

Přílohy

Příloha č. 1

Citace: 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), pp. 134–146.

The First Specialised Residential Treatment Institution and Programme for Alcohol-Related Problems in the Historical Area of Bohemia and Moravia: Case Study of the First Residential Alcohol Programme in Velké Kunčice



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

BACKGROUND: A continuous tradition of institutional inpatient alcohol treatment in what is now the Czech Republic dates back to 1948. At present this type of treatment generally involves the so-called “Apolinar Addiction Treatment Model”. Prior to the establishment of this treatment facility, there were three institutional inpatient facilities specialising in the treatment of alcohol dependency in what was then, or was later to become, Czechoslovakia. They were located respectively in Velké Kunčice, Tuchlov, and Istebné nad Oravou. The founder of the current model built upon these earlier efforts. **AIMS:** To explore the development, operation, and dissolution of the specialised inpatient alcohol treatment facility in Velké Kunčice, the earliest establishment of its kind in what is now the Czech Republic, using a case study. The person of Father Bedřich Konařík, its founder and a pioneer of modern addictology, will also be addressed. **METHODS:** Qualitative content analysis of available historical documents was used to collect the data.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 onset and development of the phenomenon of institutional inpatient

treatment. **RESULTS:** F. Bedřich Konařík was concerned with the issues of alcohol dependency and alcohol abuse from 1901 onwards. His first treatises on alcohol dependency were published in 1908. In these texts, in addition to other observations, he advocated the establishment of a specialised institution dedicated to the treatment of alcohol dependency. The institution he had called for was opened in 1911, with F. Bedřich Konařík-Bečvan becoming its manager. The treatment facility remained in operation until 1915, when it was closed down because all the patients were called up to fight in World War I. **CONCLUSION:** Qualitative analysis of historical documents confirmed the existence and efficiency of a fully-fledged institutional treatment facility, which from 1911 to 1915 provided alcohol treatment to male patients in Velké Kunčice. This unique treatment approach was initiated on the territory of this country by F. Bedřich Konařík, who drew inspiration for this approach especially from Switzerland, Sweden, and Germany. In view of the above, F. Bedřich Konařík can justly be considered the founder and pioneer of modern residential alcohol dependency treatment in Central Europe.

KEY WORDS: GAMBLING – ONLINE GAMBLING – OFFLINE GAMBLING – LAND-BASED GAMBLING

Submitted: 28 / FEBRUARY / 2017

Accepted: 3 / AUGUST / 2017

Grant support: This study was made possible by institutional support provided by Charles University, the Progress No. Q06/LF1 programme, and specific-purpose support by the Ministry of Health of the Czech Republic.

Address for correspondence: Jaroslav Šejvl / jaroslav.sejvl@f1.cuni.cz / Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 120 00 Prague 2, Czech Republic

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, J., MIOVSKÝ, M.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

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

VYCHODISKA: Institucionalizovaná ústavní protialkoholní léčba má na území České republiky od roku 1948 kontinuální tradici. V současné době je v tomto typu léčby zpravidla aplikován tzv. „Apolinářský model léčby závislosti“. Před vznikem tohoto léčebného zařízení existovala na našem území tři institucionalizovaná ústavní zařízení specializovaná na léčbu závislosti na alkoholu – Velké Kunčice, Tuchlov a Istebné nad Oravou, na které současný model a jeho autor navazoval. **CÍLE:** Zmapování historie vzniku, fungování a zániku nejstaršího specializovaného lůžkového zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na našem území ve Velkých Kunčicích formou případové studie, a to včetně osoby zakladatele moderní adiktologie P. Bedřicha Konaříka. **METODY:** Pro sběr dat byla použita obsahová kvalitativní analýza fixovaných historických dokumentů, které byly sestaveny podle vzájemného tematického vztahu v kontextu vzniku a vývoje fenoménu institucionalizované ústavní léčby. **VÝSLEDKY:** K problematice závislosti na alkoholu a nadměrnému užívání alkoholu se P. Bed-

řich Konařík věnoval již od roku 1901. Odborně profilované publikace k závislosti na alkoholu vydává od roku 1908, kdy v nich, kromě jiného vysvětluje potřebu vzniku specializovaného ústavního zařízení zaměřeného na léčbu závislosti na alkoholu. V roce 1911 toto zařízení zahájilo provoz, a P. Bedřich Konařík se stává jeho správcem. Léčebna je provozována do roku 1915, kdy v důsledku povolání všech pacientů do Světové války zaniká. **ZAVĚR:** Kvalitativní analýza historických dokumentů potvrdila existenci a funkčnost plně hodnotného institucionalizovaného léčebného zařízení, které se v letech 1911 až 1915 ve Velkých Kunčicích zaměřovalo na léčbu závislosti na alkoholu pro mužské pacienty. Autorem unikátního léčebného přístupu na našem území byl P. Bedřich Konařík, který se tímto přístupem inspiroval zejména ve Švýcarsku, Švédsku a Německu. S ohledem na tuto skutečnost můžeme považovat P. Bedřicha Konaříka za zakladatele a průkopníka moderní středoevropské adiktologické ústavní léčby závislosti na alkoholu.

KLÍČOVÁ SLOVA: P. BEDŘICH KONAŘÍK-BEČVAN – JAROSLAV SKÁLA – ZÁVISLOST NA ALKOHOLU – HISTORIE LÉČBY – LÉČEBNÝ PROGRAM – LŮŽKOVÝ PROVOZ – KVALITATIVNÍ OBSAHOVÁ ANALÝZA DOKUMENTŮ

Došlo do redakce: 28 / ÚNOR / 2017

Přijato k tisku: 3 / SRPEN / 2017

Grantová podpora: Článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a účelové podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Korespondenční adresa: Mgr. Jaroslav Šejvl / jaroslav.sejvl@ff1.cuni.cz / Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 ÚVOD

Ústavní léčba závislosti na alkoholu je z institucionalizovaného pohledu v obecném povědomí v naší zemi spojena zejména se jménem doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc., a protialkoholní léčebnou u Apolináře, která byla založena v září roku 1948, tehdy jako součást Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy (Popov & Miovský, 2013). Cílem protialkoholní léčby bylo a doposud je snižovat negativní důsledky užívání alkoholu, a to jak na jedince (Zima, 2006; Vondráčková & Štátná, 2012;), specifické profese, sociální, věkové skupiny (Adámková et al., 2009; Burešová & Vacek, 2012) či společnost (McGovern et al., 2011; Běláčková et al., 2012). Negativní důsledky užívání alkoholu na lidskou společnost jsou v dnešní době dostatečně dobře popsány a jsou nezpochybnitelné i na úrovni střední hladiny spotřeby a v některých případech též na úrovni tzv. umírněného pití (např. Miovský, 2017). S preciznějším poznáním vlivu alkoholu na zdraví a společnost se zlepšuje zpracovanost přístupu k závislým (Vondráčková & Vacek, 2012).

Linie zakládající tradici ústavní profesionální léčby závislosti na alkoholu je druhou základní historickou vývojovou linií fundamentu tuzemské moderní adiktologie. První z nich tvoří tradice svépomocně orientovaných programů a intervencí, sahající do konce první poloviny 19. století (Mioviský et al., 2015). V její nejstarší části je reprezentována svépomocnými spolky, církevními pomocnými aktivitami a podpůrnou charitativní činností. Celá tato linie pak po přelomu století získává již v prvních dvou dekadách na velkém významu a vytváří základ pro pozdější, velmi bohatě rozvíjenou tradici svépomocných programů a aktivit (podrobněji viz Gabrhelík & Mioviský, 2009). Zdá se, že zformování linie profesionální ústavní abstinencně orientované léčby nijak negativně neovlivnilo existující starší svépomocnou linii a naopak se zdá, že jejich poklidná koexistence a vzájemná tolerance daly základ pozdějšímu vzniku unikátní kombinace obou linií v podobě vznikajícího programu u Apolináře v roce 1948, kdy dokonce socioterapeutický KLUS (Klub lidí usilujících o střizlivost) formálně vznikl o celých 6 měsíců dříve (5. února 1948) než samotný léčebný lůžkový program (září 1948) při Psychiatrické klinice Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy.

Zmínky o problémovém pití alkoholu a o nutnosti přijít s nějakým řešením se objevují již ve středověku a raném novověku¹. Jednou z významných zmínek jsou i Dekreta Břetislavova (1039). Od počátku 19. století začínají vycházet práce, které se zaměřují na rizika požívání alkoholu. Jednalo se např. o tyto: *Pjseň nowá o užitku nepokogné kořalky w nowě na swětlo wydaná, Wytisstěná nyněgssjho roku* (anonym, poč. 19. století), *Abhandlung vom dem Laster der Trunkenheit* (Rampel, 1812). V roce 1838 vychází překlad

publikace *Poučení o pití kořalky, podle Německého sepsáno ku prospěchu národu českoslowanskému w Čechách, w Moravě a Uhrách na swětlo wydáno a Sorgerova dizertační práce zpracovaná na Karlo-Ferdinandově univerzitě *Conspectus sistens observationes circa delirium cum tremore potatorum anno 1837 et priore semestri 1838 in clinico medico Pragensi sub auspiciis.**

V roce 1840 navazují knihy *Kořalečnj mor aneb Kratochwilné poučenj, proč a gak se člověk pitj kořalky warowati má* (Zschokke, 1840), *Následkové pitj kořalky s připojenjm některých ponaučenj pro lid wenkowský* (Spurný, 1840). Další dizertací byla Procházkova *De morbis potatorum* (1842), tedy O chorobách pijáků. V roce 1899 Sněm Království českého zadal Zemskému výboru Království českého, aby vypracoval šetření o rozšíření moru kořalečnického (Pantůček, 1905). Na Moravě mělo protialkoholní hnutí bohatou historii již před druhou světovou válkou. Působil zde, od roku 1900, první český protialkoholní spolek, založený na podnět politika Hybeše, který se stal prvním předsedou. V roce 1902 začíná spolek vydávat první český protialkoholní časopis „Blaho lidu – ke šíření ideí protialkoholních.“ Spolek působil po celé Moravě a zapříčinil vznik dalších spolků, např. v Přerově, Prostějově a Ostravě (Mikotová, 1981). V roce 1905 byl v Praze založen Zemský spolek proti alkoholismu.

● 1 / 1 Alkohol v Rakousku na počátku 20. století

„My máme tři bohy, my jsme mnohobožci, máme zvláštní trojici: jeden bůh je víno, voda sluneční, druhý je voda vařená, pivo, a konečně voda ohnivá, a to je duch, pravý duch, spiritus“ (Masaryk, 1905; 1922, p. 3). Masaryk dále uvádí, že se v Rakousku vydá za všechny lihové nápoje ročně 1400 milionů korun, což je dvakrát tolik, než kolik je roční rozpočet armády. Stejně tak definuje alkoholismus, resp. alkoholika: „Alkoholismem rozumíme to pravidelné a zosobnělé užívání alkoholu, ne ojedinělé. Piják se vyznačuje tím, že své pití nereguluje žízň. Normální člověk jí, když má hlad, a jí, až má hlad. Ale s pitím je to jinak; lidé nepijí, až mají žízeň, nýbrž pijí bez skutečné potřeby, ze zvyku, obyčejně tenkrát, když to, co předtím vypili, ani ještě nestrávili. – Když já jsem dorůstal, rozuměl se pijákem kořalečnick; dnes pojem je širší. Dnes pivaři jsou v tomže stupni jako kořalečnicki, slovo „piják“ znamená také pivaře. Ba – právě piva se nejvíce spotřebuje; pivo dnešnímu alkoholismu dává ráz. Spotřebuje se mnohem méně kořalky a vína než piva, nynější alkoholismus jest pivařstvím“ (Masaryk, 1905, 1922, p. 4). (Tabulka 1.)

O vzniku a vývoji specifických léčebných programů na našem území a přístupu k závislým referuje ve svých starších pracích z 50. až 80. let nejen Skála (např. Skála, 1957), ale i ostatní autoři (Vondráček, 1968; Urban 1973). Při popisu léčebných programů se často nejednalo jen o prostou in-

1/ Pokud nebereme v úvahu regulaci požívání alkoholu z náboženských důvodů, která je upravena např. Biblií.

Tabulka 1 / Table 1

Spotřeba 100% alkoholu v litrech na osobu v jednotlivých zemích (Masaryk, 1905, 1922, p. 5)

Consumption of 100% alcohol in litres per capita in different countries (Masaryk, 1905, 1922, p. 5)

země	1898–1900
	spotřeba v litrech
Francie	21,25
Belgie	15,17
Švýcarsko	14,19
Itálie	13,77
Dánsko	12,83
Německo	10,76
Anglie	9,97
Rakousko-Uhersko	9,37
Švédsko	6,33
Nizozemsko	5,76
Severní Amerika	5,68
Rusko	3,05
Norsko	2,9

formaci o jejich existenci, ale také o popis metod a přístupů, o časovou organizaci dne při pobytu v léčebném zařízení a pravidlech pro pacienty i zaměstnance. Například Novotná (2008) popisuje svoji účast na Skálově programu intenzivní léčby v přírodě pro muže závislé na alkoholu v roce 1983. Významnou součástí kvalitního léčebného programu byl samozřejmě také stravovací režim a specifická nutriční doporučení. Léčebné týmy zřetelně od samého začátku pracovaly s vyváženým přístupem a do léčebných programů zahrnovaly rovněž komponenty zabývající se nutriční skladbou jídelníčku, tj. přísunem všech potřebných látek, zejména vitamínů, o které byl organismus v rámci nadměrného užívání návykové látky ochuzen a kterých má při zahájení léčby nedostatek (Köhlerová & Čablová, 2013; Čablová et al., 2015).

Přístup k léčbě závislosti na návykových látkách a k závislým je v moderní podobě založen na tzv. bio-psycho-sociálním modelu, kdy významným faktorem je rovněž spirituální složka (Kudrle, in Kalina, 2008, p. 17). Nejedná se však o přístup nový. Již např. Riesel cituje, z doby svého příchodu do Apolináře v roce 1959, myšlenku apolinářské psycholožky Otterové², že: „...abstinence od alkoholu nesmí být vybilená a prázdná místnost. Musí se zaplnit a okrášlit kytičkami, obrázky a doplňky, aby se líbila a nebyla nudná“ (Riesel, 2003, p. 114). Pokud se podíváme na dílčí principy a zmíněný spirituální rozměr léčby, zjistíme, že na nich byl

2/ Psycholožka Marta Otterová je považována společně s Jaroslavem Skálou a Arnoštou Mafovou za trojici utvářející v 50. letech léčebný program Apolináře.



Obrázek 1 / Figure 1
P. Bedřich Konařík

založen také Křížový spolek a pravděpodobně vůbec první protialkoholní léčebna na našem území ve Velkých Kunčicích³. Hlavním hybatelem a vůdčí osobností, která stála za vznikem Křížového spolku pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě, byl p. Bedřich Konařík. Narodil se 13. dubna 1878 v Halenkově, gymnázium vystudoval ve Valašském Meziříčí a po maturitě odešel studovat do Olomouce bohosloveckou fakultu, kde byl v roce 1903 vysvěcen na kněze (Obrázek 1). O problematiku alkoholismu se zajímal již během svých bohosloveckých studií. První texty týkající se pití alkoholu zaslal v osobní korespondenci již v roce 1901 Karlu Dostálovi-Lutinovovi do Nového života (Konařík, 1901).

Cílem naší práce je na základě analýzy archivních dokumentů zmapovat vznik, rozvoj a zánik prvního specializovaného ústavního léčebného zařízení zaměřeného na léčbu závislosti na alkoholu. Jak již bylo uvedeno, za první takto specializované zařízení je obecně považována ústavní léčba u Apolináře založená a vedená doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, CSc. Dnes je již na základě shromážděných dokumentů zřejmé, že prvním takovým léčebným zařízením byla léčebna ve Velkých Kunčicích. Na ni v době první republiky navázaly protialkoholní léčebny v Tuchlově na severu Čech a Istebném nad Oravou na Slovensku. Léčba závislosti na alkoholu má u nás více než 100letou tradici a je zřejmé, že Skála měl ve svém přístupu na koho navazovat, zejména s ohledem na léčebné programy a přístupy.

● 2 METODOLOGIE PŘÍPADOVÉ STUDIE

Autoři provedli obsahovou kvalitativní analýzu získaných historických dokumentů sestavených dle vzájemného tematického vztahu v kontextu vzniku a vývoje fenoménu ústavní léčby závislosti na alkoholu. Základní postup při obsahové

3/ Dnes Kunčice pod Ondřejníkem.

analýze odpovídal např. pojetí Plichtové (1996, pp. 311–313), rozdělující proceduru do několika základních fází. Východním bodem byla definice a identifikace vhodných dokumentů pro obsahovou analýzu, jejich setřídění, popis a kategorizace. Následovala fáze definování základních jednotek, tvorba systému kategorií a těmto kategoriím odpovídajících kódů. V rámci analýzy jsme využívali různých jednodušších metod podle Milese a Hubermana (1994), jako je např. metoda vyhledávání vzorců.

● 3 LÉČEBNA PRO ALKOHOLIKY VE VELKÝCH KUNČICÍCH

Základním problémem práce s historickými dokumenty je dobová terminologie a úskalí jejího převodu do současnosti. Ve starších pracích se samozřejmě neobjevuje termín „závislost“ nebo „závislost na alkoholu“ a celý terminologický rámec odpovídá do té doby silně převažujícímu morálnímu modelu závislosti (podrobněji viz např. Millerová, 2011). Tomu odpovídají též nejen samotné klíčové pojmy, ale také celé názvy publikací a základní diskurs textů (typicky např. kořaleční mor atd.). Je proto třeba zohlednit tuto skutečnost a s jednotlivými termíny zacházet interpretačně opatrněji (viz též terminologická poznámka v textu, Miovský et al., 2015).

● 3 / 1 Kontext vzniku a důvody zřízení léčebny v Kunčicích

V roce 1908 vydává Konařík svoji první monografii zaměřenou na problematiku alkoholu, *Léčebna pro alkoholiky*. V úvodu se zabývá důvody, proč se člověk stane alkoholikem, a co je to alkoholismus. Představuje širší koncept chápání závislosti na alkoholu, kdy neupřednostňuje pouze osobu závislého, ale na stejnou úroveň staví i nejbližší rodinu a hodnotí rizika, která mohou nastat v souvislosti a pitím alkoholu (zdravotní, sociální, výchovná a prekriminální). Zamýšlí se nad tím, jak lze s člověkem závislým na alkoholu pracovat z hlediska zdravotního, společenského a rodinného. Pokládá si vpravdě nerudovskou otázku: Kam s ním? „Do blázince se nehodí, do nemocnice nesmí, do káznice ho přece nedáme, na polepšovnu je starý! Co s ubožákem?“ (Konařík, 1908, p. 4).

