se v Evropě a USA v oblasti léčby závislosti na alkoholu začal prosazovat názor, že je nutné změnit postoj k lidem, kteří nadměrně požívají alkohol. Základ změny měl spočívat v opuštění moralizujících a odsuzujících přístupů a přiklonění se k terapeutickým a motivačním aktivitám. Čím dál častěji se objevoval názor, že jediným smysluplným přístupem je zřizování institucionalizovaných specializovaných ústavních zařízení na úkor hospitalizace pacientů v nespécializovaných

léčebnách, kterými byly chorobince, blázince, ústavy pro choromyslné a slaboduché. Tento názor byl založen na rozvíjejícím se racionálním přístupu, že nadměrné pití alkoholu a následná závislost jsou nemocí. Tato nemoc je v určité příčinné souvislosti jak směrem k alkoholu, tak i s ohledem na osobnost a dědičné vlohy člověka a nikoli božím trestem. Proto člověk s tímto onemocněním potřebuje specifické odborné zacházení a přístup. Tento přístup se odvíjel od koncepce zakotvené v USA, kdy v roce 1804 Thomas Trotter poprvé publikoval poznatky založené na vědeckém poznání závislosti na alkoholu (Trotter, 1804). Jeho zjištění a závěry v podstatě rozpracoval a nezávisle na Trotterovi potvrdil v roce 1811 ve své publikaci Benjamin Rush (Rush, 1811). V této době byly v USA zakládány první protialkoholní léčebny. Princip, který zakořenil v USA, byl založen tzv. *close door* a vycházel z jasně stanovených, rigidních pravidel fungování léčebny, léčebného procesu a kooperace pacientů. Pacienti měli všech sedm dní v týdnu přesně stanovený celodenní režim, rozdělený po jednotlivých hodinách (srov. např. Skála, 1988, pp. 68–70). Návštěvy příbuzných byly umožněny pouze za odměnu v případech, kdy pacient beze zbytku plnil režimová opatření léčebny, odběr denního tisku nebo možnosti korespondence povoloval pracovník léčebny a vycházky mimo léčebný ústav nebyly v podstatě povolovány. Princip „*close door*“ tedy spočíval v uzavření pacienta v léčebně před okolním světem, aby se plně věnoval pouze léčbě.

Oproti tomu specializovaná ústavní léčba v Evropě se s ohledem na zdejší realie přiklonila ve valné většině k přístupu *open door*. Ten přiznával hospitalizovaným pacientům větší autonomii vůle, kladl důraz na dobrovolnost jejich pobytu v léčebně a počítal i s rizikem případného relapsu a nabízel – v jeho případě – možnost zpětného návratu do léčby. Pacienti spolu s personálem léčebny chodili na vycházky a po určité době pobytu v léčebně měli možnost samostatných vycházek nebo práce či výpomoci mimo léčebnu. Tyto aktivity měly posilovat sebevědomí pacientů, že dokážou odolat rizikům relapsu při pobytu mimo léčebnu, a tím poukázat na to, že jejich okolí je schopné jim vrátit důvěru.

Zcela přelomovou oborovou prací publikoval v roce 1849 Magnus Huss. Jednalo se o *Alcoholismus chronicus, eller chronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet*. Zde Huss začal poprvé systematicky používat pro nadměrné pití alkoholu termín *alcoholismus*. První institucionalizované ústavní zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu v Evropě bylo založeno v roce 1850 v Lintorfu u Düsseldorfu, další následovalo v roce 1855 v Pilgerhütte u Basileje (Skála, 1957).

Pro další evropský přístup k závislým a rozvoji jak svépomocných, tak i institucionálních zařízení mělo významný vliv založení Modrého kříže. Ten byl založen v roce 1877 ve Švýcarsku pastorem Louisem Lucienem Rochatem, který se inspiroval Hnutím modré stuhy,¹ jež vzniklo

1 | Blíže srov. 4. kniha Mojžíšova; Nu 15:37–39.

v roce 1871 v USA. Jedním z členů Modrého kříže v Curychu byl i švec Jakob Bosshard,² který sehrál nezastupitelnou roli ve vzniku ellikonské léčebny.

2 METODOLOGIE

Design studie zaměřený na kvalitativní obsahovou analýzu jsme provedli ve formátu jednoduché historické případové studie vybrané jedné specializované léčebné instituce. V první řadě jsme totožně podle Ferjenčíka zvolili bazální klíčová slova k určení komplexního univerza (Ferjenčík, 2010). K vyhledání jsme použili jednak obecný vyhledávač – Google Scholar, tak i vyhledávače specializovaných textových databází: centrální vyhledávač Univerzity Karlovy UKAŽ, katalog 1. LF UK, katalogy časopisů EZB a UK, Web of Science, Kramerius, EBSCO, Electronic Journals Library Charles University (Institute of Scientific Information) a SALIS. V druhém sledu byl použit úzkoprofilový vyhledávač Zentralbibliothek Zürich. Následně jsme provedli identifikaci relevantních historických zdrojů, kdy jsme ve třech kolech provedli základní systematickou review a archivní výzkum. Následovala digitální fixace vyhledaných historických dokumentů, jejich klasifikace, setřídění, popis a kategorizace získaných zdrojů. Kategorizace základních kategorií byla provedena následným postupem: i) zdrojové místo, kde byl produkt získán, ii) téma, ke kterému se vztahuje, iii) čas jeho vzniku, iv) místo jeho vzniku a v) jeho autor. Další základní kategorie byly tvořeny podle povahy produktu: i) texty, ii) netextové produkty a iii) fotografie, ve vztahu k ellikonské léčebně, osobě Augusta Forela a dále pak obecně k institucionální ústavní léčbě závislosti v Ellikonu. Po ukončení kategorizace byla provedena obsahová analýza (srov. Miovský, 2006, pp. 98–103). Náš postup v rámci obsahové analýzy odpovídal koncepci Plichtové (1996, pp. 311–313), kdy jsme jednotlivé procedury rozdělili do vzájemně propojených fází. V rámci obsahové analýzy jsme využívali i různých jednodušších metod podle Milese a Hubermana (1994), např. vč. metody vyhledávání vzorců. Obdobný metodologický postup a design studie jsme uplatnili již ve dříve publikovaných studiích: „Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915)“ (Šejvl & Miovský, 2017, pp. 134–146), „The first inpatient alcohol treatment facility in the Czech Republic: Case study of the Tuchlov institution (1923–1938)“ (Šejvl & Miovský, 2018, pp. 97–104), a „The oldest addiction treatment institution on the historical territory of Slovakia: The Istebné nad Oravou treatment facility (1937–1949)“ (Šejvl, Mašlániová & Miovský, 2019, pp. 17–25).

3 VZNIK LÉČEBNY ELLIKONU

Vznik ellikonské léčebny byl, tak jako mnohé významné události, založen – podle v odborné literatuře tradované pověsti – na naprosté náhodě. Před myšlenkou na její založení se uskutečnilo setkání dvou zcela rozdílných osob se stejnými cíli; psychiatra Augusta Forela³ a ševce Jakoba Bossharda. Poprvé se setkali v Burghölzli (městská část Curychu) v roce 1884. Psychiatr Forel působil v Curychu v letech 1879 až 1889 na místě ředitele curyšského ústavu pro choromyslné a současně byl přednostou psychiatrické kliniky. Lékař Forel měl poškozené boty, které si donesl k ševci Bosshardovi do opravy. Za opravu bot nabídl Forel Bosshardovi jako odměnu víno, ale ten jej odmítl s tím, že alkohol nepije, a seznámil jej se svým působením v Modrém kříži v Riesbachu-Curychu. Forela myšlenka důsledné abstinence zaujala, zejména s ohledem na možnost motivovat k abstinenci tzv. „psychiatricky“ nemocné pacienty, kteří měli problém výhradně s pitím alkoholu. Když se Forel podrobně seznámil s principy fungování péče a motivace k abstinenci v Modrém kříži, rozhodl se, že pacienty, kteří byli pouze závislí na alkoholu (nikoli tedy pacienty s duálními diagnózami), bude odesílat k Bosshardovi. V přístupu v Modrém kříži spatřoval jednoznačně smysluplnější pomoc než hospitalizovat takového pacienta na psychiatrické klinice, a to i z důvodu, že dostupnost alkoholu v psychiatrické léčebně byla snadná a alkohol byl mnohými lékaři k léčbě preskribován (Forel Klinik, 2010; Kern, 2014).