S ohledem na to, že sám působil hlavně v oblasti Prostějova, byla jeho snaha o založení prvního léčebného zařízení zaměřena právě na Hanou, do okolí prostějovských lesů. Velmi dobře si uvědomoval rizika spojená s otázkou „píjácství“ a snažil se předvídat argumenty svých odpůrců s vysvětlením, proč je založení léčebny pro alkoholiky důležité.

Uvádí tři základní námitky svých oponentů (Konařík, 1908, p. 4): (1) „Nechť stát zavře putyky a hospody, nechť omezí nebo zakáže výrobu lihovin – pak nebude třeba stavět pro opilce léčebny!“; (2) „Dobrá, léčeben pro alkoholiky jest potřeba, ale ať je vystaví stát a země. Dovedou-li těžiti z výroby a z prodeje lihovin, ať se postarají také o ubohé oběti al-

koholismu.“; (3) „Škoda práce, neboť alkoholici jsou už ztraceni. Ty už nechme jejich osudu a starejme se o střídmost mládeže!“, které podrobuje kritickému zhodnocení, racionalizuje je s ohledem na status quo a definuje své protiargumenty.

Konařík námitky považuje za dětinské. V prvním argumentu nejde totiž jen o lihoviny (kořalku), ale i o pivo, víno a likéry. Stejně tak považuje za významné riziko skutečnost, že si lidé alkohol nakoupí a budou jej pít doma, kde budou negativním příkladem svým dětem. Řešením není ani zákaz výroby nebo prodeje alkoholu, neboť bude dovážěn ze zahraničí; v případě zákazu dovozu bude dovážěn „podloudně“ (Konařík, 1908, p. 4). Faktorem, který může mít význam v této části snižování spotřeby alkoholu, je zpřísnění vydávání povolení (koncese) k provozování pohostinské činnosti, omezení výroby lihovin a přímý dozor státu nad jejich výrobou. Tento postup ale nelze považovat za jediný, který vyřeší problém alkoholismu. V závěru své argumentace k tomuto bodu pochybuje o tom, že je něco „podobného u nás možno v dohledné době, aby se totiž odhlasovalo zavření putyky, zákaz výroby lihovin apod. Nemyslíte, že by bylo nutno docela jiné složení parlamentu a že by to zlomilo nejednomu ministerskému kabinetu krk?“ (Konařík, 1908, p. 5). S druhým argumentem Konařík souhlasí. Uvádí, že v takovém případě by bylo nutné: „...složit ruce v klín, a čekejme, až bude v parlamentě hodně lidí, kteří o věc projeví zájem a kteří budou pečovat o založení léčeben. Zatím ať alkoholici kazí své okolí, ať vraždí, podpalují, mrhají majetek národní, ničí své rodiny ... Však za nějakých sto let si stát vzpomene!“ (Konařík, 1908, p. 5). Autor zdůrazňuje nutnost aktivního řešení situace (zakládání léčeben), a to bez ohledu na postoj státu. Stát a země by měly těmto aktivitám pomáhat, ale nelze spoléhat na to, že je vyřeší. K poslednímu argumentu uvádí fatální kauzu z hor (manžel koupil své závislé ženě soudek alkoholu domů, aby nepila na veřejnosti; ta následně zemřela na otravu alkoholem), a zdůrazňuje nutnost řešení pití alkoholu zejména v odlehlejších oblastech země (samoty, hory), kde je nadměrné pití alkoholu významně rozšířeno. Argumentuje zde křesťanskými zásadami a tím, že: „...třtina nalomená se nemá dolomit, ale napřimit. Alkoholik ještě není načisto ztracen. Dostane-li se do nového prostředí, kde nemá po ruce lihovin, může se snadno vyléčit ze své vášně“ (Konařík, 1908, p. 6).

Již v roce 1908 si Konařík všimá dvou významných léčeben – švýcarského Ellikonu (ten navštěvuje osobně, ale až v roce 1909) a švédského Eolshällu (ten navštívil osobně v roce 1907 při příležitosti „sjezdu antialkoholiků“), jejich principů léčení a jejich cílů. Obsírně informuje o principech fungování léčebny Eolshällu, kdy popisuje její zázemí, polohu, rozmístění jednotlivých budov a pokojů pro personál i pacienty a dále zmiňuje denní pořádek (řád léčebny), možnosti uplatnění jednotlivých pacientů s ohledem na jejich povolání, poplatky za pobyt v léčebně a jejich úhradu, sprá-

Tabulka 2 / Table 2

Počet pacientů a úspěšnost léčby Ellikonu v letech 1889 až 1902 (Konařík, 1909, p. 10)

Ellikon facility: number of patients and treatment success rate, 1889–1902 (Konařík, 1909, p. 10)

p. č.	1889–1902		výsledek léčby
	počet pacientů	%	
1	213	37,57	dále abstinující
2	120	21,16	neabstinují, žijí střídě
3	234	41,27	nezvěstní/recidivující
Σ	567	100,00	celkem

vu ústavu a principy fungování důvěrníků na pokojích. K metodě léčení uvádí, že není třeba přísnosti nebo trestů tak, jak se to vyskytuje v Anglii. Nezapomíná ani na význam podpory pacientů po propuštění z léčby a udržování vzájemného kontaktu. Následně představuje vlastní vizi léčebného ústavu, kdy je pro něj švédský léčebný systém vodítkem, ale uvědomuje si, že jej nelze vzít jako jednoznačný vzor.

Na konci října 1908 podal Konařík skrze poslance Přikryla žádost o finanční podporu/subvenci na zřízení tohoto zařízení jak na zemský, tak i statní orgán. Následujícího roku navštěvuje Ellikon a publikuje komplexní zprávu o jeho fungování. Zde již přesně popisuje administrativní náležitosti, které jsou nezbytné pro fungování léčebny: formulář lékařského vyšetření k přijetí pacienta do léčebného ústavu, domácí řád a stanovy léčebného zařízení. Najdeme zde i statistiku Ellikonu zpracovanou za celou dobu provozování léčebny od roku 1889 do roku 1902. (Tabulka 2.)

Dne 11. října 1909 se Moravský zemský sněm usnesl na zamítnutí žádosti o finanční podporu. Po zhodnocení finanční situace se spolek rozhodl pokusit se založit léčebnu na Valašsku, a to s ohledem na příznivější ceny nemovitostí a pozemků. Stejně tak se rozhodl, že větší šanci na dosažení cíle bude mít organizace (Křížový spolek) než pouze samostatná fyzická osoba. Založení spolku mělo současně dvě roviny, které se vzájemně doplňovaly – měl být funkčním doplňkem Československého abstinentního svazu a zároveň zemským spolkem velkého mezinárodního křížového svazu katolického, který byl založen roku 1909 v Londýně (Konařík, nd.). Významně finančně podpořili vznik spolku, resp. léčebny, kromě Konaříka, který byl jednatelem spolku, majitelé firem Fr. Wichterle a Karel, hrabě Sailern (Konařík, 1910e, p. 1). Cílem spolku bylo prosazovat na Moravě abstinenci, tj. „zdrženlivost⁴ ode všech lihových nápojů⁵“, a podílet se na léčbě závislých na alkoholu. Mezi důvody, které k těmto cílům měly směřovat, patří tyto faktory (Konařík, 1910b, p. 4):

4/ Konařík uvádí, že význam má pouze absolutní zdrženlivost od alkoholických nápojů, neboť „i stříděné požívání lihovin oslabuje tělesné zdraví“ (Konařík, 1910b, p. 3).

5/ Mezi tzv. lihové nápoje se řadily všechny alkoholické nápoje – pivo, víno, likéry a „kořalky silné i slabší.“

- nemocnost, kterou závislost anebo nadměrné užívání alkoholu způsobuje („choroby nervové, choroby mozku, srdce, žaludku, ledvin a jater“),
- mravnost, neboť „píjáčství lihovin“ se podílí na vraždách, zločinech, ublížení na těle a osobních urážkách⁶,
- hospodářskost, kdy nadměrné užívání alkoholu způsobuje finanční výdaje a může vést k chudobě, ...protože otec (a někdy i matka) propil v kořalce krásný statek.“

Členové spolku měli povinnost řádně odvádět roční příspěvek ve výši min. 1 koruny ročně. Byly na ně kladeny i požadavky týkající se jejich chování a vystupování na veřejnosti a reprezentování spolku navenek – za hlavní požadavky bylo stanoveno nebýt pyšný na svoji abstinenci a nedávat ji na odív, nepohrdat opilci, dbát všech zákonů a nařízení, zakládat odbory protialkoholního spolku, konat řádné schůze a vzdělávací (osvětové) akce.

Velmi významným prvkem, o který se chtěli při realizaci léčebny zasadit, byla změna přístupu k lidem závislým na alkoholu. Konařík v Asylech pro pijáky cituje Bosshardta, se kterým se ztotožňuje v tomto přístupu: „Nutno však jest se vystříhati, aby tyto léčebny měly na sobě ráz něčeho zneuctujícího a zahanbujícího. Léčebna nebo lépe asyl pro pijáky nemá a nesmí být ničím jiným než nemocnicí pro nemocné alkoholismem a domovem pro ony nešťastné bližní, kteří uchváteni proudem píjáčství ztratili kompas životní a pomoci i lásky naší potřebují. Nemělo by to býti, aby se lékaři hnutí abstinentního posmívali, aby jeho význam byl podceňován. Je mi nepochopitelné, jak může řádný lékař popírat zvláštní význam hnutí abstinentního v léčení pijáků“ (Bosshardt, in Konařík, nd., p. 2).

Teoretický i praktický zdroj informací o zřízení léčebny pocházel z do té doby publikované literatury (zejména autorů Dr. Viléma Boda a Dr. Vil. Martia) a z vlastních návštěv Konaříka v jednotlivých léčebnách po Evropě. Jednalo se zejména o švýcarský Ellikon, který byl pro Bedřicha Konaříka hlavním zdrojem informací a vzorem (několikrát navštívil jeho ředitele Jakoba Bosshardta⁷), a dále o švédskou léčebnu Eolshäll u Stockholmu, dále o léčebny St. Kamitus

6/ „Mnozí se opíjejí s tím úmyslem, aby mohli s větší smělostí a nestydatostí dopustit se zlého činu“ (Konařík, 1910b, pp. 3–4)

Haus ve Werden Hausenu, Salem u Ricklingu (Neumünster) a Temperance Hospital v Londýně. Stejně tak se inspiroval informacemi získanými na VIII. mezinárodním sjezdu proti alkoholismu ve Vídni (1901), sjezdu spolku německých léčeben v Kielu⁸ (1910) a Petrohradu (1911).

Kielský sjezd Konaříka ovlivnil v náhledu na filozofii fungování léčebny a principy léčby. Vyslechl si názory na variabilitu rozsahu svobodného jednání pacientů, kteří jsou v léčebně. Sám zmiňuje názory léčeben ze severu Německa, které hájí velkou svobodu pacientů, jež vede k výchově k samostatnosti. Svoboda je v tomto případě založena na důvěře, že ji žádným způsobem nezneužijí. Naproti tomu porýnské katolické a protestantské léčebny hájily princip absolutní detence, a to bez možnosti vycházek, a úplné omezení osobní svobody. Sám se na základě osobní zkušenosti z léčebny v Salemu přiklání k modelu aplikovanému na severu Německa: „...vše otevřeno, a nikomu nenapadne utéci nebo do hospody odskočiti“ (Konařík, 1910d, p. 6). Na totožných principech je založen i Ellikon: „Kde je celá věc novinkou, tam varoval bych před zřízením ústavů, v nichž by pijáci násilím byli držáni a léčeni. S takovou by se pravděpodobně v zárodku pohrbila celá věc. Též by bylo osudným, kdyby léčebna byla založena jako odbočka nějaké státní polepšovny nebo ústavu pro choromyslné. Léčebna pro alkoholiky musí být nemocnicí, útočištěm, domovem samostatným. Nesmí být hanbou jít do takového ústavu se léčit. Proto jest lépe, založí-li se léčebny tyto pro začátek jako ústavy dobročinné“ (Konařík, nd., pp. 5–6). Konařík zde prezentuje i postoje, proč by léčebna neměla být zřizována státem, ale jak by její existenci měl stát všemi prostředky podporovat.

Neméně zajímavou informací je nejen přesná deskripce správy léčebny, ale i vhodnost založení podporujícího/svépomocného spolku bývalých pacientů. Za příklad uvádí Sobrietas, který byl založen v 1895, a k roku 1901 měl již 180 členů, kteří úspěšně abstinovali. Rozhodně není bez zajímavosti, že tento svépomocný spolek s prvky následné péče funguje do současné doby. Konařík svoji žádost adresovanou c. k. okresnímu hejtmanství doplnil v příloze svými čtyřmi vlastními publikacemi, které do té doby zpracoval a v kterých se věnoval vzniku abstinenčního hnutí a léčebného zařízení: 1) Léčebna pro alkoholiky, 2) Bude Ellikon též na Moravě?, 3) Azyly pro pijáky, 4) Boj proti alkoholismu a jeho léčení v zemích protestantských.

7/ Jakob Bosshardt, jeden z hlavních zakladatelů abstinenční léčebny Ellikon ve Švýcarsku.

8/ Sjezd se konal ve dnech 15.–18. června 1910 jako oslava k 25. výročí založení prvního protialkoholního spolku v Kielu.

● 3 / 2 Statek Parmovická č. 48 ve Valkách Kuněvicích v Frenštátu

Parmovická nemovitost bývala původně zájezdní a havířskou hospodou, kterou na statek koncem 19. století zrekonstruoval a zvelebil frenštátský městský stavitel Alfréd Parma. Na statku choval dostihové koně a zřídil zde i hostinec, který nazval „U zlaté hvězdy“.⁹ Součástí nemovitosti byly i sousední rozsáhlé pozemky – lesy, louky, pole a zahrady, a to v celkové rozloze přibližně 42 hektarů. Výběr parmovického statku Konařík odůvodňuje zejména s ohledem na dostatečný rozsah místa, které bude využito pro práci jak na poli, tak i v zahradě a lese, a bude možné z výtěžku pokrývat výdaje hospodářství léčebny. Za další pozitivum považuje okolní přírodu s dostatečnými zdroji vody, silnici spojující léčebnu s městem, blízkost tří lékařů a blízkou železniční stanicí, která zajišťuje dobrou dopravní obslužnost (Folprecht, 1993, p. 57; Konařík & Halenka, 1910e, pp. 1–2).

Parma pozemek společně s nemovitostí dne 11. května 1910 odprodal Křížovému spolku za částku 45.000 korun a současně se podílel na architektonickém řešení zamýšlené léčebny; zpracoval všechny stavební plány a zakreslil situaci jednotlivých budov. Léčebna byla primárně představována pro kapacitu 10–15 pacientů s tím, že následně bude zbudován zcela nový pavilon s plánovanou kapacitou pro 35 pacientů. V prvním patře byla zřízena kaple, kde se konaly pravidelné bohoslužby. Dne 26. srpna 1910 zaslal jednatel Bedřich Konařík c. k. okresnímu hejtmanství v Místku přípis, ve kterém předkládá ke schválení:

- domácí řád léčebny pro alkoholiky,
- způsob léčení a popis léčebny,
- formulář lékařského vysvědčení,
- rozpočet na zřízení léčebny v menším rozsahu pomocí adaptace,
- plán staré budovy před adaptací,
- budovu po adaptaci (plán) a
- seznam literárních prací o léčení alkoholismu.

V tomto přípisu žádalo vedení Křížového spolku c. k. okresní hejtmanství o podporu při projednání státní subvence u c. k. ministerstva vnitra ve výši 30 000 – 50 000 korun. Žádost o podporu byla odůvodněna tím, že k danému roku bylo v Německé říši celkem 40 léčeben obdobného typu, ve Švýcarsku 12 (8 pro muže, 3 pro ženy a 1 smíšená; první léčebna byla zřízena roku 1855) a v Rakousku-Uhersku žádná (Konařík, 1910a).

9/ Konařík jako autor románů a krásné literatury používal pseudonym Bedřich Konařík-Bečvan. V roce 1922 vydal v Olomouci u nakladatelství Eva (edice Knihnice Evy) román s autobiografickými rysy, který nazval „Hospic u zlaté hvězdy.“ Hospicem se zde rozumí specifické zdravotnické zařízení, které je zaměřeno na léčbu závislosti na alkoholu a kompletní resocializaci léčených.

● 3 / 3 Možnost zřízení léčebny a stanovené podmínky

Dne 12. září 1910 žádá za představenstvo Křížového spolku Bedřich Konařík c. k. okresní hejtmanství v Místku o vydání souhlasu s přestavbou statku v Parmovicích č. 48 z původního účelu na léčebnu pro alkoholiky. Na základě žádosti nařídilo okresní hejtmanství konání „komisionálního vyjednávání na místě samém dne 21. září 1910 o 3. hod. odpolední“ (c. k. okresní hejtmanství, 1910).

Zřízení léčebny bylo, v případě splnění stanovených podmínek, povoleno Výnosem c. k. Okresního hejtmanství v Místku č. 4203 ze dne 9. února 1911. Podmínky byly explicitně definovány na 4 strojopisných stranách do 20 samostatných bodů a jejich splnění bylo podmínkou pro kolaudaci léčebny.

Zajištění správných léčebných a administrativních náležitostí bylo zaměřeno zejména na status léčebny, kvalifikaci lékaře, podmínky pro přijetí pacientů, a to včetně vymezení nemocí, pro které pacient nemůže být přijat do tohoto typu léčebného zařízení (duševní nebo nakažlivá nemoc, tuberkulóza, sklon „k perverzím a zločinnostem“). Dále zde byla stanovena práva a povinnosti lékaře a pacientů a povinnost služebních instrukcí pro řídicího lékaře a administrativní a pomocný personál. Závěr podmínek se vztahoval k úpravě domácího řádu a formuláře lékařského vysvědčení. Závěr dokumentu nenechával představitele Křížového spolku pochybovat o nutnosti stanovené podmínky splnit: „Podotýká se, že léčebna nesmí činnost svoji zahájit, dokud provedení svrchu nařízených změn nebude okresním hejtmanstvím komisionálně schváleno a dokud místodržitelstvím na základě výsledku kolaudace a po nařízeném doplnění, pokud se týče změn normativ, nebude dáno povolení k užívání ústavu k žádanému účelu“ (c. k. okresní hejtman, 1911).

Dne 27. prosince 1911 byl představenstvu Křížového spolku zaslán přípis místodržitelství, kterým bylo vydáno povolení k zahájení činnosti „léčebny spolkové pro alkoholiky v čís. p. 48 ve Velkých Kunčicích zřízené.“ Místodržitelství ještě nařídilo zapracovat drobné změny a úpravy do statutu léčebny a do instrukcí pro pracovníky. Poslední a významnou podmínkou bylo, aby byla pro pacienty zajištěna stálá lékařská péče, a to i přes skutečnost, že lékař nebyl ubytován v sídle léčebny (c.k. místodržitelství, 1911, p. 2). Vedoucím lékařem byl jmenován obvodní lékař z Frenštátu pod Radhoštěm MUDr. František Formánek se stanovenou dojezdovou lhůtou 15 minut, správcem léčebny byl ustanoven „důstojný pán Bedřich Konařík, bydlící stále v léčebně samé; předsedou spolku byl prostějovský advokát JUDr. Alois Vrtal“ (Konařík & Vrtal, 1912, pp. 2–3).

● 3 / 4 Financování léčebny

Samostatnou a velmi složitou otázkou bylo nejen financování nutných prostředků na zřízení léčebny, ale i otázky spojené s financováním léčby a jejího běžného provozu. Konařík

si stěžuje, že není mezi obyvatelstvem pochopení pro vznik léčebny a žádná ze záložen nechce pomoci s financováním přestavby a zahájení provozu léčebny. I v tomto ohledu se inspiroval zahraničními zkušenostmi. Ve Švýcarsku bylo z 12 léčeben 8 financováno výlučně zdroji z charity, donátory (lidumily), dotacemi vlád jednotlivých kantonů a legáty.

S ohledem na špatnou vstupní finanční situaci nadále vedení léčebny počítalo s tím, že pacienti budou hradit částečně výlohy spojené s pobytem a léčbou, a to podle svého sociálního postavení a finančních možností v rozmezí od 2 do 5 korun za den (Konařík, 1910c, p. 1). V dalších letech se počítalo se zlepšením rozpočtu léčebny díky výnosům z vlastních sklizní a členskými příspěvky Křížového spolku a jeho odborů. V prvním roce bylo registrováno celkem 121 řádných členů, kteří přispívali minimální částkou 1 koruna za rok.

Samostatnou otázkou byla možnost úhrady za pobyt pacienta zdravotní pojišťovnou, což bylo u německých pacientů standardní, a to po celou dobu léčby v délce 1 roku (Konařík, 1910d, p. 6).

● 3 / 5 Provoz léčebny a její zánik

Provoz léčebny byl od svého počátku pevně rozdělen; část pracovníků se zaměřovala jen na správu a zabezpečení provozu léčebny (hospodářská část) a léčebnou část (tzv. „metoda léčebná“). Za každý segment odpovídal jiný pracovník, ale spolupráce mezi nimi byla velmi úzká a vzájemně propojená, což dokládá zejména služební instrukce léčebny.

Podrobné rozdělení jednotlivých funkcí a činností v léčebně uvádíme v originálním přepisu v příloze č. 1 až č. 4 článku. Léčba byla určena pouze pro muže a léčebna začínala s kapacitou 20 stálých lůžek. Kapacita se během provozu léčebny nezměnila, i když měl Konařík zpracované stavební plány na kompletní rekonstrukci léčebny a navýšení kapacity na min. 35 pacientů. Délka léčebného pobytu se pohybovala od 6 do 12 měsíců, pacienti mohli kdykoli léčebný program opustit. Na přijetí do léčebny nebyl nárok. Přijetí do léčebného režimu se nevázalo na náboženské vyznání; i přes skutečnost, že Konařík byl katolickým knězem, přijímal do léčebny i pacienty bez vyznání. „Součástí léčebny byly i dvě dílny – košíkářská a malírna dekoračního zboží, ve kterých se práce stala terapeutikem k převýchově alkoholiků. Vedoucím dílen se stal mladý, samorostlý malířský talent – Ferdiš Duša“ (Kubela, 1990, p. 42). Léčba byla zaměřena nejen na následnou trvalou abstinenci, ale součástí léčebného/odvykacího procesu byla i práce (v zimě zejména v dílnách, kde se vyráběly i hračky), na jaře až do podzimu vlese a na polích. To mělo dva základní významy. Prvním bylo zajištění určité samostatnosti léčebny – dřevo zpracované v lesích bylo použito v zimních měsících k vytápění léčebny, čímž odpadla nutnost za dřevo platit, a vypěstovanými plodinami a produkty zemědělských zvířat zajistit jednak stravu pro pacienty a personál léčebny a jednak jejich prodejem financovat chod léčebny. Dalším významným při-

nosem byla sociální adaptace a resocializace pacientů, tedy opětovné získání schopností postarat se o sebe a případně o svoji rodinu po ukončení léčby. Dalším nesporně zajímavým momentem byla vzájemná podpora, tedy nejen snaha o udržování vzájemného kontaktu mezi pacienty, kteří úspěšně absolvovali léčbu, ale i mezi pacienty a léčebnou, rovněž i vzájemná podpora v léčbě. Jejím cílem bylo klást důraz i na vzájemnou podporu v abstinenci tak, jak se inspiroval ve Švýcarsku. Tento přístup v sobě integroval z dnešního úhlu pohledu nejen svépomocnou skupinu, ale i určitou formu následné péče.

Poslední částí léčebného pobytu byla duchovní/spirituální složka. Pro ty pacienty, kteří byli věřící, to byla modlitba a společná mše v kapli, jež byla součástí léčebny; pro ty, kteří vyznávali jiné než katolické náboženství, nebo byli bez vyznání – společenské večery, výlety do hor, četba knih a z knih.

Podrobné informace o běžném provozu léčebny, počtech pacientů, úspěšnosti léčby a dalších skutečnostech nebyly oproti tuchlovské léčebně dohledány. Stejně tak není zřejmé přesné datum, kdy léčebna zanikla. Zpravidla (např. Morovicsová & Falisová, 2016, p. 291) je uváděna obecná informace, že léčebna ve Velkých Kunčicích zanikla v důsledku 1. světové války v jejím průběhu, nejčastěji je uváděn rok 1915.

● 4 DISKUSE A ZÁVĚR

Vznik prvního specializovaného zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na našem území je, i přes své limity dané kvalitou a rozsahem dochovaných a nalezených dokumentů, významným zdrojem informací. Jeho vznik ještě za doby Rakouska-Uherska měl zásadní význam pro vznik léčebného zařízení v Tuchlově v roce 1923. Právě díky svým zkušenostem a znalostem Konařík léčebnu Tuchlov koncipoval již odlišně a i díky tomu v ní působil delší dobu. Na Konaříkovy zkušenosti se založením a provozem léčebny navázala i činnost protialkoholního odboru Ministerstva zdravotnictví Československé republiky. Nadměrné užívání alkoholu a závislost na něm bylo již na přelomu 19. a 20. století poměrně významnou zdravotní, sociální a rodinnou zátěží na našem území. I přes jasné postupy při řešení problémů způsobených alkoholem v ostatních zemích Evropy – ať v Německé říši, tak ve Švýcarsku, Švédsku, Velké Británii a dalších, Rakousko-Uhersko na vzniklý problém adekvátně nereagovalo. A to ani po stránce zdravotní (léčebné), ani legislativní či společenské.

Je nesporné, že Konařík svým inovativním přístupem¹⁰ posunul v odborné společnosti vnímání problémů, které alkohol způsobuje. Zaměřoval se na komplexní léčbu závislosti – tedy nejen na odvykání, ale i na schopnost další-

10/ Konařík samozřejmě nebyl jediný, kdo v otázce léčby závislosti na alkoholu a abstinenci hnutí položil základy pro další odborníky – viz např. J. Šimsa (1865–1945), G. Kabrhel (1857–1939), B. Foustka (1862–1947), F. Pantůček (1863–1925) a mnozí další.

ho samostatného, abstinujícího, plnohodnotného života, smysl viděl ve vzájemné podpoře nejen mezi pacienty, ale zejména v podpoře rodinných příslušníků, příbuzných a společnosti. Jeho léčebný přístup byl založen na pomoci nemocným a důvěře. Tento jeho přístup spoluvytváří nezbytný základ pro námi aplikovaný bio-psycho-sociálně-spirituální přístup k léčbě závislosti tak, jak jej aplikujeme nyní. „Vědeckou prací jsme zjistili, že alkohol není tím, co jsme v něm chtěli vidět. Obzvláště je cenné poznání, že i mírné pití je škodlivé. Pojišťovny na život ve svých tabulkách dosvědčují, že i mírné a stálé pití škodí a život zkracuje“ (Masaryk, 1905, 1922, p. 14).

Je nesporné, že první základy kvalitního, systematického a léčebně orientovaného přístupu k závislým na alkoholu byly položeny Křížovým spolkem a zřízením léčebny ve Velkých Kunčicích. Následně propracované přístupy založené na tehdejších moderních léčebných poznacích byly rozpracovány v Tuchlově a Istebném nad Oravou. Není sporu o tom, že Jaroslav Skála měl nejen na koho, ale zejména na co navazovat a do jisté míry (byť v překvapivě omezené míře) se k tomuto odkazu hlásil (Skála, 2001). Všichni profesionálové z oboru, kteří položili základy nejen našemu velmi silnému abstinenci hnutí, které bylo podporováno i prezidentem Masarykem, ale zejména léčebnému přístupu, vytvořili pro Skálu základ, díky kterému mohl později vystavět tzv. apolinářský model léčby závislosti.

● 6 PŘÍLOHY

● Příloha 1: Formulář lékařského vysvědčení (Konařík & Vrtal, 1911a).

(Prohlídka lékařská nesmí se díti více než 14 dnů před přihlášením. Jen na to vysvědčení bere se zřetel, které pošle lékař přímo ústavu.)

Jméno a příjmení pacienta / domovská obec / bydliště / povolání / vyznání náboženské / den, rok a místo narození a adresa nejbližších příbuzných.

A) AETIOLOGIE

1. Dědičnost: pijáctví, choromyslnost, choroby nervové, podivinství, nápadné povahy neb talenty, sudičství, zločinnost, sebevražda?

a. otce,

b. matky,

c. jejich rodičů,

d. bratří a sester a rodičů (ze strany otcovy neb matčiny),

e. bratří a sester pacienta,

f. byl někdo z uvedených ošetřován v ústavu nebo uvězněn?

2. Dřívější tělesné nemoci pacienta, poranění, operace?

3. Přímá příčina pijáctví: nervosita, bída, neštěstí, pokušení v povolání, příklad, pochybená výchova.

4. Nervová soustava nemocného, psychopatie, abulie, apatie, dřívější nervové a duševní nemoci.

5. Rodinné a manželské poměry, spořádané, otřesené; rozvedené manželství? Žena rozumná, nesnášenlivá.
6. Hospodářské poměry: dobré, rozhárané.
7. Duševní život nemocného v době před pijáctvím:
 - a. Prospěch ve škole, chování, vyšší vzdělání?
 - b. Jaká letora, náruživost? Které zvláštní náklonnosti? Hněvivost, přeceňování sebe, rozmařilost?
 - c. Nedostatek lásky k rodičům, náklonnost ke lži, krádeži?
 - d. Jaký náboženský cit, jemný, indiferentní, popíravý, pověřivý?
8. Pohlavní život (pokud lze vyšetřiti)? Normální, abnormální, onanie, impotence, pohlavní nemoci, excessy?
9. Jaká je chuť k práci?
10. Jiné zvláštní případy?

B) DRUH A ZVLÁŠTNOST ALKOHOLISMU

1. Od které doby požívá pacient nad míru lihovin?
2. Druh lihovin? Víno, pivo, kořalka, likéry? Jak mnoho denně?
3. Pil denně, nebo občas? Byl opilý při tom, nebo snesl velké dávky?
4. Chronický alkoholismus, periodické pijáctví (dipsomanie), delirium tremens? Jak často? Jsou komplikace s jinými narkosami? (kofeism, morfinism, nikotinism, opium). Náklonnost k samovraždě, násilné skutky, hrozby? Objevuje se v opilosti spánek, křeče, amnesie?
5. Je pijáctví spojeno s poruchou duševní?
 - a. Běží o jednoduchou, vyléčitelnou alkoholickou psychosu?
 - b. Jde o pijáctví z poruchy duševní? Je tato vyléčitelná?
 - c. Byl léčen a ošetřován v některém ústavu pro choromyslné?
6. Octnul se pacient pro pijáctví ve sporu se zákonem? Jak? Byl trestán?
7. Uznává pacient svůj stav? Chce se léčit?
8. Kolik má pacient dětí? Kolik naživu, kolik zemřelo? Objevily se u dětí nemoce, zrůdnosti, jaké, u kolika? Mají tyto náklonnost k pití, je u nich hluchoněmost, epilepsie, slabomyslnost, duševní porucha neb choroba nervová a zločinnost? Na co zemřely děti?
9. Tělesný stav nemocného, trávení, srdce, játra, ledviny, plíce, tepna, ztučnění, hubenost, kůže?

C) RŮZNÉ

1. Je nemocnému třeba zvláštní péče, dozoru?
2. Byl nemocný již v některé léčebně pro alkoholiky, a kde?
3. Byl někdy abstinentem?
4. Proč jim přestal býti?
5. Je pod zákonitým dohledem?
6. Kdo hradí výlohy léčební?

Odpovědnost za řádné vyplnění tohoto formuláře nesl ošetřující lékař, který pacienta přijímal do léčebny. Následně byla vypracována Služební instrukce inspektora ústavu, která obsahovala požadavky kladené na inspektora ústavu,

řídícího lékaře, správce a pomocný personál. Instrukce byla vypracována ke dni 18. listopadu 1911 a podepsána byla jak jednatelem Bedřichem Konaříkem, tak i předsedou Křížového spolku JUDr. Aloisem Vrtalem a následně byla odeslána na c. k. místodržitelství.

● Příloha 2: Služební instrukce inspektora ústavu (Konařík Vrtal, 1911b).

Budiz' buď univerzitní profesor lékařství, nebo jiný lékař, který studuje alkoholism již delší dobu. Tento inspektor léčebny volí se valnou hromadou Křížového spolku na 3 roky. Má právo dozírat k metodě léčebné a ve výborových schůzích i ve valné hromadě Křížového spolku dávat návrhy ohledně metody léčebné. Nemá však práva zasahovati do vedení ústavu ve věcech hospodářských.

ŘÍDÍCÍ LÉKAŘ

Řídícím lékařem může být pouze lékař ku provozování praxe schválený, odborně vzdělaný a upřímný křesťan. Má znáti z autopsie některou proslulou léčebnu cizozemskou a studovati vědecky alkoholismus. Přednost má abstinent. Práva a povinnosti jeho jsou:

1. Přijímá chovance na základě lékařského vysvědčení jejich po vyjednání materiálních podmínek přijetí mezi správcem a jimi, pokud se týče jejich zástupců.
2. Po přijetí do ústavu sám ještě jednou podrobí chovance důkladné prohlídce lékařské, aby se přesvědčil, zda shodují se všechna udání v zaslaném lékařském vyšetření s pravdou.
3. O chovancích vede řídící lékař ústavu stále záznamy obsahující data osobnostní, diagnosu, způsob zavedeného léčení a docílený výsledek. Na základě těchto dat podává výroční zprávy c. k. okresnímu hejtmanství.
4. Při nahodile vypuknuvší chorobě u chovance má dbáti, aby i u léků pro onemocnělého chovance obešel se bez příměsí alkoholových.
5. Musí od počátku vštěpovati každému chovanci, že jen úplná doživotní abstinence může jej zachrániti před novým pádem.
6. Studuje stále nové poznatky o alkoholismu a jeho léčení a udržuje styk s některými cizozemskými léčebnami.
7. Ustanovuje administrativě ústavu jakost a množství stravy pro jednotlivé chovance, jakož i druh a dobu práce tělesné.
8. Musí zachovávat jména chovanců a události ústavu v tajnosti.

SPRÁVA

Správec může být jedině několikaletý zásadní abstinent, jenž pobyl na zkušenu v několika cizích léčebnách pro alkoholiky a jenž může se prokázati vědeckou nebo populární činností spisovatelskou v oboru alkoholismu a jeho léčby. Stav nerozhoduje.

Jeho povinnosti:

1. Pečuje o to, aby nařízení řídícím lékařem přesně se zachovávala.
2. Správce administrativní spolu s duchovním správcem od Křížového spolku eventuelně ustanoveným má na starosti pěstění etické stránky a přesné dodržování domácího pořádku jak chovanci, tak personálem pomocným.
3. Uzavírá smlouvy o vydržovacím poplatku chovanců.
4. Jest zodpovědný za přesné vedení všech účetních knih léčebny a Křížového spolku a tím též za celou hospodářskou agendu léčebny.
5. Vede stálý záznam o povaze a chování chovanců a doplňuje je takto záznamy řídícího lékaře. Jména chovanců a události v ústavu zachovává v tajnosti.
6. Vede střídmostní agitaci zakládaným odborům Křížového spolku šířením protialkoholického tisku a přednáškami.