Forela setkání s Bosshardem významným způsobem ovlivnilo, jak do pracovní, tak i do soukromé sféry. V rámci svého pracovního působení se začal zabývat myšlenkou, že jediná cesta k léčbě těch, kteří mají problém s alkoholem, je nejen trvalá abstinence, ale i specifický přístup lékaře a ostatního pomáhajícího personálu. Bylo zřejmé, že v psychiatrické léčebně není trvalá abstinence možná, jednak z důvodu, že na určitý typ onemocnění byly indikovány nízké dávky alkoholu lékařem, jednak z důvodu, že v nízkých dávkách alkoholu velká část lékařů nespatořovala problém. Domníval se, že pro naplnění takového cíle musí vzniknout institucionalizované specializované zařízení, kde budou hospitalizováni pouze závislí na alkoholu bez jiných onemocnění; ideálně bez duálních diagnóz. Vzájemná spolupráce před založením Ellikonu se mezi oběma rozvinula natolik, že Bosshard externě docházel na psychiatrickou kliniku a tam se souhlasem Forela realizoval peer programy s hospitalizovanými pacienty (Keller, 2019). (Obrázek 1.)

Jejich vzájemná spolupráce směřovala k jedinému cíli – založení specializované protialkoholní léčebny, kde bude možné pacientům závislým na alkoholu věnovat veškerou potřebnou a dostupnou péči. Tato myšlenka byla prvně přednesena jako samostatný příspěvek v rámci mezinárodního protialkoholního sjezdu v létě 1887 a 7. února 1888 byl ustanoven přípravný výbor, jehož úkolem bylo

2 | Jakob Bosshard (1853–1911) byl výraznou osobností ellikonské léčebny a zdatným přednášejícím, který referoval o léčebných postupech a činnosti léčebny Ellikon na mnoha světových protialkoholních kongresech.

3 | Auguste Henri Forel (1848–1931) byl významným švýcarským myrmekologem, psychiatrem a eugenikem.



Obrázek 1 | Hlavní vchod do psychiatrické kliniky Curyšské Univerzity v roce 2019

vypracovat jasné podmínky pro zřízení takového specializovaného ústavu. Dne 9. července 1888 byly získány potřebné finanční prostředky pro zakoupení vytipované nemovitosti. Jednalo o bývalou usedlost Dr. Egga⁴ na okraji vesnice Ellikon an der Thur, přibližně 40 km severovýchodně od Curychu. Po schválení výborem byla nemovitost zakoupena a současně byla spuštěna její první rekonstrukce, aby splňovala nároky na zdravotnické zařízení sui generis (Forel Klinik, 2010).