POMOCNÝ PERSONÁL

1. Všichni, jakkoli trvale v ústavě zaměstnaní, musí být bezpodmínečně úplnými abstinenty a musí zachovávat jména chovanců a události ústavu v úplné tajnosti.
2. K chovancům musí se chovati uctivě, bratrsky a vždy je pozdravením předcházeti. Chovance mají považovati za lidi nešťastné a churavé a jejich dobré úmysly do budoucnosti chváliti, zdokonalovati a podporovati, jejich nápravu ulehčovati.
3. K nahodilým výstřednostem některého chovance mají se chovati trpělivě, klidně. Personál, jenž by se choval neurvale k chovancům, bude okamžitě ze služby vypovězen.
4. Kdyby se některý chovanec pokusil kohokoli z personálu přemluvit k opatření lihovin, ať to bezodkladně oznámí řídícímu lékaři aneb správci ústavu. Kdo by z personálu opatřil chovancům lihoviny, dostane okamžitou výpověď a nesmí být přijat nikdy zpět do služby v ústavu.
5. Mezi personálem musí být nejlepší shod a jednotnost. Hospodář, hospodyně a zahradník jsou na sobě neodvislí a podřízeni přímo správci, pokud se týče řídícímu lékaři.
6. Hospodář, hospodyně a zahradník nesmí bráti svou úlohu jako úředníci a dohlížitelé, nýbrž jako první pracovní síly, které pilností v tělesné práci dávají příklad chovancům i služebnímu personálu. Nutné záznamy vykonávají po skončené denní práci.
7. Hospodář a zahradník sdělí každého večera správci nutné práce příštího dne, aby tento mohl všem chovancům ráno práci určit.
8. Hospodář, hospodyně a zahradník nesmí bez povolení správce něco objednat nebo kupovati; taktéž nesmí vésti samostatně korespondenci jménem ústavu. Veškerou korespondenci ústavu vede správce, pokud řídící lékař si nevyhradí určitý druh nebo kus.
9. Poněvadž lze stěží vymeziti pravomoc hospodáře, hospodyně a zahradníka, nechť tito mají na zřeteli jediné prospěch ústavu, ve sporných věcech ať se obrátí o rozhodnutí

na správce, pokud se týče řídícího lékaře, jemuž se bez rep-tání musí podrobiti, v případě vážné neshody se správcem nebo řídícím lékařem však mají právo odvolati se k výboru Křížového spolku.

10. Povahy podivínské, lenivé, které by nedbaly domácího řádu, slušnosti, přátelského poměru, nemají v ústavu místa za pomocný personál.

Následně byl vypracován statut léčebny. Je datován rovněž ke dni 18. listopadu 1911 a podepsán byl jak jednatelem Bedřichem Konaříkem, tak i předsedou Křížového spolku JUDr. Aloisem Vrtalem a následně byl odeslán na c. k. místopředsedství.

● Příloha 3: Domácí řád léčebny pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích (Konařík & Vrtal, 1911d).

(zřízený Křížovým spolkem pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě)

1. Všichni chovanci a zřízenci ústavu jsou pod přísným dozorem řídícího lékaře, pokud se týče správce jako jeho zástupce, a jsou povinni jeho nařízení se podrobiti.
2. Chovanci vstávají v měsících zimních o ½ 7. hod., v letních o 5. h. Umyvše se, shromáždí se ku kratičké modlitbě, načež jdou všichni ku společné snídani. Ku vstávání, jídlu, práci a modlitbě dává se znamení zvonem.
3. Práce v dílnách netrvá déle než 8 hodin denně. Práce v zahradě, lese, na poli, zvláště v době pilné sklizně může déle potrvati. Přes den se pobyt ve spárnách chovancům nedovoluje. Též přístup do kuchyně je nezaměstnaným zakázán.
4. Každý chovanec je povinen přijati ochotně práci, kterou mu ve shodě s řídícím lékařem určí správce nebo s dorozuměním tohoto hospodář nebo zahradník.
5. Oběd je o 12. hodině. Chovanci dostaví se do jídelny umytí a v čistém oděvu. Po obědě mohou se chovanci oddati hře nebo četbě až do započetí odpoledních prací.
6. Prosby a stížnosti mají se přednáseti řídícímu lékaři, neb v nepřítomnosti jeho správci jako zástupci jeho v místnosti k tomu určené; při stole a při práci nemá se o nich mluvit.
7. Kouření omezeno je na nejmenší míru, a sice v kuřelně, v zahradě, v době odpočinku – nikdy však v léčebně samé, na dvoře, v blízkosti hospodářských budov a v lese.
8. Večeře je o 7. hodině. Po večeři nastává volná zábava, četba, hry, hudba, zpěv a pod. Je-li přednáška nebo domácí zábava, účastní se jí všichni chovanci. Po kratičké večerní modlitbě odcházejí chovanci do spáren, kdež o 9. hodině večkeren hovor je zakázán.
9. První čtvrt roku nesmí chovanec volně z ústavu vycházeti, potom jen a s dovolením řídícího lékaře. Výlety do okolí konají se společně, nebo ve skupinách se správcem nebo jeho zástupci. Odejít z léčebny domů nebo jinam se naprosto nedovoluje.
10. Návštěvy nejbližších příbuzných se dovolují jen v řídkých případech, a to až po uplynutí prvního půlroku a po

předběžným písemným ohlášením. Návštěvy jiných známých se nedovolují. Posílání nebo donášení chovancům do ústavu jídlo, nápoje, léky, peníze a cenné známky se nedovoluje. Proto všechna zavazadla návštěvníků jsou předložena správci k přísné prohlídce. Host smí se účastnit společného jídla za jistý poplatek. Hostům nesmějí chovanci jít ani vstříc, aniž je smějí vyprovázeti.

11. Dopisy, balíky a knihy chovancům došlé podléhají kontrole řídicím lékařem, neb správcem v zastoupení jeho. Dátí si zasílání noviny do léčebny zpravidla se nedovoluje, poněvadž je zde postaráno s dostatek o časovou četbu. Vymínkou dává svolení řídicí lékař aneb v zastoupení jeho správce.

12. Každý chovanec použije lázeň aspoň jednou za týden, sprchy smí použít denně.

13. Chovanci nesmějí mít u sebe ani peněz, ani jiných cenných věcí. Vše to uloží při svém vstupu do léčebny k uschování u správce na písemné potvrzení.

14. Každé zaviněné znečištění a poškození budov, náradí, nábytku a pod. musí chovanci nésti na své útraty.

15. Sváry, neslušné výrazy, národnostní, náboženské a politické třenice, zdržování v práci, svádění, posměšné poznámky proti domácímu řádu a pod. se zakazují.

16. Neděle je určena k službám Božím, četbě, korespondenci, hrám a výletům.

17. Veškerý přestupky trestají se důtkou, odepřením vycházek a odloučením od ostatních na nějakou dobu, konečně i vyloučením chovance z ústavu pro hrubé porušování tohoto řádu.

18. Tento domácí řád i veškeré dodatky k němu a případné změny nebo výjimky z něho Křížovým spolkem usnesené a kompetentními úřady schválené vyhlásí správa ústavu

přiměřeným způsobem ku vědomosti všech chovanců a zřízenců ústavu.

Dokumenty uvedené jako příloha č. 1 až č. 4 byly zaslány c. k. místodržitelství v Brně a komplexně schváleny dne 11. dubna 1912, a to pod č. j. 24 779.

Role autorů: Jaroslav Šejvl se podílel na tvorbě designu a fixaci a analýze dokumentů a zpracoval prefinální podobu rukopisu. Michal Miovský navrhl metodologický postup a podílel se na obsahové a formální úpravě textu.

Konflikt zájmů: Oba autoři bez konfliktu zájmů.

Role of the authors: Jaroslav Šejvl designed the research, analysed the relevant documents, and drafted the pre-final version of the manuscript. Michal Miovský designed the methodological procedure and finalised the text in terms of its content and format.

Conflict of interests: No conflict of interests.

LITERATURA / REFERENCES

- Adámková, T., Vondráčková, P. & Vacek, J. (2009). Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. *Adiktologie*, 9 (2), 96–103.
- Běláčková, V., Zábranský, T., Štefunková, M. & Langrová, M. (2012). Společenské náklady dopravních nehod pod vlivem alkoholu a nelegálních drog v České republice za rok 2007 – část I.: zdravotní náklady. *Adiktologie*, 12 (2), 102–113.
- Bosshardt, J. (1901). Přednáška na VIII. mezinárodním sjezdu proti alkoholu ve Vídni v roce 1901. In: Konařík, J. *Asyly pro pijáky*. Prostějov: Václav Horák.
- Burešová, Z. & Vacek, J. (2012). Alkohol u studentů 1. LF UK: Prevalence užívání a související rizikové chování. *Adiktologie*, 12 (2), 90–100.
- C. k. okresní hejtmánství v Místku. (1910). *Informace o konání komisionálního vyjednávání*. Ze dne 14. září 1910, ev. č. 4773. Místek: c. k. okresní hejtmánství.
- C. k. okresní hejtmánství v Místku. (1911). *Představenstvu Křížového spolku pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě – č. 93183*. Brno: c. k. okresní hejtmánství.
- Čablová, L., Geyerová, P. & Vacek, J. (2015). Nutriční návyky ve skladbě výživy u pacientů léčících se ze závislosti na alkoholu ve vybraných psychiatrických nemocnicích ČR: pilotní studie. *Adiktologie*, 15 (3), 204–214.
- Folprecht, J. (1993). *Lázně Skalka. Pohled do historie obcí Čeladné a Kunčic pod Ondřejníkem*. Frýdek-Místek: Šprcova ofsetová tiskárna; vlastním nákladem.
- Gabrhelík, R., Miovský, M. (2009). History of self-help and 'quasi-self-help' groups in the Czech Republic: Development and current situation in the institutional context of drug services. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(3), 137–158.
- Köhlerová, M. & Čablová, L. (2013). Nutriční terapie u klientů s alkoholovým postižením jater. *Adiktologie*, 13 (3–4), 230–238.
- Konařík, B. & Halenka, V. (1910e). *Zevrubná zpráva o dosavadních krocích ke zřízení léčebny*. Prostějov, 30. června 1910.
- Konařík, B. & Vrtal, A. (1911a). *Formulář lékařského vysvědčení pod ev. č. 24779*. Prostějov: Křížový spolek, dne 18. listopadu 1911.
- Konařík, B. & Vrtal, A. (1911b). *Služební instrukce pod ev. č. 24779*. Prostějov: Křížový spolek, dne 18. listopadu 1911.
- Konařík, B. & Vrtal, A. (1911c). *Statut léčebny pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích, zřízené Křížovým spolkem pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě pod ev. č. 24779*. Prostějov: Křížový spolek, dne 18. listopadu 1911.

- Konařík, B. & Vrtal, A. (1911d). *Domácí řád léčebny pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích pod ev. č. 24779*. Prostějov: Křížový spolek, dne 18. listopadu 1911.
- Konařík, B. & Vrtal, A. (1912). *Žádost Křížového spolku o uznání splnění pokynů stanovených dne 27. prosince 1911 pod ev. č. 93183*. Prostějov: Křížový spolek, dne 2. března 1912.
- Konařík, B. (1901). *Dopis Karlu Dostálovi-Lutinovi, volně vloženo*. Oblastní archiv Opava: pobočka Olomouc, čís. kart.: 7, inv. č.: 343 až 345.
- Konařík, B. (1908). *Léčebna pro alkoholiky*. Prostějov: Václav Horák.
- Konařík, B. (1909). *Bude Ellikon též na Moravě?* Brno – Zdravotnické rozhlady: Jos. Schmidt.
- Konařík, B. (1910a). *Přípis c. k. okresnímu hejtmanství v Místku ze dne 26. srpna 1910*.
- Konařík, B. (1910b). *Křížový spolek a jeho odbory*. Prostějov: Václav Horák.
- Konařík, B. (1910c). *Stav jmění spolkového a stav členstva – výlohy zřizovací a udržovací*.
- Konařík, B. (1910d). *Boj proti alkoholismu a jeho léčení v zemích protestantských*. Prostějov: Václav Horák.
- Konařík, B. (n.d.). *Asyly pro pijáky*. Prostějov: Václav Horák.
- Kořaleční mor, aneb kratochvilné poučení, proč a zač že člověk pítí kořalky warowati má. (1840). Praha: Jan Spurný.
- Kubela, R. (1990). Literární odkaz Bedřicha Konaříka-Bečvana. In: *Zpravodaj Okresního vlastivědného muzea ve Vsetíně*. Vsetín: Okresní vlastivědné muzeum.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: *Kalina, K. et al. Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
- Masaryk, T. G. (1922). *O alkoholismu. Publikace přednášky přednesené v „Dělnickém domě“ na Vsetíně dne 11. září 1905*. Brno: Pokorný a spol. v Brně.
- McGovern, T. F., Manning, S. & McMahon, T. (2011). Globální strategie SZO pro omezování škodlivého užívání alkoholu (2010): Víze a výzvy. *Adiktologie*, 11 (1), 16–18.
- Mikotová, M. (1981). Padesát let protialkoholní poradny v Brně. *Protialkoholický obzor*, 16(6), 365–369.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Miovský, M. (2017). Pozitivní vliv umírněného pití alkoholu na lidské zdraví: marné hledání třetí strany mince. *Adiktologie*, 17(3). V tisku.
- Miovský, M., Miller, P., Grund, J. P., Belackova, V., Gabrhelík, R., Libra, J. (2015). Academic education in addicology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(5), 527–538.
- Místodržitelství v Brně. (1911). *Povolení k zahájení činnosti léčebny spolkové pro alkoholiky*. Ze dne 27. prosince 1911, ev. č. 93183. Místodržitelství v Brně.
- Morovicsová, E. & Falisová, A. (2016). Význam protialkoholických léčební v boji proti alkoholismu v prvej Československej republike. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112 (6), 287–297.
- Novotná, J. (2008). Skálava třítydenní intenzivní léčba v přírodě pro pacienty závislé na alkoholu a jejich rodiny (PO Jemnice). *Adiktologie*, 8 (4), 336–338.
- Pantůček, F. (1905). *Zpráva Zemskému sněmu*. Praha.
- Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a její možnosti využitia v psychologii. *Čs. psychologie*, 4 (40), 304–314.
- Pjseň nowá o vžitku nepokogné kořalky w nowé na swětlo wydaná, Wytisštěná nyněgssjho roku (poč. 19. století). [s.n.].
- Popov, P. & Miovský, M. (2013). Editorial. *Adiktologie*, 13 (3–4), 188–189.
- Popov, P. (2011). Další „šuplíkový dokument“? *Adiktologie*, 11 (1), 12–15.
- Procházka, J. G. (1842). *Dissertatio inauguralis medica de morbis potatorum: quam consensu et auctoritate per illustris, celeberrimi ac magnifici ... Praegae: [s.n.]*.
- Poučení o pití kořalky podle Německého sepsáno a ku prospěchu národu československého w Čechách, w Morawě a Uhrách na swětlo wydanó (1838). Praha: Jan Spurný.
- Rampel, E. (1812). *Abhandlung von dem Laster der Trunkenheit*. Brün [s.n.].
- Riesel, P. (2003). Na šedesátá a pozdější léta v Apolinárii vzpomíná Petr Riesel. *Adiktologie*, 3 (2), 114–121.
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Sorger, F. (1838). *Conspectus sistens observationes circa delirium cum tremore potatorum anno 1837 et priore semestri 1838 in clinico medico Praegensi sub auspiciis dr. prof. W. F. Rilke factas: dissertatio inauguralis medica: quam consensu et auctoritate per illustris, celeberrimi ... Praegae: [s.n.]*.
- Spurný, I. (1840). *Následkové pití kořalky s připogením některých ponaučenj pro lid wenkowský*. Holomauc: A. Skarnitzl.
- Šejvl, J. (2017). Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík. *Adiktologie*, 17 (3), 173–176.
- Urban, E. (1973). *Toxikomanie*. Praha: Avicenum.
- Vondráček, V. & Holub, F. (1968). *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Vondráčková, P. & Štátná, P. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*, 12 (2), 114–127.
- Vondráčková, P. & Vacek, J. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, 12 (2), 138–151.
- Wala, P. (2001). *Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc.: Na alkoholu není nic pozitivní*. Dostupné z <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lekari/skala-doc-mudr-jaroslav-skala/ze-zivota-zivotni-pribeh-doc-mudr-jaroslav-skala/139-5-doc-mudr-jaroslav-skala-csc-na-alkoholu-neni-nic-pozitivni.html>, staženo dne 26. dubna 2017.
- Zima, T. (2006). Metabolismus alkoholu a jeho důsledky pro poškození organismu. *Adiktologie*, 6 (2), 453–160.

Příloha č. 2

Citace: 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), 97–104.

The First Inpatient Alcohol Treatment Facility in the Czech Republic: case study of the Tuchlov institution (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). The First Inpatient Alcohol Treatment Facility in the Czech Republic: case study of the Tuchlov institution (1923-1938). *Adiktologie*, 18(2), 97–104.

BACKGROUND: A continuous tradition of institutional inpatient alcohol treatment in what is now the Czech Republic dates back to 1948. At present this type of treatment generally involves what is known as the “Apolinar Addiction Treatment Model”, the origin of which is associated with the person of Jaroslav Skála and the Apolinar centre. Prior to the establishment of this treatment system, there were three institutional inpatient facilities specialising in the treatment of alcohol dependency in what was then, or was later to become, Czechoslovakia. They were located respectively in Velké Kunčice (1911 to 1915), Tuchlov (1923–1939), and Istebné nad Oravou (1937–1939).

AIMS: Using a case study, to explore the origin, operation, and dissolution of the specialised inpatient alcohol treatment facility in Tuchlov, the first establishment of its kind in what is now the Czech Republic, and to discuss its role in the development of the treatment system which came into being after World War II.

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 commencement and development of the phenomenon of institutional inpatient treatment. **RESULTS:** Through the agency of the Czechoslovak Temperance Association, the Ministry of Public Health and Physical Education operated the first specialised alcohol treatment institution in the Czechoslovak Republic from 1923 to 1938. Qualitative analysis of historical documents confirmed the existence and efficiency of a fully-fledged institutional treatment facility, which from 1923 to 1938 provided alcohol treatment to male patients in Tuchlov. Its treatment model built upon that applied by the institution in Velké Kunčice. Partly funded from the national budget, the Tuchlov institution was a unique facility of its kind in the era of what is known as the “First Republic”.

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

Submitted | 4 March 2018

Accepted | 30 October 2018

Grant affiliation | This study was made possible by institutional support from Charles University, GAUK 1290218, and the Progres No. Q06/LF1 programme.

Corresponding author | 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

1 ALCOHOL DEPENDENCY IN WHAT IS NOW THE CZECH REPUBLIC IN THE EARLY 20TH CENTURY

The origins of the first self-help associations (Miovský et al., 2015, pp. 527-538), alcohol treatment facilities,¹ and other abstinence-oriented organisations date back to the first half of the 19th century, when the temperance movement developed across Europe. In a sense, these early initiatives laid the foundations for the tradition which underpins modern addicology in the Czech Republic. These facilities were intended to provide specific institutional treatment aimed at meeting the individual needs of alcohol-dependent patients and supporting them in their recovery process following the treatment intervention. In addition, their mission was to raise awareness about the health, social, and economic harm caused by alcohol and thus fulfil their preventive role – to delay the onset of alcohol use as much as possible (e.g. Písecký, 1913, pp. 75-77; Foerster, 1913, pp. 110-112). These activities in what was later to become Czechoslovakia were generally based on research evidence adopted from foreign treatment facilities (such as those in Sweden, Switzerland, and the German Reich), the experience of which was presented at international anti-alcohol congresses, held especially in Vienna (1901), Stockholm (1907), London (1909), the Hague (1911), Milan (1913), and Copenhagen (1923). *“While the consumption of alcoholic beverages saw a dramatic decline during World War I, it rose again rapidly in the post-war years. The prohibition measures adopted by the Russian Empire and the USA at the beginning and at the end of the war, respectively, showed profound effects in their early stages, but turned out to be problematic and eventually counterproductive”* (Skála, 1957, p. 95).

25,585,740 hl of beer, 6,200,000 hl of wine, and 2,971,781 hl of pure alcohol were produced in Austria-Hungary in 1911 to 1912, with pure alcohol being used both for immediate consumption and for the manufacturing of other alcoholic beverages. In Bohemia and Moravia, 12,221,823 hl of beer and 376,000 hl of pure alcohol were produced (Beneš, 1947, pp. 23-25). In 1912 the government collected 62,835,986 crowns from the spirits tax, 62,062,889 crowns from the beer tax, and 8,561,323 crowns from the wine tax; the expenses incurred in relation to the operation of hospitals, lunatic asylums, prisons, and poorhouses where the victims of alcohol were placed and the law enforcement and judicial costs are not known (multiple authors, 1913, p. 47).

The issue of alcohol use was dealt with by a great number of scholarly publications which also addressed the social and medical aspects of the phenomenon. In 1912 the first edition of *“On Ethics and Alcoholism”* by Masaryk² was published. In this treatise, Masaryk presented alcoholism as *“a chronic degenerative process involving the entire mental life which*

is apparently subethical, unethical, and anti-ethical in terms of the overall condition of an individual and society” (Masaryk, 1920, p. 7). Initiatives promoting the idea of establishing an addiction treatment institution reflected the social demand for such a facility. In 1911 the first specialised treatment institution was opened in Velké Kunčice (Šejvl & Miovský, 2017, pp. 134-146). Founded by Father Bedřich Konařík, the facility was in operation until 1915, when it discontinued its activities because of World War I (Šejvl, 2017, pp. 173-176).

The notion of the systematic treatment of alcoholism began to be considered by the Ministry of Public Health and Physical Education in 1919. The initial idea involved the establishment of three independent state-run treatment facilities: for men, women, and incurable alcoholics, respectively. Because of the frequent staff turnover at the ministry, however, any major decisions were postponed (Konařík, 1934, p. 47). Finally, the Czechoslovak Temperance Association (CTA) was commissioned to establish a treatment institution. The CTA was founded in 1922; its statutes were approved by an edict of the Minister of the Interior, No 75844/22-6, dated 12 October 1922. The CTA was an umbrella organisation for all³ the temperance and teetotal associations and clubs in the then Czechoslovak Republic. The main activities of the CTA included: i) educational, awareness-raising, and cultural events (hosting lectures, educational meetings, and courses for both the general public and the scientific community, education and publication of materials on tackling alcoholism and on alcohol treatment, and medical training); ii) social and hygienic activities (the establishment and management of treatment institutions and counselling centres based on the principles of abstinence, the establishment of inexpensive diners, restaurants, and hotels where no alcohol was served, the establishment of shops selling milk and fruit, and support for the manufacture and distribution of soft drinks); iii) social activities in general (involvement in the improvement of the situation in society and support for institutions advocating temperance), and iv) legal activities (promotion of the adoption of anti-alcohol laws and regulations that varied in their legal strength, the legal protection of adolescents and labourers, and the regulation and reduction of the production and sale of spirits in relation to local customers – the “local option”), and organisational activities (the establishment of anti-alcohol and teetotal organisations) (SÚA, 1922).

It is without doubt that the development of the temperance activities was contributed to by changes in the national legislation. Act No. 86/1922 Coll., adopted on 17 February 1922, restricted the serving of alcoholic beverages. For the first time ever, this piece of legislation included a detailed inventory of alcoholic beverages and the determination of the age limit below which it was illegal to use alcohol. The law was implemented by means of Regulation No. 174/1922 Coll. of the Government of the Czechoslovak Republic, dated 13 June 1922. Originally, it was planned that the first treatment institution would be established in the town of Šumpperk, but the Ministry of Public Health and Physical Educa-

1 | The first alcohol treatment facility was established in Lintorf, near Düsseldorf, in 1850 (Skála, 1957a, p. 93).

2 | Tomáš Garrigue Masaryk (1850-1937) was the first Czechoslovak president and a statesman, sociologist, and philosopher.

3 | Regional, district, and local organisations.

tion eventually decided to situate it in Tuchlov. On the basis of this decision, it made the amount of 500,000 crowns available for the purchase of Ledebur's Tuchlov hunting lodge in Křemýž, near the town of Teplice-Šanov. The Czech Temperance Association, through the agency of which the ministry operated the alcohol treatment facility, became the new owner of the place on 1 January 1923.

2 CASE STUDY METHODOLOGY

Having retrieved the relevant historical sources, the authors subjected them to content analysis (Miovský, 2006). The sources were arranged according to their dates and content relative to the Tuchlov treatment facility and the institutional treatment of alcohol dependency in general. The initial stage involved the identification of historical documents which then needed to be sorted, described, and categorised (Miovský, 2006, pp. 98-103). The next stage involved the definition of basic units and the creation of a system of categories with corresponding codes being assigned to each of them. The content analysis followed the approach reported by Plichtová (1996, pp. 311-313), where individual procedures were divided into mutually interlinked phases. Various simple methods described by Miles and Huberman (1994), including the pattern recognition method, were used as part of the content analysis.

3 TUCHLOV ALCOHOL TREATMENT PHILOSOPHY

Drawing on his theoretical knowledge of alcohol addiction and long-term work experience, based on his practical work at the Velké Kunčice treatment facility, Konařík⁴ described a treatment philosophy underpinned by four domains – **punishment** (jurisprudence, law), **conversion** (theology), **education** (pedagogy), and **treatment** (medicine) (Konařík, 1934, pp. 9-11). According to Konařík (1934, p. 10), the judicial approach was based on the principle that a human who found himself or herself in conflict with the law and the interests of society because of his or her alcohol use must be punished. In general terms, this notion can be considered as corresponding to the “moral model of addiction” as we know it today (see, for example, Miller, 2013). The punishment that is imposed, however, hardly leads per se to the desired goal unless there is an educational element involved. The theological segment of the treatment drew on the notion of a human being who can only be saved with the help of God. Such an intervention appears sensible in a stage where it is necessary to “bring the drinker back to life”. Konařík quotes Forel⁵ (of the Hague institution), who made the following point as regards the issue of religion in an alcohol treatment facility:

“I need to express my strong objection to a formulaic approach to drinkers and therefore to religious proselytism in treatment facilities. For those of a religious nature, a religious influence is certainly very good. Others, though, are deterred by the intrusion of religion and pressure. We therefore need treatment facilities and associations which are religiously neutral. Religious institutions are justified for believers, not universally” (Konařík, 1934, p. 26). In this sense, Konařík's view followed up on the existing tradition of the engagement of some of the clergy, reported by Karel Adámek as early as 1884 (Adámek, 1884), and bore general similarities to what was later articulated as the spiritual model of addiction (Kalina, 2015, pp. 101-124). Educational intervention was found particularly significant in relation to patients who were not religious or “not responsive to religious education” and could be persuaded about alcohol-related harm by rational arguments. Such an intervention is impossible without an alcohol-free environment (Konařík, 1934, p. 10). Konařík found it important that in addition to religious appeal there was systematic cultivation of the patient's personality and a regular division of work and rest according to strict rules. *“Work was considered an important factor, which laid the foundations for work therapy (Arbeitstherapie), supported by religious and ethical aspects”* (Konařík, 1934, p. 11). The patient's education was believed to be based on four key attributes: i) arousing their conscience, ii) disseminating knowledge, iii) raising their feelings, iv) and empowering their will (Konařík, 1934, p. 24).

Subjected to initial testing in the 1920s and 1930s, the use of medication in treating alcohol dependency constituted a part of the emerging biological model of addiction (see Miller, 2013). A major figure in this respect was the founder of the Vita Nova sanatorium, Jan Šimsa, MD, who was also the first attending physician in Tuchlov (Popov, 2017, pp. 169-170). What were termed “miraculous agents” were rejected. These included “zinc preparations, auric bichloride, and strychnine. Some success was achieved with veratrine, especially as an agent to treat drinkers' tremens” (Konařík, 1934, pp. 11-12). As early as 1925 a Slovak physician, Dr. Svítek-Spitzer, reported the application of an apomorphine-based addiction treatment drawing on Pavlov's theory of conditioned reflexes (Skála, 1957a, p. 96). In 1933 Bodart used specific properties of emetine to perform “disintoxication treatment” which was intended to provoke disgust for alcohol. This treatment did not make patients vomit (Skála, 1957b, p. 52).

4 ESTABLISHMENT OF THE TREATMENT FACILITY

The Tuchlov institution was established by Edict No. 42710/III ai 1923, issued by the Ministry of Public Health and Physical Education on 31 December 1923.⁷ The main co-found-

4 | P. Bedřich Konařík (1878-1944) was a Catholic priest, anti-alcohol activist, and co-founder of the first institutional alcoholic treatment centre, in Velké Kunčice, in 1911.

5 | Auguste (Henri) Forel (1848-1931) was a Swiss psychiatrist, eugenicist, and neuroanatomist, and co-founder of the Ellikon alcoholic treatment institution.

6 | Konařík pointed out Dr. Andersen's request articulated at a congress in Milan (1913): “... to refer to alcohol-affected individuals as patients rather than inmates” (Konařík, 1934, p. 14).

7 | Edict of the Prague Regional Authority, No. 22714 ai 1924/22 D – 144/10 ai 23, dated 9 January 1924.

ers were Břetislav Foustka and Bedřich Konařík. Other distinguished personalities who helped establish the treatment facility included Hyněk Fügner (Tuchlov's patron) and the aforementioned doctor Jan Šimsa (the first attending physician there). In addition to being appointed as the manager of the treatment institution,⁸ P. Bedřich Konařík also worked as an educator there; the first patient entered treatment on 1 November 1923. As regards its capacity, the institution was intended for 50 patients.

The early stages of the operation of the treatment facility were marked by difficulties. Before reaching full occupancy in the 1930s, the institution faced financial problems. As late as 1926 not all the conditions set in the provisional final building approval from 1923⁹ had been met, and the management of the alcohol treatment institution were advised that the authorisation to operate the institution was provisional/temporary. The full approval of the treatment facility for use was granted on 18 January 1936.¹⁰

5 TREATMENT REGIMEN

Prior to being admitted to the institution, patients underwent entrance medical examinations. In the first years of its operation, medical care was provided by Jan Šimsa, MD, and Emil Sachs, MD. Šimsa, in particular, found this arrangement difficult at times, given his medical practice in Prague. In addition, Šimsa had a number of other professional commitments (Popov, 2017, pp. 168-172) which effectively limited his engagement as a physician in the Tuchlov institution. Therefore, in 1933 the medical care of the patients was taken over by Jan Hroch, MD, who practised as a spa physician in Teplice-Šanov.

The examinations had to be thorough, assessing both mental and physical health. *“Psychiatric examination is needed to identify psychopaths and diagnose different signs of disease, chronic alcoholism with its pathological inebriation, befuddled mental states, alcoholic epilepsy, delirium, hallucinations, Korsakov's psychosis, and circular mental disorders of a changeable nature.”* A physician also determined the patients' dietary regimens and suitable types of hydrotherapy (Konařík, 1936, pp. 16, 67). The admission rules did not allow patients with mental illness to be accepted.

When admitted to treatment, patients had to begin abstaining immediately, despite the subjectively unpleasant sensations they may have felt. Difficulties were experienced especially by those patients who *“in the days just before entering the institution had drunk strong, concentrated spirits. There is the typical alcoholic vomiting, some stomach and gut issues, aggravated trembling of the hands, sometimes even a hallucinatory state. These do not last more than three days. Then appetite and zest for life slowly return and the trembling of the extremities also dimin-*

ishes, disappearing without a trace within the next two weeks.” In the cases where a patient was in delirium, or delirium was imminent, intravenous Devenan, up to 4 g per day for severe states, was administered. In the event of insomnia, a Priessnitz compress was applied in the late afternoon and only if insomnia persisted did a physician opt for pharmacological therapy. As the treatment facility was dedicated to treating alcohol dependency, tobacco use was permitted there, although to a limited extent. When the staff of the institution tried to ban smoking, patients failed to abstain from both substances and tended to relapse. There were restrictions on patients smoking during their stay: they had their tobacco deposited with the manager of the institution and it was only made available to them upon request (Konařík, 1936, pp. 65-66).

Throughout the patients' stay in the institution, the emphasis was placed on ensuring that the house rules were observed and that the patients were kept busy. Those able to work engaged in gardening in the grounds, in the field, and in the vegetable garden from spring to autumn. Joinery, locksmithery, and bookbinding were available for those interested in these kinds of work. Thanks to the patients' skills, the institution enjoyed a certain level of independence: the patients maintained and repaired the buildings and renovated the greenhouse, hotbeds, and fences. Those patients who were not able to engage in manual labour participated in physical exercise in the morning and studied, learnt foreign languages, or pursued other intellectual activities during the day (Foustka, 1935). In this respect, Konařík harmonised with the opinions of Stein by referring to the latter's paper presented in the Hague in 1911: *“The most powerful support for any psychological treatment is systematic and uncompromising work. Work is the pivotal element of self-discipline. Our efforts to educate patients towards abstinence, whether by means of self-exploration and hypnotic suggestion, psychoanalysis, or other techniques and methods, can only be successful if we bring the patients back to systematic work, make them feel good about what they have accomplished during the day, and replace the false overestimation caused by alcohol with healthy confidence”* (Konařík, 1934, p. 20).

The treatment process also incorporated relaxation and physical exercise. In addition to the manual work and morning exercises, there was hydrotherapy (put into operation in 1929), massages (three times per week), packs, baths, showers, sprays (both warm and cold water was used), Priessnitz compresses, and warm and hot-air baths. Sun baths were set up between the roofs of the building. Steam baths equipped with a high-frequency apparatus and a basin for conifer and carbonic acid baths became available in 1931.

As indicated by the annual report for 1935, the institution maintained its own library and applied “bibliotherapy”; the management of the institution made a point of providing each patient with a selection of books that corresponded to their education, character, and moods. The management also hosted scholarly lectures on alcohol treatment and travel. In order to support their social reintegration and of-

8 | As of 1 October 1923.

9 | See Edict of the Regional Authority No. 36280 ai 1926/22 D - 303/23 ai 25, dated 23 March 1926.

10 | Advice No. 4526/4 of the Ministry of Health, dated 18 January 1936.

fer them suitable recreational activities, the patients had the opportunity to visit the theatre and cinema in Teplice and in the evening they could also play billiards or participate in other recreational social activities. The treatment programme included physical exercise. Konařík took the patients to the Středohoří and Rudohoří mountains for both short walks and longer hikes – their destinations included Dubí (12 km), Cinnvald (20 km), Komáří vížka (20 km), Nakléřov (26 km), and Bouřňák (19 km). He would also take trips with his patients to Czech towns and once per year they set out on a bus tour to Dresden. They also visited the areas near the border with Saxony, Dubicko, the mountain of Milešovka (18 km), and the hill of Střekov (28 km).

Konařík regarded the food and drink that the patients were served during their stay in the institution as a factor of major importance. The diet was to be “*mild and bland in consideration of the damage to the nervous system, the gastrointestinal tract, and the glands. Salty and spicy dishes should be avoided. Any immoderate consumption of meat should be reduced and the patients should become accustomed to a simple and modest way of life. Individuals suffering from Basedow’s disease and severe gastroenteric ailments should not be served any meat for as long as needed. The meals should be prepared in such a way as to be appetising and served in sufficient quantity. Thirst should be quenched by good fresh water. Fruit juices and carbonated drinks can also be used occasionally*” (Konařík, 1934, p. 22).

Given the pharmacological state of the art of the times as regards alcohol treatment, medication played a supplementary role in the therapeutic process. If restless or insomniac, patients were given chloral hydrate, bromine, or hyoscine. No medicines with alcoholic extracts were used and neither were any rubbing agents containing alcohol applied.

While in office, Konařík maintained statistics on the patients in treatment. In the first three years the number of patients remained low (less than 11), especially because of the relative lack of interest on the part of society. In 1926 the number of resident patients dropped to three and the institution found itself on the verge of being closed down. The Ministry of Public Health and Physical Education established an endowment fund used to cover the institutional treatment of destitute patients. By 1927 the number of patients had risen to 18, in 1928 it oscillated between six and 25 during the year, in the period 1929–1930 there were eight to 26 patients, in 1931 eight to 30, and after 1932 the number stabilised at 20–22 resident patients (Konařík, 1934, pp. 48–49). According to Konařík, the low occupancy of the institution in the first years of its operation was due to several rational reasons:

1. “*First and foremost, the Czechoslovak legislation provided no grounds on which to intern alcoholics in Tuchlov, ...*”
2. “*... neither was there any legal basis for reimbursement for the institutional treatment ...*,”
3. “*... there was no law requiring a patient to stay in the institution for the six-month period needed for recovery...*,”
4. “*... the ministerial support was far from being enough to endow all the less well-off applicants ...*,”

5. “*... the patient’s medical condition, which required that he was quickly taken from Tuchlov to the Teplice hospital or home ...*” (Konařík, n.d., pp. 1–4).

The statistical data is available for the period from 1923 to 1930. It is noteworthy that Konařík did not keep records on his patients in religious terms. He held that this disease could affect anyone, irrespective of their religious belief, and that no religion had the power to treat alcoholism.

The period of treatment was set at six months. Any shorter period was considered ineffective and was viewed as conducive to relapse. While no maximum duration of the treatment was determined, it was recommended that the residential treatment should not exceed 12 months, although any such longer treatment episodes were very rare. Given the voluntary basis of treatment, the treatment facility faced the problem of patients leaving prematurely. The main reasons for the early termination of the treatment included “*insufficient support from a relevant institution, greatly heightened sexuality, unreasonable letters from women, excessive self-confidence, and financial complications*” (Konařík, 1934, pp. 51–52). Some patients were also discharged from the institution for gross violations of the house rules. These included bringing spirits into the facility, night escapes resulting in relapse, and major violations of the treatment regimen, especially those involving the disruption of the therapeutic process.