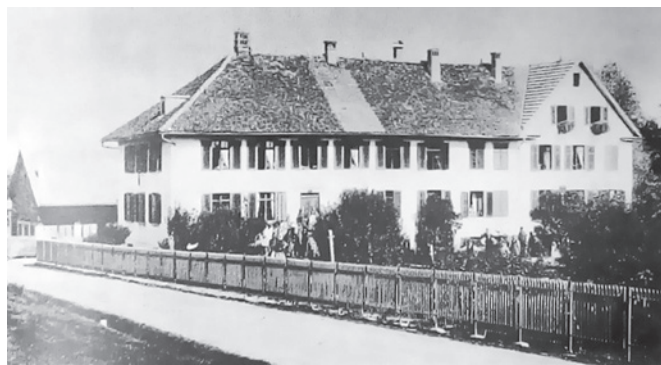
4 ZAHÁJENÍ LÉČBY A LÉČEBNÝ PŘÍSTUP

První pacient byl přijat 3. ledna 1889, kapacita lůžek byla určena pro 20 osob a léčba byla určená pro ženy i muže; byť se léčebna v dalších letech specializovala výhradně na léčbu mužů. Ženy byly poté doporučovány do léčeben zaměřených pouze na ženskou klientelu. Institucionálně se nejednalo o psychiatrickou kliniku, ale o zdravotnické zařízení sui generis. K navýšení kapacity došlo již v rámci první přestavby hlavní budovy, která byla dokončena v roce 1891 a s celkovým počtem 40 lůžek. Není bez zajímavosti, že zvyšování kapacity lůžek bylo jedním z rozvojových faktorů léčebny – v roce 1965 byla navýšena kapacita na 47 lůžek, v roce 1972 na 82 lůžek a poté až na kapacitu více než 100 lůžek v roce 2018).

Nepřekročitelnou podmínkou pro vstup do léčby bylo okamžité zahájení abstinence a při pobytu v léčebně a v jejích prostorách bylo zakázáno jakékoli užívání alkoholu. Požadavek abstinence byl nejdříve vyjádřen jednostranně, tedy byl kladen výlučně na stranu pacientů. Následně byla abstinence vyžadována i od personálu, který byl v léčebně zaměstnán. I přes tento požadavek neměla léčebna nikdy nedostatek zaměstnanců, kteří měli v léčebně naprosto všestranné zázemí, a to včetně zajištění ubytování a stravy. Z počátku existence léčebny byla pobytová léčba stanovena v délce 4 měsíce. Významnými prvky v celém léčebném procesu byla práce s moti-

vací pacientů k následné celoživotní abstinenci, hypnóza, pracovní terapie a následná péče zaměřená na život po ukončení léčby. Pacient mohl léčbu kdykoli ukončit a odejít, rovněž se mohl kdykoli do léčby vrátit – pokud byla volná kapacita zařízení. V případě přerušování léčby a návratu pacienta bylo nutné pobytovou léčbu zahájit úplně od začátku; pokud došlo k recidivě, mohl se pacient opět vrátit do léčebného procesu, který musel absolvovat opět od počátku. (Obrázek 2.)

Forel považoval následnou péči za nedílnou součást komplexního přístupu léčebné intervence, a proto se v lednu 1895 spolupodílel na založení abstinenceho svépomocného spolku Sobrietas. Hlavním iniciátorem v něm byl Jakob Bosshard. Hlavním cílem Sobrietas byla nejen vzájemná podpora pacientů mezi sebou v době pobytové léčby, ale zejména udržování motivační podpory ze strany léčebny o ukončení léčby.



Obrázek 2 | Ellikonská léčebna v roce 1892 (Reimann, 1989, p.29).

Přístup k pacientovi nebyl dopředu nijak přesně stanovený, nepostupovalo se podle uniformní šablony. Lékaři a další odborný personál brali v potaz individualitu každého jedince, jeho motivaci k léčbě, sociální postavení, rodinnou anamnézu, vzdělání a další faktory. Pojetí léčby tedy nebylo vyhraněno teologicky, medicínsky či pedagogicky. Cílem bylo získat si důvěru nemocného a vhodným poučením (působením) a trpělivostí jej dovést k uvědomění si, že nevhodnějším životním přístupem a šancí na zajištění kvality života pro něj i jeho blízké je výhradně celoživotní abstinence.