The financial cover of the stay in the institution depended on the type of payer. The Ministry of Public Health and Physical Education reimbursed the Tuchlov institution for the treatment of those with no insurance (poor patients). It had reserved the use of a maximum of 2,000 treatment days annually at a daily rate of 25 crowns. In the event that a subsidy was provided to fund the institutional treatment for less well-off patients, the donor(s) decided which patient(s) would be admitted. There were also differences in the length of the stay. The Ministry typically provided impecunious patients with funding for a three-month treatment programme; if longer residential treatment was required, reasonable grounds for such prolongation had to be presented (MZ, 1928). The price for treatment charged to self-payers (Class II) was determined at a rate of 32 crowns per day.

The daily expenses for meals increased over time. While in 1923 they amounted to 8.18 crowns, in 1936 they were 9.18 crowns. (Table 1–4.)

Ser. No.	Nationality ¹¹	Number of patients
1	Czechoslovak	151
2	German	44
3	Russian	4
4	Slovenian	1
Total		200

Table 1 | Number of patients by nationality, 1923–1930 (Konařík, n.d.)

11 | Nationality in the sense of ethnicity, not of citizenship.

Ser. No.	Sex	Number
1	Women	7
2	Men	193

Table 2 | Structure of patients by sex, 1923–1930 (Konařík, n.d.)

Ser. No.	Occupation	Number of patients
1	Officials	49
2	Tradesmen	31
3	Businessmen	29
4	Teachers	16
5	Workers	11
6	Farmers	11
7	Engineers	9
8	Medical doctors	5
9	Military	5
10	Builders	3
11	Attorneys	2
12	Clergy	1
13	Others	28
	Total	200

Table 3 | Structure of patients by occupation, 1923–1930 (Konařík, n.d.)

Ser. No.	Method of funding	Number of patients
1	Ministry of Public Health – partly	19
2	Ministry of Public Health – fully	41
3	Treatment endowment	10
4	Private Officials' General Pension and Sickness Fund	7
5	Other insurers	11
6	Individually, relatives, employers	112

Table 4 | Number of patients by the method of funding of their residential treatment, 1923–1930 (Konařík, n.d.)

Patients admitted to the institution displayed no major medical problems. Between 1923 and 1934 there was one patient with delirium “of a severe course”, there were three cases of alcoholic epilepsy which faded away after two days, and two patients displayed hallucinatory states which lasted for three days. Patients diagnosed with dipsomania were recommended to seek treatment in mental hospitals. Relapse was recorded in 31 patients. These underwent another treatment episode (Konařík, 1934, p. 57).

Konařík also maintained records concerning the lives of the patients following their discharge from the institution. Thirty patients died soon “after discharge”. They were patients whose conditions were not apparent and failed to be diagnosed on their admission or during their stay in the institution. The causes of death included kidney and liver diseas-

es, hydropsy, arteriosclerosis, strokes, and two suicides “out of mental derangement” (Konařík, 1934, p. 57).

The institution admitted patients who had relapsed during the treatment or after its completion and also patients who were regarded as incurable.

The former concerned especially those patients who would obtain alcohol while still institutionalised in the treatment facility. In this respect, Feldmann noted that “... when the patients find that one of them procures and drinks spirits, and the management of the institution does not have the knowledge of it yet ... this leads to a conflict between solidarity with a friend and shared responsibility for a fellow-patient doing a wrong thing, especially if he is indifferent to friendly suasion. For such instances, we have established an auxiliary commission consisting of senior patients who are primarily responsible for preventing any misuse of the freedom that is granted” (Konařík, 1934, p. 36).

Cases of relapse occurring after the completion of the treatment regimen were not necessarily seen as leading to hopelessness. They might even be beneficial and work as a significant motivation for further treatment. On this issue, Konařík cites Danič’s contribution from a congress in Milan (1913): “When, as a result of his weakened willpower or irresistible environmental cues, a patient resumes drinking and slips back to his previous serious condition, the sad perspective of his life appears before him in vivid contours in a lucid interval and he is seized by depression so strong that he summons all his willpower to resist his weakness. In all the cases where recidivous patients voluntarily subjected themselves to new treatment, I observed them generate such energy of will that permanent recovery was achieved. However, I am not referring here to cases where severe moral degeneration is the cause or effect of alcoholism” (Konařík, 1934, p. 36).

Even then, patients regarded as incurable presented a rather complex issue. If alcoholism was a secondary symptom, the chance of recovery was not considered realistic. Danič, again, made the following note on this topic in the Hague: “A drinker should always be seen as ill and we should bear this in our minds when trying to help him. Any other approach is false and fails to lead to a good outcome, however hard one may try. We should not forget, however, that there are drinkers who cannot be cured even by rigorously applied abstinence and the most elaborate psychotherapy. There are cases where profound degeneration has become so deeply rooted that any help is beyond consideration” (Konařík, 1934, p. 37). Finally, there were patients who had been ordered to undergo treatment by a court. “Even such involuntary wards are not lost. It all depends on the patient’s nature and sound judgement. If he forgets all the bitterness which he felt when entering the institution, if he can size up all the consequences, what would have followed if he had stayed at home while carrying on drinking the way he used to, if he is well-oriented in all respects, then he can be saved. However, many complain bitterly about the way in which they ended up in the institution, their grumbling poisoning the air throughout their institutional treatment, and the final result is – relapse within the shortest time possible” (Konařík, 1934, p. 37). At a congress in Vienna, Tienken noted on the incurable: “Special institutions must be established for the incur-

able where these could find a safe home for the rest of their lives” (Konařík, 1934, p. 38).

The main factor which predetermined the risk of relapse was the patient’s internal motivation. *“The best outcomes were achieved in individuals who had come to the institution with a belief that it was truly necessary for them to abandon their drinking habit and to do so for good, without any compromises involving considerations of one glass or utmost moderation. Besides this genuine determination and willingness, sustained success is hardly possible without an unimpaired mental state and orderly family circumstances. Where these three conditions were met, and the time needed to complete treatment was kept, sustained 70% success was achieved”* (Konařík, 1934, p. 57).

6 AFTERCARE

The patient’s discharge from the treatment facility was not considered the end of the treatment process and the patient was not considered fully recovered. For a patient to stay sober, it was considered useful that he would join a teetotal organisation. Furthermore, Konařík tried to maintain contacts with all the patients who had left the institution. Where patients lived not far away from the treatment facility, he tried to visit them in person. A significant, and highly risky, factor was the patient’s return to work. In the event that a patient acquired a new professional qualification during his stay in the institution, it was suitable to choose employment involving a minimal risk of relapse. The risk of relapse was seen as higher in those cases where a patient returned to his original employment.

7 CLOSE-DOWN

On 23 September 1938 at 10.20 p.m., by virtue of a Government Decree,¹² the president of the republic declared mobilisation in accordance with Section 23 of the Military Service Act. On the same day Czechoslovakia entered a national state of alert. On the basis of the Munich Agreement parts of Czech territory were devolved to the German Reich. On 1 October 1938 the Sudetenland began to be invaded by German armed forces. The Tuchlov residence¹³ was located in the area conceded to the German Reich. There is no relevant and valid source and information on when and exactly how the facility was closed. Neither is it known when exactly Konařík left Tuchlov. Nevertheless, he made a brief mention of his departure in a letter to Prof. Svozil dated 17 December 1938: *“I forgot to notify you of the change of my address following my flight from the institution”* (SOA Opava, 2017). In another letter to Svozil, he indicated that his departure from Tuchlov was not so easy: *“Please have ten copies sent to me, as the rest of the edition got burned up back in Tuchlov and I do not have a single copy left¹⁴ in remembrance”* (SOA Opava, 2017). Konařík’s deputy stayed in Tuchlov until 10 October 1938, when he

was forced out by soldiers (ČAS, 2017). The Sudetenland was occupied from 1 October 1938 up to 9 May 1945, when the Red Army passed through Tuchlov. The Tuchlov alcohol treatment facility was never reopened after World War II; its co-founder and manager, F. Bedřich Konařík, died in Prague on 22 February 1944.

8 CONCLUSION

The first alcohol treatment facility in the Czech Republic was established at the initiative of the Ministry of Public Health and Physical Education. It was operated through the agency of the Czechoslovak Temperance Association, founded in 1922, in the activities of which all the distinguished personalities in the field participated. A former hunting lodge in Tuchlov, Northern Bohemia, was selected to house the treatment facility. The financial resources needed to purchase the property for the CTA were made available by the Ministry, which also made financial contributions throughout the existence of the institution to cover its economic needs and paid for patients who could not otherwise afford to undergo treatment there. Throughout the 15 years of its existence, the institution never became totally independent in economic terms. In general, only motivated patients were admitted to enter treatment; the course of treatment was voluntary. Each patient could freely terminate their treatment at any time. In the event of relapse, patients could return to the institution and undergo the entire treatment process anew.

The treatment of alcohol dependency was based on complete abstinence, which was both the therapeutic means and the ultimate objective of treatment. The treatment approach did not allow for any controlled alcohol consumption after discharge. Other resources used in the institution included education, training in working skills, social reintegration, observation of house rules, relaxation and physical exercise, and medication, if applicable.

The close-down of the institution in 1938 was coerced by the cession of the Sudetenland to the German Reich and the arrival of the German army. With the exception of a short period between 1937 and 1939, when a similar institution was in operation in Istebné nad Oravou, Tuchlov was the only facility of its kind in Czechoslovakia. Considering its approach and the services offered to its patients, this fully-fledged treatment facility equalled the standards of alcohol treatment institutions that operated in Western Europe, particularly in Switzerland and Germany.

12 | Government Decree No. 183/1938 Coll., on the national state of alert.

13 | Coordinates 50.6039542N, 13.8136814E

14 | A reference to *The Letters of Hildegard of Bingen*.

Authors' contribution: Jaroslav Šejvl designed the research, analysed the relevant documents, and drafted the pre-final version of the manuscript. Michal Miovský designed the methodological procedure and finalised the text in terms of its content and format.

Declaration of interest: Both authors declare no conflict of interest.

REFERENCES

- Adámek, K. (1884). *Kořaleční mor [The Liquor Plague]. 2nd Edition*. Roudnice: Mareš Bookseller's.
- Beneš, E. (1947). *Problém alkoholové výroby a abstinence [The Issue of Alcohol Production and Abstinence]*. Praha: Čsl. Abstinentsní Svaz v Praze.
- CTA (2017). File: CTA, Ref. No. 399, Card No.: 5: Praha: Národní muzeum.
- Foerster, V. Mládež, lihoviny, character [Youth, Spirits, Character]. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „Ostřízlivění“*. Praha: Nová kultura. (1912-1913).
- Foustka, B. (1931). *The minutes of the meeting of the Board of the Tuchlov Temperance Boarding Establishment dated 20 February 1931*. Praha: National Museum Archives.
- Foustka, B., Hroch, J., & Konařík, B. (1935). *Výroční zpráva za rok 1935 [1935 Annual Report]*. Praha: National Museum Archives.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická Adiktologie [Clinical Addictology]*. Praha: Grada.
- Kolektiv autorů (1913). Stát a alkoholická daň [The State and the Alcohol Tax]. *Ostřízlivění*, 1 (5-6), 47.
- Konařík, B. (1925). Zpráva o Tuchlově [A Report on Tuchlov]. *Vyšší národ*, 5 (9-10), 75.
- Konařík, B. (1934). *Léčení alkoholismu v cizině a u nás [Treatment of Alcoholism Abroad and Home]*. Praha: Československý abstinentsní svaz.
- Konařík, B. (1936). Jak odvykáme pití lihovin [Giving up Drinking]. *Zdraví lidu*, 17 (5), 65-68.
- Konařík, B. (n.d.). *Proč nebyl vždy Tuchlov plně obsazen [Why Tuchlov Did Not Always Reach Full Occupancy]*. Praha: National Museum Archives.
- Masaryk, T. G. (1920). *O ethice a alkoholismu [On Ethics and Alcoholism], 2nd Edition*. 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 [Addiction Counselling]*. Praha: Galén.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu [Qualitative Approach and Methods in Psychological Research]*. Praha: Grada a.s.
- Mioviský, M., Miller, P., Grund, J.P., Belackova, 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), 527-538.
- Ministry of Health (1928). *Zabezpečení provozu ústavu tuchlovského po stránce hospodářské pro rok 1928 [Report on the Economic Operation of the Tuchlov Institution for 1928], dated 24 January 1928, published under Ref No. 336*. Praha.
- National Central Archives (1922). CTA. *Statutes of the Czech Temperance Association*. Ref. No. 367, Sg. 1367.
- Pisecký, F. Abstinentsství na středních [Teetotalism at Secondary Schools]. 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 [Content Analysis and the Possibilities of Its Use in Psychology]. *Čs. psychologie* 4 (40), 304-314.
- Popov, P. (2017). MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách [Jan Šimsa, MD – A Pioneer of Addiction Treatment and Psychotherapy in Bohemia]. *Adiktologie*, 17 (2), 168-172.
- Skála, J. (1957a). *Alkoholismus – terminologie, diagnostika, léčba a prevence [Alcoholism – Terminology, Diagnosis, Treatment, and Prevention]*. Praha: SZN.
- Skála, J., Jandourková, Z., Mečíř, J., Maťová, A., Černý, L., Vámoši, M., et al. (1957b). *Organisace a metodika boje proti alkoholismu [Tackling Alcoholism – Organisation and Methodology]*. Praha: SZN.
- SOA Opava (2017). File: *Oldřich Svozil, Ref. No.: 63: Bedřich Konařík, years 1937-1944*, Card No.: 3. Janovice u Rýmařova Office.
- Šejvl, J. (2017). Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík. *Adiktologie*, 17 (2), 173-176.
- Šejvl, J., & Mioviský, 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) [The first specialised residential treatment institution and programme for alcohol-related problems in the historical area of Bohemia and Moravia: case study of the residential alcohol programme in Velke Kuncice]. *Adiktologie*, 17 (2), 134-146.

Příloha č. 3

Citace: Šejvl, J. & Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkohol v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 1 (2), s. 68–78.

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., Miovský, M.

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

Citace | 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.

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 abstinencně 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 podpořovat 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 nevyléčitelné 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 abstinencní 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 abstinencních 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, zřizování 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 abstinencní 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 (zřizování protialkoholních a abstinencních 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 majitele 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 léčbu 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 praxí, 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 léčebně vyjádřil takto: „... musím se s velkým důrazem vyslovit proti šablonovitému zacházení s pijáky, a proto také proti náboženskému proselytismu v léčebnách. Náboženský vliv jest pro náboženskou povahu jistě velmi dobrý. Ostatní jsou však odrážení 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 léčebné práci (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 zavrhnuty 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 Svítok-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 nemocnýchalkoholemuzívalosenázvupacientmístochovanec“ (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 dočasné pro něj složité 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 nedovolovala 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 dodržování 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 sebepoznávací nebo hypnotické sugesce, psychoanalýsy 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 sebevědomím“ (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 uhličitě 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 ai 1926/22D–303/23 ai 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 hydroterapii.

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, Milešovky (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 neдрáždivá 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 použití 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 čl. zákoníku pro internování alkoholiků v Tuchlově, ...
2. nebylo také zákonného podkladu pro úhradu ústavního léčení ...,
3. nebylo ani zákona, kterým by pacient byl nucen zůstat v ústavě šestiměsíční dobu, potřebnou k vyléčení ...,
4. ministerská podpora daleko nestačila vydržovat 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 útěky 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 léčebné platby nepojištěnců (nemajetných pacientů). Pro rok si vyhradilo využití maximálně 2000 ošetřovacích 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	slovinská	1
	celkem	200

Tabulka1|Početpacientůpodlenárodnostivletech1923–1930(Konařík,n.d.)

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

Tabulka2|Rozdělenípacientůpodlepohlavívletech1923–1930(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 dipsomanie 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 nevléčitelné. 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 druhá chybujiícího, 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 odpovědění, 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 nevléčitelné, 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 nařizována 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 nevléčitelných uvedl, že: „pro nevléčitelné 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. „Nejllepších 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 abstinentní 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 pobyt v léčebně novou profesní kvalifikaci, bylo vhodné volit takové zaměstnání, kde nebude riziko recidivy. V případech, kdy se pacient vrátil do původního zaměstnání, bylo riziko recidivy považováno za vyšší.

6 KONTEXT ZÁNIKU 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 výtisku“¹¹ 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 léčbě 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 (Morovicová & 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 byl 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. vnitřní 12/10 1922 č. 75884/22–6). Zřízením, udržováním a vedením ústavu pověřeno jest kuratorium, následující cílů výdělečných.

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 újmami po stránce hospodářské a finanční, aby budovy byly udržovány, a schvaluje výda-

9|Vládnívyhláškač.183/1938Sb.z.an.,ovstupustátudobrannépohotovosti.
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 pečovatí, 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. Též 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 difference mezi správou ústavu a chovanci nebo pomocným personálem.
4. Je oprávněn propouštět po uplynulé době léčebné pacienty, rovněž i před smlouvenou dobou ony živly, jež disciplíně 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. Doplnjuje 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, diapositivity apod.
4. S říd. lékařem přijímá a propouští pomocný personál, kryje se přitom kuratoriem, 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. Kouření 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 na-prosté 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 smlouvenou 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. Neposílejte 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 žítí úplně bez lihovin a jeho rodina musí mu předcházeti dobrým příkladem. Staňte se členy Československého abstinentního svazu.

Přibližným 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 porušení a příležitostí k porušení úplné zdrženlivosti. Vytrvá-li, nezapomeňte na náš ústav, vzbudíte 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, skříňkami 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 výmínečně 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). *Problém alkoholové výroby a abstinence*. Praha: Čsl. abstinentsní 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 abstinentsní svaz.

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

Konařík, B. (n.d.). *Proč nebyl vždy Tuchlovně 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 a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada, a. s.

Miovský, M., Miller, P., Grund, J. P., Belackova, V., Gabrhelík, R., Libra, J. (2015). *Academic education in addictions 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 v boji protialkoholismu 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 závislosti 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., Mečír, J., Mařová, A., Černý, L., Vámoši, M. et al. (1957b). *Organisace a metodika boje proti alkoholismu*. Praha: SZN.

SOA Opava. (2017). Fond: Oldřich Svovil, 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 na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915)*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 134–146.

Příloha č. 4

Citace: Šejvl, J., Mašlániová, M. & Miovský, M. (2019). The Oldest Addiction Treatment Institution on the Historical Territory of Slovakia: The Istebné nad Oravou Treatment Facility (1937–1949). *Adiktologie*, 1(19), 17–25.

The Oldest Addiction Treatment Institution on the Historical Territory of Slovakia: The Istebné nad Oravou Treatment Facility (1937–1949)

ŠEJVL, J., MAŠLÁNIOVÁ, M., MIOVSKÝ, M.

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

Citation | Šejvl, J., Mašlániová, M., Miovský, M. (2019). The Oldest Addiction Treatment Institution on the Historical Territory of Slovakia: The Istebné nad Oravou Treatment Facility (1937–1949). *Adiktologie*, 1(19), 17–25.

BACKGROUND: There is a continuous tradition of institutional inpatient addiction treatment in what is now the Czech Republic which dates back to 1948, when the “Apolinar Model” began to be developed by Jaroslav Skála and his colleagues. Before the advent of this treatment approach, there was only one inpatient facility providing addiction treatment on the historical territory of Slovakia, the institution in Istebné nad Oravou (1937–1949). **AIMS:** To explore the modern history of anti-alcohol activities developed in the first half of the 20th century in Slovakia and the origin, operation, and dissolution of the first specialised inpatient addiction treatment facility. **METHODS:** Qualitative content analysis of available historical documents was used to 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 the first institutional treatment facility on the historic territory of Slovakia was marked by some specific features ensuing from the relative lack of interest in dealing with addiction-related issues on the part of society. This was reflected in the circumstances of its origin, funding, and occupancy, in operational reductions following the proclamation of the independent Slovak State (1939), and in the gradual dissolution of the facility in 1949. In spite of all this, the Istebné nad Oravou facility was a significant milestone in institutional addiction treatment in Slovakia.

Keywords | Istebné nad Oravou – Alcohol Dependency – History of Treatment – Treatment Programme – Institutional Treatment – Alcoholism – Morphinism – Cocainism

Submitted | 3 June 2019

Accepted | 30 July 2019

Grant affiliation | Institutional support was provided by Charles University, First Faculty of Medicine, Department of Addictology, GA UK No. 1290218, and Charles University, the Progres No. Q06/LF1 programme.

Corresponding author | 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

1 INTRODUCTION

The origins of the present-day treatment approach to people dependent on alcohol in Slovakia (we will use the phrases “on the historical territory of Slovakia” or “in what is now Slovakia” throughout the text to avoid misunderstanding) can be traced back to the activities developed in the mid-19th century as part of the temperance movement and awareness-raising (preventive) efforts. To a great extent, concerns about alcohol-related issues and abstinence-oriented initiatives resulted from social changes which occurred at the time and which were brought about by political and social developments in Slovakia. These changes in the perception of alcohol ensued from the activities of the Štúr Movement and the representatives of the Roman Catholic Church, who, being aware of the health, economic, and social consequences of the excessive consumption of alcohol, especially spirits, also supported sobriety associations.

This does not mean that problems related to excessive drinking had not occurred until that period. Antonín Mareš suggests that the history of alcoholism in what is now Slovakia can be divided into the earlier and later stages. While the earlier stage mainly involved the manufacturing and use of home-made wine, beer, and fermented juices, traded until the 12th century, the later phase of alcoholism-related issues was associated with the manufacturing and use of spirits (Mareš, 1981). The Slovak national movement, spearheaded by Ludovít Štúr and Samo Chalupka, to name its most prominent personalities, drew attention to this issue especially in terms of the health of the nation and the economic situation of the families affected by alcoholism which experienced its immediate consequences as they struggled for their very existence. The social situation between 1844 and 1874 was very difficult: the population was tormented by subsistence problems, on the verge of famine in some cases, and many saw resorting to alcohol as the only solution (Sedlák, 1998).

The history of sobriety initiatives in Slovakia, or, to be accurate, records of alcohol-related issues, dates back to much earlier times. Ottmar Gergelyi reports that the first spirits were brought to Bratislava from Vienna in 1439. By the mid-16th century beer was becoming popular too (Gergelyi, 1973). In the same period the first temperance associations came into existence in Europe.¹ In 1517 Sigismund of Dietrichstein established the Order of Saint Christopher in the Holy Roman Empire of the German Nation.² At the end of the 16th century two major works by Johannes Bocatius were published in Bardějov. In the first of them, *Castra temperantiae vel Exercitia Poetica, quae Lepidis aliquot et festivis epigrammatis crapulam, Eribretatem, potationem et vicina vitia oppugnant, detestentur et ejurant* (1597), Bocatius provided descriptions of alcoholic figures (types) from his social environment (a man ailing as a result of alcohol, a drunken woman, a judge who is a drunkard, a priest who suffers

from a hangover while delivering a sermon, drunken poets and teachers, a man who “has a lot of cups but few books”, etc.) spiked with satirical remarks (Duka - Zólyomi, 2015). The second publication was named *Hungaridos, Libri Poematum V.* (1599). At the beginning of the 17th century, in central Germany, Maurice, Landgrave of Hesse, founded the Order of Temperance, the members of which were not allowed to drink more than seven tumblers while dining (Gergelyi, 1973; Duka - Zólyomi, 2015). As regards European teetotal initiatives, a salient breakthrough is associated with Theobald Mathew (Father Mathew), an Irish Catholic priest, who established an abstinence movement in Ireland in April 1838. Between 1845 and 1849 this movement enrolled about three million people, which represented more than half of the adult population of Ireland at the time (Winskill, 1892; Chisholm, 1911). From there, the notion of temperance and abstinence spread to the Continent and influenced the development of anti-alcohol movements and the establishment of institutional addiction treatment facilities. The first temperance society on the territory of what is now Slovakia was founded by the teacher Jan Kadavý in Pressburg (today's Bratislava) on 11th November 1844. In the same year, a temperance society was established in Nižné Ružbachy. Subsequently, temperance associations came into existence in Medzilaborce and Levoča. Other such organisations, such as that in Divina (in the Žilina region), were established by Štefan Závodník (Gergelyi, 1973). Major sources of relevant information included “Orol Tatránsky”, a supplement to the Slovak National Newspaper published by Štúr.

The historical territory of what is now Slovakia faced a growing problem with the excessive use and homemade distilling of spirits. A “pot still” became an integral part of the inventory of farmsteads and the motto “You eat, you learn, you drink, you enjoy, and the Devil knows what will become of what is left of you” was adhered to by many (Jurkovič et al., 1935). The knowledge and skill of makeshift distilling added a new dimension to the issue of excessive alcohol use – potatoes, which were easily available, were used to make homemade spirits. This caused the manufacturing and related consumption of spirits to spiral out of control, making it necessary for the public authorities to step in and try to address the problem. At the beginning of the 17th century various statutory decrees to restrict excessive drinking were issued.

2 METHODOLOGY

The format of a simple case study of a specialised institution was used to conduct the content analysis. Primarily, basic key words were used to determine the universe (Ferjenčík, 2010) and the general search engine Google Scholar, as well as the specialised databases Kramerius, EBSCO, Electronic Journals Library Charles University (Institute of Scientific Information), and SALIS, was used to conduct the search. Subsequently, relevant historical sources were identified and three rounds of a basic review and archival research were performed. These steps were followed by the digital

1 | With the exception of a temperance association established as early as during the reign of Emperor Fridrich III. (1415–1493).

2 | Habsburg possessions in Central Europe

processing and classification, sorting, description, and categorisation of the sources that were identified. The following criteria were applied to make the general categorisation: i) the location where the product was obtained, ii) the topic which it relates to, iii) its time of origin, iv) its place of origin, and v) its author. Other general categories were constructed according to the nature of the product: i) texts, ii) products other than texts, and iii) photographs, in relation to the treatment facility in Istebné nad Oravou and to institutional addiction treatment in general. The categorisation was followed by content analysis (cf. Miovský, 2006, pp. 98–103). Our content analysis followed the approach reported by Plichtová (1996, pp. 311–313), with individual procedures being divided into interlinked stages. It involved various simple methods described by Miles and Huberman (1994), including the pattern recognition method. Similar methodological approaches were applied to our previously published studies on the specialised alcohol treatment institutions in Velké Kunčice (Šejvl & Miovský, 2017, pp. 134–146) and Tuchlov (Šejvl & Miovský, 2018, pp. 97–104).

3 SLOVAK TEMPERANCE MOVEMENTS OF THE FIRST HALF OF THE 20TH CENTURY

In the whole of Europe, the beginning of the 20th century was marked by anti-alcohol campaigns and criticism of in-sobriety and drinkers. In particular, efforts to disseminate teetotal attitudes and idealistic notions of nationwide abstinence involved the communication of messages about the risks of alcohol and alcoholism. Such messages included information presented in the regular print media – *Rodina a škola* (1901), *Pokrok* (1904), *Národný hlásnik* (1904), *Kresťan* (1912), and *Dolnozemskej Slovák* (1913) – often featuring fragmentary and inconsistent accounts of the risks posed by alcohol and its consequences and promoting total abstinence, but also specialist scholarly publications (also available in Hungarian: e.g. Fülöp, 1903), intended for both professionals, especially physicians, teachers, and the clergy, and the lay public.

In Austria-Hungary, alcohol use was a pressing issue even before the Great War (cf. e.g. Beneš, 1915), but the problem increased significantly with the outbreak of the First World War and its implications for society and people's quality of life. In addition to aggravating the dismal social situation in Slovakia at that time, particularly in rural areas, the war caused family traumas for which those who were affected seemed to find no other cure than alcohol. The high level of production and consumption of alcohol that already existed before the war continued to grow in the post-war period because of the abundant supply of basic materials. Legal measures adopted by the newly-established republic were only aimed at restricting the availability of alcohol, causing the cost of spirits to rise and thus spurring their homemade manufacturing. For example, a guide to a simple and efficient way of distilling home-made spirits was provided by *Szeszfőzés gyümölcsökből borból és a borkészítés*

melléktermékeiből (Zsigmond, 1906), a publication which became widely popular.

3.1 “The First Republic” in Slovakia – Legal Background

While in Bohemia and Moravia, the alcohol use situation did not cause any extraordinary concern, Slovakia and Carpathian Ruthenia faced much graver difficulties in this respect.

The legal regulations governing the sale and serving of alcohol in the initial years of the republic drew on the Austro-Hungarian laws. The pivotal piece of legislation was Act No. 68/1870 of the Imperial Criminal Code, providing for the organisation of the public health service. With reference to Section 17 of this law, a regulation³ was adopted on 19 December 1919, on the basis of which a permanent advisory board for tackling alcoholism was established as part of the Ministry of Public Health and Physical Education. The task of the advisory board was to deliver expert reports and proposals when requested to do so by the Ministry of Public Health and Physical Education, as well as proposing effective measures aimed at addressing alcoholism on its own initiative.

The law of 10 December 1918⁴ on special transitional provisions in Slovakia turned out to be a problematic regulation. Under Section 11, it stipulated that “*all the rights granted for the manufacturing, tapping, and sale of all types of spirits shall be subject to revision and may be revoked. Any tapping of beverages other than beer and wine is prohibited in the meantime.*” While prohibiting the tapping of spirits, this restriction did not apply to their sale in bottles. This meant a great potential market for the Bohemian and Moravian distilling industry. At the same time, hazardous patterns of consumption of spirits were on the rise, making it obvious that alcohol users were not going to abstain. Jančík (2014) reported that the lack of alcohol led to the consumption of ether and denatured alcohol. Pot stills continued to be standard home equipment and a significant proportion of the population continued to engage in home distilling. In consequence, this led to an increase in the illegal importation of ethyl alcohol into Slovakia. None of the restrictive measures were in any way effective at reducing the consumption of spirits in Slovakia or illicit dealing in ethyl alcohol. The stipulation under consideration remained in operation until 3 July 1929, when it was annulled by Act No. 96/1929 Coll.

One of the most significant legal regulations during the Czechoslovak “First Republic” aimed at controlling the sale and serving of alcoholic beverages became known as the Holitscher⁵ Act (*Lex Holitscher*⁶). Coming into force on

3 | Regulation of the Government of the Republic of Czechoslovakia No. 27/1920 Coll., establishing a permanent advisory board for tackling alcoholism.

4 | Act No. 64/1918 Coll., on special transitional provisions in Slovakia.

5 | Arnold Holitscher, M.D. (7 August 1859–21 October 1942) was a physician in Horní Slavkov and a politician; he was engaged in the anti-alcohol movement and contributed significantly to the drafting and adoption of Act No. 86/1922 Coll.

6 | Act No. 86/1922 Coll., introducing restrictions on the serving of alcoholic beverages

1 May 1922, this act was the first piece of legislation in what was then Czechoslovakia to govern the domain of alcoholic beverages. Its major benefits included its clear definition of the term “alcoholic beverage” and the determination of the age limit for consuming alcoholic beverages; beer and wine, including fruit wine, were allowed to be served to people above 16 years of age, while other types of alcoholic beverages could be served to individuals above 18. More specific implementation of this law was described in a government regulation,⁷ which provided more detailed definitions of the rights and obligations of alcohol dealers. A captivating account of the “battle” for the final version of the Holitscher Act is provided by Jančík (2014) in his study exploring the conflicts between the advocates and opponents of abstinence in Czechoslovakia in the period between the World Wars and, in particular, the significance and power of the alcohol “lobby”. The drafts of the Holitscher Act and their discussion were exemplary illustrations of the way in which professional institutions (such as those associating manufacturers of ethyl alcohol and spirits, traders, and innkeepers) could exert influence on the political scene (the Agrarian Party) and hamper any efforts that might endanger their financial proceeds. The First Republic thus learnt a lesson that alcohol-related issues cannot be solved by legal instruments. During the period between the First and Second World Wars no major legislative changes were made in what was then Czechoslovakia that could strengthen anti-alcohol activities on the part of either national or local government institutions and thus facilitate responses to the issue under consideration.

3.2 Temperance Association

The Czechoslovak Temperance Association (CTA) was founded in 1922; its statutes were approved by an edict of the Minister of the Interior, No. 75844/22-6, dated 12 October 1922. The CTA was an umbrella organisation for all⁸ the temperance and teetotal associations and clubs in what was then the Czechoslovak Republic (Šejvl & Miovský, 2018).

Autonomous headquarters were established for different parts of the republic (Bohemian,⁹ Moravian,¹⁰ Silesian,¹¹ and Slovak¹²). These were centrally organised by the General Secretariat of the Czechoslovak Temperance Association (Lányi, n.d.).

The Regional Headquarters for Slovakia of the Czechoslovak Temperance Association were established in Bratislava on 17 May 1922, with Prof. Karol Lányi being commissioned

to head it as of 26 January 1923 (Morovicsová & Falisová, 2016). Its core activities for Slovakia were identical to those pinpointed for the Czech lands. Its four principal tenets remained unchanged: 1) educational, awareness-raising, and cultural events (hosting lectures, educational meetings, and courses for both the general public and the scientific community, education and publication of materials on tackling alcoholism and on alcohol treatment, and medical training); 2) social and hygienic activities (the establishment and management of treatment institutions and counselling centres based on the principles of abstinence, the establishment of inexpensive diners, restaurants, and hotels where no alcohol was served, the establishment of shops selling milk and fruit, and support for the manufacture and distribution of soft drinks); 3) social activities in general (involvement in the improvement of the situation in society and support for institutions advocating temperance), and 4) legal activities (promotion of the adoption of anti-alcohol laws and regulations varying in terms of their legal strength, the legal protection of adolescents and labourers, and the regulation and reduction of the production and sale of spirits in relation to local customers – “the local option”) and organisational activities (Šejvl & Miovský, 2018).

In Bohemia, thanks to the efforts of Břetislav Foustka, Jan Šimsa, Father Bedřich Konařík, and other representatives of the Czechoslovak temperance movement, the first post-1918 institutional alcohol treatment was introduced in 1923 in the Tuchlov facility, but in Slovakia there was a long-term lack of an alcohol institution. Nevertheless, pressure for the establishment of such a treatment facility had been apparent since the independent republic was proclaimed in 1918. The idea of fostering the development of institutions which would systematically engage in treating alcohol dependency was considered by the Ministry of Public Health and Physical Education as early as in 1919. The main driving element was the Czechoslovak Temperance Association (CTA), specifically its Regional Headquarters for Slovakia. The Statutes of the Regional Headquarters were endorsed by the Ministry in October 1925. Its founding members included Tomáš G. Masaryk and the Regional Headquarters also enjoyed support from Edvard Beneš.

The activities of the Temperance Association, which also maintained collaboration with the Red Cross, did not lead to any major positive results. Starting from the mid-1920s, in particular, the Association issued a number of publications dealing with the issue of addiction to alcohol. One of the most prolific representatives of the Temperance Association in Slovakia was Karol Lányi, who was especially involved in the production of texts that popularised abstinence and rejected alcohol. These included *Alcohol and Morality*, *How to Tackle Alcoholism*, *Alcohol and Youth*, and *Alcohol and the Social Issue*.

The most prominent literary attempts at a comprehensive grasp of alcohol-related issues included the Teetotal Temperance Reader by Jurkovič et al. (1935). Generally speaking, this work involved a monograph summarising salient treatises by influential figures in the anti-alcohol move-

7 | Government Regulation No. 174/1922 Coll., implementing the law of 17 February 1922, No. 86 Coll., introducing restrictions on the serving of alcoholic beverages.

8 | Regional, district, and local organisations.

9 | The Bohemian Headquarters had their offices at the General Secretariat at Riegrovo nábřeží 4, Prague 2.

10 | with its registered office at Čechova 42, Brno-Žabovřesky

11 | with its registered office in Silesian Ostrava; the exact address has not been identified.

12 | with its registered office at Šafárikovo nám. 2, Bratislava

ment in Slovakia. The publication was primarily intended for district anti-alcohol boards and as reference material for awareness-raising lectures on alcohol. The secondary objective of the publication was to help in creating suitable conditions and obtaining financial resources for the establishment of the first alcohol treatment facility in Slovakia. However, it fell short of what had been expected from it in terms of its benefits.

At the opposite end of the spectrum from these teetotal efforts and the activities of the CTA, there were organisations that sought to minimise the effects of alcohol or even tout its benefits for human health. At the national government level, the Czechoslovak Alcohol Commission was a significant player in this respect.¹³ Although it went into private ownership as of October 1922, its main objective remained to secure as much income for the public purse from the taxation of alcohol as possible. As far as private entrepreneurship was concerned, such advocacy entities included the Union of Czech Associations of Licensed Victuallers and Publicans for Bohemia in Prague, "Hostimil", the Central Union of Czechoslovak Catering Services for Bohemia, Moravia, and Silesia, brewery unions, and the Union of Professional Associations to Combat Eccentric Teetotalism (Jančík, 2014).