To, co léčebnu v Ellikonu významně odlišovalo od ostatních obdobných zařízení, byly opakující se investice do vybavení léčebny, a to jak pro pacienty, tak i pro zaměstnance. Ještě na konci 19. století léčebna investovala 44.000 fr. do kompletního zajištění ubytování pro zaměstnance, navýšila kapacitu lůžek z 24 na 40, přestavěla čítárnu určenou primárně pro volnočasové aktivity pacientů, jídelnu, prádelnu a zajistila si vlastní studánku pro přísun pitné vody.

Aby personál přešel u pacientů pocitům celkové nejistoty, nízkého sebevědomí a aby eliminoval přetrvávající moralistické společenské i (sebe)hodnocení nadužívání alkoholu jako slabosti, vlastního selhání, hříchu, byly sociálně významné události dne – stravování – provozová-

4 | Křestní jméno Dr. Egga se nepodařilo v archivních materiálech v Zürichu, Ellikonu ani jinde dohledat.

ny společně s pacienty. Velmi významným faktorem byla pracovní terapie. „Zvláštní důležitost věnujeme konkrétní činnosti pacienta. Ideálními aktivitami jsou práce na zahradě a v zemědělství. Práce (venku) nabízí velmi dobré prostředky pro oživení těla i mysli. ... Ale je nutné se snažit zapůsobit na nemocné, aby užitečně využili čas strávený v léčebně, aby získali pocit, že práce je pro ně opět atraktivní. Pobyt v léčebně a zpět získání pracovních dovedností by mělo pacientovi poskytnout schopnost vést opět šťastný a rodinný život v domácnosti“ (Reimann, 1989, pp. 27–31). Společenské večery byly vyplňovány hudbou, zpěvem a vytvořením malé scény pro dramatická představení.

Za příčiny možného alkoholismu byly považovány zejména vrozené predispozice (slabá osobnost), nutnost okamžitého uspokojování potřeb, introverze, přehnaná důvěra, snížená odolnost proti působení alkoholu a dědičné faktory. Základní přístup k pacientům a k léčbě závislosti na alkoholu byl již založen na paradigmatu, že alkoholismus je nemoc, která je ve spolupráci pacienta a odborníků léčitelná. Léčebný přístup byl zjednodušeně vyjádřen spojením následujících slov: abstinence – práce – modlitba – společenství (ve smyslu resocializace) (Reimann, 1989). Modlitba, resp. víra, nebyla ale determinujícím prvkem a do léčby byli přijímáni pacienti bez ohledu na vyznání a samozřejmě i bezvěrci.

5 LÉTA 1889–1911 Z POHLEDU FILOZOFIE LÉČBY

Švýcarsko svým přístupem k léčbě osob závislých na alkoholu bylo velmi progresivní, a stalo se tak na dlouhou dobu nejen inspirací pro ostatní státy, ale i vůdčím prvkem v tvorbě léčebného přístupu. Již na počátku 20. století zde bylo 12 plně funkčních specializovaných léčeben – 8 pro muže, 2 pro ženy a 2 instituce zajišťovaly léčbu pro ženy i muže. Významný přínos pro další evropské směřování protialkoholního hnutí a přístupu k institucionální ústavní léčbě přednesl v roce 1901 Bosshard ve Vídni na VIII. mezinárodním protialkoholickém sjezdu. „Pracuji už 17. rok na záchraně pijáků a 12 let řídím léčebnu pro alkoholiky. ... Léčebny pro alkoholiky jsou ústavy budoucnosti. Jsem zcela přesvědčen, že tyto léčebny, spočívají-li na správném základě a jsou-li správně vedeny, přinesou velké požehnání a že budou mít veliký vliv na národ. Nutno se však vystříhati, aby tyto léčebny měly na sobě ráz něčeho zneuctujícího a zahanbujícího... nemá a nesmí být býti ničím jiným než nemocnici pro nemocné alkoholismem. ... V této otázce se velice snadno usuzuje a od-suzuje. Nezapomeňme však, že pouze ten může mít a také má objektivní úsudek, kdo zná působení lihovin a vliv abstinence. ... Bohužel musím říci jako laik, že lékaři sami mají býti o věci lépe poučeni. Nemělo by to býti, aby se lékaři hnutí abstinentskému posmívali, aby jeho význam byl podceňován ...“ (Konařík, n.d., pp. 3–5). Tímto svým přístupem a pojetím protialkoholní léčby významně ovlivnil i protialkoholní hnutí na našem území a přístup ellikonské léčebny se stal vzorem pro celé protialkoholní hnutí první poloviny 20. století na našem území.

Za jeden z hlavních faktorů úspěšné léčby považoval Bosshard dobrovolnost pobytu. Domníval se, že v případě nedobrovolné léčby nebo pobytové léčby za použití násilí ztrácí celý léčebný proces smysl. Léčebna musí být specializovaná a zaměřená výhradně na léčbu závislosti na alkoholu. Pokud by cílem pobytu měla být převýchova ve smyslu polepšovny nebo by byla zřízena jako pobočné zřízení psychiatrické kliniky nebo ústavu pro choromyslné, ztrácí rovněž smysl. Základním paradigmatem v chápání pacientů nesmí být „hanba“ jít se do takového ústavu léčit. Z důvodu snižování rizika stigmatizace léčebna rovněž umožňovala, aby pobytová léčba zůstávala utajena před veřejností. Je nezbytné, aby se pacient v léčebně cítil bezpečně a „byl chráněn proti všem zhoubným vlivům dosavadním a lehce nalezl naději v lepší budoucnost“ (Konařík, 1909, pp. 3–5).

Další významný faktor, který se podílel na úspěšnosti léčby, byla správa léčebny. Kapacita byla stanovena do 40 lůžek pro jednu správu; z tohoto důvodu se doporučovalo založit více léčeben s takto limitovanou kapacitou než jednu velkou léčebnu. Požadavek na abstinenci byl kladen nejen na pacienty, ale rovněž na personál léčebny. Léčebny měly být zakládány na venkově, aby zde byl dostatek příležitostí pro zajištění pracovní terapie pacientů a jejich volnočasové aktivity. V rámci pracovní terapie se osvědčilo zámečnictví, truhlářství, zemědělství, v rámci volnočasových aktivit malování, hudba, zpěv, čtení knih, přednášky (o alkoholismu, cestopisy), dramatická představení a setkávání se s bývalými abstinujícími pacienty.

Současně měl být splněn požadavek na rozumnou vzdálenost od města pro nekomplikované zajištění všech služeb, v nichž léčebna nebyla soběstačná. Výsledky léčení byly předneseny za celé období existence léčebny a byly velmi povzbudivé (Tabulka 1.)

stav / roky	1889–1896		1896–1902	
vyléčeno*	213	37,57 %	132	51,97 %
polepšeno**	120	21,16 %	48	18,90 %
recidiva	234	41,27 %	74	29,13 %
celkem	567	100,00 %	254	100,00 %

Tabulka 1 | Data za dobu existence léčebny (Konařík, 1909)

* Vyléčenými se rozumějí ti, kteří se stali úplnými abstinenty.

** Polepšenými se rozumějí ti, kteří abstinenty nezůstali, ale pijí střídmě.

Změna v počtu vyléčených je Bosshardem vysvětlována zejména vlivem tří faktorů: i) v prvních letech léčebna stanovila délku pobytu pouze na 3 měsíce – tedy nedostatečná délka léčebného pobytu, která byla následně zvýšena na 6 měsíců; ii) malý počet abstinentských spolků, které si převzaly propuštěné pacienty do další péče – tedy nedostatečná následná péče a iii) nesprávnou volbou přijatých pacientů v prvních letech léčebny – tedy přijetí do léčby těch, pro které nebyl tento léčebný přístup vhodný, např. nevyléčitelně nemocní, duální diagnózy apod.

Významnou roli v léčebném procesu měl i ředitel léčebny. Konkrétní a přesné nastavení této role a požadavek

na plný úvazek v této funkci, to byly hlavní atributy pro zajištění správného chodu léčebny. Nebylo přípustné, aby se ředitel léčebny věnoval souběžně jinému povolání. Jedním z hlavních úkolů ředitele bylo nejen motivovat pacienty v léčbě, ale každého pacienta do léčby osobně přijímat a projednávat s ním jeho záležitosti, pokud o to požádal. Tímto přístupem byl navazován vzájemný kontakt, který měl vyústit v získání vzájemné důvěry a následnou snadnější motivaci k celoživotní abstinenci. (Obrázek 3.)



Obrázek 3 | Hlavní budova kliniky v roce 2019

Role lékaře léčebny byla odlišná od role ředitele, který v léčebně žil. Lékař v léčebně nebyl trvale přítomen, pouze se vyjadřoval k žádosti pacienta o přijetí do léčby, stanovil vhodnost léčebného přístupu realizovaného v léčebně s ohledem na progresivitu pacientova onemocnění a vyplňoval formulář lékařského vysvědčení; konzultoval jednotlivé pacienty s ředitelem léčebny a vykonával celkový dohled nad zdravím pacientů.

Celý proces léčby – přes veškerou podporu ze strany personálu léčebny – byl primárně založen na svobodné vůli pacienta a na jeho přesvědčení, že pouze vlastní pílí může být vyléčen; tedy primární úloha léčebny byla založena na podpoře nemocného a pomoci vrátit mu mravní a náboženský cit.

Léčebna již od svého prvopočátku splňovala na svoji dobu vysoké standardy – měla zavedeno nejen ústřední topení, ale i centrální osvětlení.

Podmínky pobytu pacientů, personálu a další náležitosti upravoval domácí řád, kterým se museli všichni řídit. Stanovy léčebny upravovaly podmínky přijetí a propuštění pacienta, všeobecná pravidla chování, pravidla řízení ústavu, stravy, apod.

6 DISKUSE A ZÁVĚR

Mezi nejvýznamnější zastánce institucionalizované specializované ústavní léčby patřilo Švýcarsko, Švédsko, Anglie



Obrázek 4 | Celkový pohled na léčebnu

a Německo. Specializovaná institucionalizovaná ústavní léčebná zařízení navazovala jak na práci svépomocných spolků, tak i vytvářela podmínky pro následnou péči, která napomáhala pacientům, kteří opustili léčbu, udržet motivaci k abstinenci životnímu stylu. (Obrázek 4.)

V roce 1896 dobrovolně opouští vedení léčebny prof. August Forel, neboť nemá takovou časovou kapacitu, aby se věnoval výhradně jejímu řízení. Vedení léčebny přebírá jeho kolega z curyšské psychiatrické kliniky prof. Eugen Bleuer. Forel i nadále s léčebnou spolupracuje (v podstatě až do své smrti v roce 1931), pomáhá rozvíjet další léčebné přístupy a rozvoj léčebny. V roce 1911 umírá Jakob Bosshard, na jehož místo nastupuje Fritz Allenbach. Úmrtím Bossharda se zakončuje první etapa rozvoje léčebny, která znamenala zásadní průlom v rozvoji a chápání protialkoholní léčby v evropském kontextu. Svým přístupem k léčbě, k pacientům a celistvým pojetím léčby závislosti na alkoholu, a to včetně prosazování specializovaného přístupu, vytvořili základ a inspiraci pro vznik dalších obdobných zařízení v evropském měřítku.

Zřízení ellikonské léčebny, jejíž přístup k závislým na alkoholu se výrazně odlišoval od tehdejších léčebných strategií, a vytvoření rovnocenné spolupráce mezi odborníky a motivovanými a poučenými laiky bylo výrazným mezníkem v institucionální léčbě závislosti na alkoholu. Významný vliv měl ellikonský léčebný přístup i na protialkoholní a léčebné přístupy na našem území, a to již v době před 1. světovou válkou a za Republiky československé. Tento přístup inspiroval klíčové osobnosti našeho protialkoholního hnutí, které podle ellikonského vzoru vybudovali první specializovanou léčebnu ve Velkých Kunčicích a následně i tuchlovskou léčebnu.

Léčebna v Ellikonu je v léčbě závislosti špičkovým pracovištěm do dnešních dní a její inovativní a progresivní přístupy, jejichž nedílnou součástí je neustálý rozvoj – jak v oblasti léčby, tak i logistického zabezpečení, z ní tvoří významného hráče nejen ve švýcarském, ale i evropském měřítku.

Role autorů | Jaroslav Šejvl provedl vyhledání a fixaci historických dokumentů, následně jejich seřídění podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu, vývoje, zpracoval článek a provedl jeho finální úpravu. Miroslava Mašláňová se podílela na analýze historických dokumentů. Michal Miovský provedl revizi tematického vztahu seříděných dokumentů, podílel se na zpracování článku a jeho finální úpravě.

Konflikt zájmů | Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA / REFERENCES

- Duka, N. (2015). Prvé hnutie striedmosti na Slovensku v XVI. storočí. *Akoholizmus a dragové závislosti (protialkoholický obzor)*, 50(5), p. 251–255.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- Forel Klinik. (2010). *Mit der freundlichen Unterstützung des Vereins Forel Klinik*. Zürich: Römerhof Verlag.
- Griffith, E. (2000). *Alcohol, the ambiguous molecule*. London: Penguin Books.
- Huss, M. (1849). *Alcoholismus chronicus eller Chronisk alkoholssjukdom : ett bidrag till dyskrasiernas kannedom, enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm: Joh. Beckman.
- Keller, A.: *Vod der Trinkerheilstätte zur evidenzbasierten Behandlung*. Ellikon: Suchtsymposium Psychiatrische Klinik Herisau, n.d.
- Kern, S. (2014). *Der Weg aus der Abhängigkeit*. Stadtanzeiger, Dienstag, 6. května 2014, p. 13.
- Konařík, B. (1909). *Bude Ellikon též na Moravě?* Brno – Zdravotnické rozhledy: Jos. Schmidt.
- Konařík, B. (n.d.). *Proč nebyl vždy Tuchlov plně obsazen*. Praha: archiv Národního muzea.
- Kosmova kronika česká (vyd. Z. Fiala, M. Bláhová, přel. K. Hrdina, M. Bláhová), Praha 1975, 2. vyd., s. 80–82.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, a. s.
- Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii. *Čs. Psychologie*, 4 (40), 304–314.
- Reimann, A. (1989). *100 Jahre Forel –Klinik. Wirken der Heilstätte für Alkoholranke in Ellikon an der Thur (Kanton Zürich) 1888–1988*. Verein Forel-Klinik Ellikon an der Thur.
- Rush, B. (1811). *An Inquiry into the effects of ardent spirits on the human body and mind, with an account of the means for preventing and of the remedies for curing them*. New York: Cornelius Davis.
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Skála, J. (1988). *... až na dno? 4. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Avicenum/zdravotnické nakladatelství.
- Šejvl, J. & Miovský, M. (2017). Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911 – 1915). *Adiktologie*, 17 (2), s. 134–146.
- Šejvl, J. & Miovský, M. (2018). The first inpatient alcohol treatment facility in the Czech Republic: Case study of the Tuchlov institution (1923–1938). *Adiktologie*, 18(2), p. 97–104.
- Šejvl, J., Mašláňová, M. & Miovský, M. (2019). The oldest addiction treatment institution on the historical territory of Slovakia: The Istebné nad Oravou treatment facility (1937–1949). *Adiktologie*, 19 (1), p. 17–25.
- Trotter, T. (1804). *An essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body*. London: T. N. Longman and G. Rees.