4 THE TREATMENT FACILITY AT ISTEBNÉ NAD ORAVOU

In calling for the establishment of a treatment institution in Slovakia, the absence of any facility of this kind and the complications associated with the provision of such treatment in the only dedicated facility in the country – in Tuchlov – turned out to be a powerful argument presented to the Ministry of Public Health and Physical Education. The barriers to treatment there for patients from Slovakia and Carpathian Ruthenia included the distance and a lack of willingness and knowledge on the part of physicians to refer their patients to such treatment as was covered by the contributory sickness fund.

The strategy used to select the location for the treatment facility followed the requirements for the establishment of alcohol institutions that were applied at the time. It was proposed that it should be not far away from a town, within a reasonable driving distance for a medical doctor, but in a place where it would be possible for the patients to be able to work in the fresh air, both in the fields and in the woods, and for the institution to be partly self-sufficient with regard to food supplies (fruit and vegetables) and firewood in the winter months. Istebné nad Oravou was selected as the place not only met the conditions that were required, but also involved a bargain of a manor house including a fruit orchard,

a field, a forest, a park, two outbuildings, and a joinery shop (Property Lease, 1939). All this matched the requirements for a treatment institution perfectly. The facility was established in a property which the Czechoslovak Temperance Association procured (with support from the ministry, as in the case of the Tuchlov Institution) from Anna Rakovszká in 1937 for CZK 320,000. To demonstrate its teetotal attitudes, the town closed down its only tavern on the occasion of the 555th anniversary of its foundation (1937).

The Regional Headquarters for Slovakia of the Czechoslovak Temperance Association opened the alcohol treatment institution in Istebné nad Oravou, served by the Veličná Post Office, in the Dolný Kubín District, on 2 November 1937 at 10.30 (Regional Headquarters for Slovakia, 1937). Over 250 people were present at the formal opening. The introductory speech was given by Dr. Ladislav Jurkovič, the CTA vice-chair for Slovakia. Salutatory addresses that followed were delivered by representatives of the regional and district authorities, representatives of the Ministry of Public Health and Physical Education headed by Rudolf Homola, Ignác Grebáč Orlov, and the priest from Veličná on behalf of the Catholic Parish Office in Veličná, Peter Halaša and a minister from Veličná on behalf of the Orava Protestant Senior Office, Mikuláš Gacek on behalf of *Matica Slovenská* (a Slovak national cultural association), the mayor of the municipality. Ondrej Greguška, Jozef Ujček on behalf of the Párnica notarial office, Father Bedřich Konařík on behalf of the Tuchlov treatment facility, Ms. Jurkovičová on behalf of the women's section of the Temperance Association, and Ján Hroboň with the local minister on behalf of the local Protestant Parish Office. Financial contributions to the establishment of the treatment facility were made by the Ministry of Health (at the suggestion of the Czechoslovak permanent advisory board for tackling alcoholism), the Ministry of Welfare, the Provincial Committee, headed by its president Jozef Ország, and many others (Opening, 1937).

The Istebné treatment facility differed from Velké Kunčice and particularly Tuchlov in terms of the target groups they were each intended for. While both the older treatment facilities were intended exclusively for patients addicted to alcohol (with patients diagnosed with concurrent conditions or addicted to other substances being strictly rejected), the Istebné institution was different in this respect. The establishment of the treatment facility resulted from efforts to provide treatment to those who "*were deprived by alcoholism of their stamina, had their willpower broken and their enthusiasm for work subdued by alcohol, and were incapacitated for work, temporarily or for good, because of alcohol*" (Regional Headquarters for Slovakia, 1937). In addition to treating alcoholics, the institution was also intended to provide treatment to cocaine and morphine addicts.

The capacity of the treatment facility was set at 17 beds. Vladimír Fábry, M.D., from the hospital in Dolný Kubín was appointed as the in-house physician. Emil Kraus was commissioned to manage the facility and provide pedagogical guidance. He had received training from Father Konařík in Tuchlov and held the same position in Istebné as Konařík

13 | Created on the basis of Resolution of the Czechoslovak National Committee No. 29/1918 Coll., on the establishment of the Czechoslovak Alcohol Commission, dated 8 November 1918, and dissolved on the basis of Decree No. 294/1922 Coll., on the termination of the operation of the Czechoslovak Alcohol Commission, dated 30 September 1922.

in Tuchlov. In addition, his responsibilities included administrative work. Ondrej Medvecký was the caretaker in the facility. He worked there continuously until the early 1950s.

Morovicsová and Falisová (2016) report that the daily fees in Class III were set at CZK 28.00 and raised to CZK 32.00 if a single room was required. The fee for Class II was set at CZK 45.00, with CZK 25.00 being charged for endowment beds (the latter figure was covered by the Ministry of Public Health). Patients of low socio-economic status were granted a 25-50% discount. Those who were covered by health insurance offices and members of sickness funds had their stay fully covered in the same way as if they were admitted to a regular hospital (Regional Headquarters for Slovakia, 1937). Financial support was provided by the Ministry of Public Health and Physical Education and the local government, especially by the Dolný Kubín District Authority. In 1938, a subsidy amounting to CZK 3000 was granted (Support, 1938a). The level of financial support was at its greatest in the year of the opening of the treatment facility, and subsequently declined continuously.

The duration of the inpatient treatment was set at five to six months. Entry to treatment involved the same procedures and requirements as was the case in Tuchlov – an initial medical examination, assessment and diagnosis, the determination of treatment and dietary regimens, and patients' permanent abstinence during their stay in the institution. The patients were accommodated in dormitories, but the treatment facility also possessed a communal room, dining room, library, caretaker's office, and areas where hydrotherapy and baths took place. The areas intended for work therapy were situated in the grounds adjacent to the facility.

Whether the property that had been purchased was suitable for treatment purposes is questionable, given its physical condition. There was no running water in the building at the time when treatment began to be provided there. Water had to be brought in from a well by the patients or the staff.

This made it difficult to meet basic sanitary requirements and provide hydrotherapy, which was to be an integral part of the treatment. The building had no electricity supply or central heating, either (Morovicsová & Falisová, 2016).

The frequency of the audits of the treatment facility performed by the Dolný Kubín District Authority officials and some of their results are summarised in *Table 1*.

The inspection visit carried out by the Dolný Kubín District Authority officials on 19 January 1939 found that there were two patients and that the ordinary operation of the treatment facility was problematic (Record, 1939a). During the era of the Slovak State (1939-1945) the facility kept running, although the available historic records do not provide enough evidence to determine how many patients sought treatment there at that time.

To this day, it is not clear when the treatment facility effectively closed down. Morovicsová and Falisová (2016) report that the activities of the institution were wound up for two main reasons: a lack of funds and the separation of the Slovak Temperance Association from the Czechoslovak Temperance Association as a result of the breakup of the republic in the aftermath of the Munich Agreement and the proclamation of the independent Slovak State. This is believed to have taken place some time in 1939. Such a conclusion was probably inferred from the audit report of 6 May 1939, which indicated that the treatment facility had terminated its activities as of 15 April 1939 (Record, 1939b). It is not clear why this entry was included in the book of records, as other materials indicate otherwise.

Interestingly enough, this information does not correspond with the archival materials that were recovered from the Dolný Kubín District Archives. On 19 January 1939, an audit was carried out in the facility and found that there were two patients, the regular operation of the facility was not possible, as the water pipes in the building froze in winter be-

Date of audit	Evaluation
31 January 1938	The institution has not yet been furnished with the equipment needed to provide treatment. The main issue is the water supply – water must be brought in from a nearby well. The bathroom fixtures are very basic and make it impossible to perform hydrotherapeutic procedures to the extent needed. Both the kitchen and the dormitories are clean. Although also clean, the toilets are very primitive, with no flushing. At the time of the audit, there were six inpatients; they are happy and their physical condition is improving (Record, 1938d).
29 April 1938	10 patients hospitalised – they are very satisfied with their stay in the institution. The building of a water closet, washroom, and hydrotherapy room was initiated. The kitchen and the food store were in exemplary order. Accommodation and food for the patients are satisfactory (Record, 1938c).
13 July 1938	12 patients hospitalised – they are all satisfied with the treatment and their health is improving. Water piping, water closets, showers, and hydrotherapy facilities have been installed in the building. The dormitories, kitchen, and food store were found to be kept exemplarily clean. The accommodation and food for the patients are satisfactory (Record, 1938b).
23 July 1938	Five patients hospitalised – they are all satisfied with the treatment, their physical condition is satisfactory (Record, 1938a).
19 January 1939	Two patients; operation in the winter time is problematic – the water pipes in the building freeze, and the hydrotherapy facilities are not properly equipped. The accommodation and food for the patients are satisfactory (Record, 1939a).

Table 1 | Selected conclusions from audits performed in the Istebné nad Oravou institution

cause of the low temperatures, and the hydrotherapy room had not been properly equipped. On the other hand, the rooms for patients were well equipped (Record, 1939a).

The above materials reveal that on 21 April 1939 the property as a whole was let to its caretaker Ondrej Medvecký (Property Lease, 1939). The inspection conducted on 6 May 1939 reported 15 inpatients (nine men and six women). On paper, the treatment facility existed as late as in 1945; while it is probable that no treatment was being provided at that time, it still reported employees. On 19 May 1947 the entire property of the treatment facility belonging to the Slovak Temperance Association was formally handed over to the Health Commission. This transaction was based on a donation agreement between the Slovak Temperance Association and the Health Commission dated 27 February 1947 (Record, 1947; Handover of Teetotal Institution, 1947). As a result, the treatment facility changed its legal status from an independent establishment of the Czechoslovak Temperance Association (or the Slovak Temperance Association, to be exact) to the National Alcohol Treatment Institution. The facility continued to operate and appeared to provide treatment services to patients, as indicated by an application for admission to treatment filed by a postal worker on 30 September 1948 (Treatment Application, 1948) and correspondence exchanged between the institution and the Health Commission concerning the endorsement of a certificate needed for the issue of food vouchers and instructions regarding construction works in November 1948 (Health Commission, 1948). At that time the alcohol institution was incorporated into the national health system (Consumption Receipt, 1948). On paper, in the first half of 1949 the treatment facility was still in operation; the existence of its employees is documented by a receipt showing the payment of insurance for the employees of the institution (Receipt, 1949). In effect, the treatment facility was closed down in December 1949. The last employment contract was terminated as of 1 October 1949 (Overpayment, 1950). On Monday 5 December 1949 the caretaker of the institution advised the Health Commission in writing of the amount needed to repair a damaged railing (Damaged Railing, 1949), and on Thursday 8 December 1949 a record of the inventory of the former teetotal institution in Istebné nad Oravou was made, under the institutional reference number 117/1949 (Items of Inventory, 1949).

By January 1950 the former manor housed the Regional Children's Home (Bill, 1950).

5 DISCUSSION AND CONCLUSION

The establishment of the treatment institution in Istebné nad Oravou involved some distinctive features which differed from two earlier treatment facilities which came into existence in the 20th century in what was then Czechoslovakia. Despite some variations in the level of formal social acceptance of alcoholism (with Slovakia being more tolerant towards excessive drinking than Bohemia or Moravia) and treatment focus, together with Velké Kunčice and Tuchlov,

this treatment institution constituted logical solid foundations from which Jaroslav Skála and his colleagues could draw inspiration in 1948 when developing what is referred to as the "Apolinar Model" (Skála, 1957). In addition to patients dependent on alcohol, the treatment facility took in patients addicted to morphine and cocaine, which made it exceptional and different from the Velké Kunčice and Tuchlov institutions, as those accepted only alcohol-dependent patients. In spite of this, the Istebné facility never reached full occupancy and, with the exception of the first two years of its existence (1937-1939), faced a significant lack of financial resources needed to cover the treatment of its patients, but also its day-to-day operation and equipment. A factor that played a major role in this respect was the breakup of Czechoslovakia and the establishment of the independent Slovak State on 14 March 1939. This meant the discontinuation of financial support – modest as it was – for those not covered by health insurance (endowment beds), as well as the split of the Czechoslovak Temperance Association and cuts in (effectively, the elimination of) subsidies from the government. It is noteworthy that the Velké Kunčice institution had to close down because of the Great War (1915), the Tuchlov institution ceased to operate after the Sudetenland was handed over to the German Reich (1938), and the operation of the treatment facility in Istebné nad Oravou was dramatically reduced as a result of the breakup of the republic (1939). Despite many difficulties, the institution continued to operate, albeit *pro forma*, in the subsequent years. It acted as an entity managed by the Slovak Temperance Association not only during the existence of the Slovak State, from 14 March 1939 to 3 May 1945, but also in the years that followed this period.

Its establishment, initiated primarily by the CTA, was driven by the idealistic or virtually utopian notion of bringing the "Czechoslovak nation" to sobriety. Even then it must have been clear to all the public policy makers and public health stakeholders that such goals could not be achieved in this manner. Morovicsová and Falisová (2016) suggest that the efforts to reform society as regards excessive alcohol use and drinking-related habits did not match the opinions and values of the individual population groups. Moreover, the CTA offered those who were expected to give up alcohol no reasonable and acceptable alternative that could help them deal with their social and economic problems. The economic situation of the population – both in Austria-Hungary and the new republic – was far from ideal and alcohol worked as a panacea for a significant segment of society. The majority of society, across all walks of life, showed a largely indifferent attitude towards the teetotal efforts and the ambition to make the entire nation opt for sobriety. The retailers, large-scale entrepreneurs, and landowners who profited from the manufacturing and sale of alcohol generated a counterpressure to these efforts which made them a major behind-the-scenes political force. Additionally, the nationwide abstinence philosophy and campaigns featured sarcastic and moralising elements, with targeted rational education aimed at specific groups of society being rather exceptional. In summary, people were presented with the opinions of a relatively limited segment of the population and, more-

over, in a situation in which few of them felt that addiction to alcohol might be of any concern to them.

The attitude of resistance on the part of some physicians should also be mentioned. In a better case, they were not interested in alcohol-related issues and did not regard alcoholics as ill and alcoholism as an illness. In a worse case, they recommended moderate drinking as a cure for various conditions. Systematic aftercare helping patients with recovery after their discharge from institutional treatment and providing support for their families was limited.

Despite all these facts, it is beyond doubt that institutional addiction treatment in Istebné nad Oravou played an important role in the development of treatment approaches after 1948. It built and drew on the experience from the Velké Kunčice and Tuchlov treatment facilities, its staff sought inspiration from the Tuchlov approach, in particular, which had become well established by that time, and the involvement of Father Bedřich Konařík and Jan Šimsa in the preparation of the treatment approach was undoubtedly a significant factor. Finally, its existence made it possible to draw formal attention to the risks of addiction to morphine and cocaine and to raise the issue of the treatment of such addictions being covered by health insurance, a practice which was very rare in what was then Czechoslovakia.

Authors' contributions: Jaroslav Šejvl searched and processed the historical documents and subsequently categorised them according to their mutual thematic relationships in terms of their origin, content, and development, drafted the article, and finalised it. Miroslava Mašláňiová was involved in the processing and analysis of historical documents. Michal Miovský reviewed the thematic relationships between the categorised documents and participated in the drafting of the article and its finalisation.

Declaration of interest: No conflict of interests.

REFERENCES

- Beneš, E. (1915). *Problém alkoholové výroby a abstinence* [The Issue of Alcohol Production and Abstinence]. Praha: Nákladem Československého abstinentního svazu.
- Bill (1950). *A bill for the Regional Children's Home in Istebné nad Oravou, dated 9 January 1950, without a reference number*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Certificate (1949). *Dolný Kubín District National Insurance Company – payments of employee contributions for I-II 1949, Istebné n/Or. Teetotal Institution, dated 9 March 1949, Ref. No. 70/1949*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Chisholm H. ed. (1911). "Mathew, Theobald", *Encyclopaedia Britannica*. 17. (11th ed.). New York: Encyclopaedia Britannica.
- Consumption Receipt (1948). *Počítací stroj zn. Albona, štátný liečebný ústav pre alkoholikov v Istebnom n/Or., zo dňa 17. 11. 1948, č.j. 57/1948* [Albona calculating machine, national alcohol treatment institution in Istebné nad Oravou, dated 17 November 1948, Ref. No. 57/1948]. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Damaged Railing (1949). *Dopis Štátného liečebného ústavu alkoholikov v Istebnom n/Oravou Povereníctvu zdravotníctva ohladne poškodeného zábradlia, zo dňa 5. 12. 1949, č.j. 111/1949*. [A letter from the national alcohol treatment institution in Istebné nad Oravou to the Health Commission concerning a damaged railing, dated 5 December 1949, Ref. No. 111/1949]. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Dolnozemský Slovák (15 April 1913). *Keď sa pije od dlhej chvíle!* [When Drinking is a Way of Killing Time] XI (4), 31–32.
- Duka-Zólyomi, N. (2015). *Prvé hnutie striedmosti na Slovensku v XVI. storočí* [The First Temperance Movement in Slovakia in the 16th Century]. *Akoholizmus a drogové závislosti (protialkoholický obzor)*, 50 (5), 251–255.
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu* [Introduction to Psychological Research Methodology]. Praha: Portál.
- Fülöp, S. (1903). *Az Alkoholizmusról*. Budapest.
- Gergelyi, O. (1973). *Z dejín boja proti alkoholizmu* [From the History of Fighting Alcoholism]. *Výživa a Zdravie*, 18 (10), 226–227.
- Handover of Teetotal Institution (1947). *A notice of the Slovak Temperance Association to Mr. Ondrej Medvecký about the handover of the inventory of the Teetotal Institution to the representatives of the Health Commission and the nationalisation of the treatment facility, dated 26 April 1947, Ref. No. 108/1947*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Health Commission (1948). *Liečebný ústav v Istebnom nad Oravou – opravné práce; ze dne 6. 11. 1948, č.j. 224-17455/1948* [Treatment institution in Istebné nad Oravou – repair works; dated 6 November 1948, Ref. No. 224-17455/1948]. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Items of Inventory (1949). *Odpis zápisnice o inventári bývalej abst. Liečebne v Istebnom, zo dňa 8. 12. 1949, č.j. 117/1949* [Copy of the record of the inventory of the former teetotal institution in Istebné, dated 8 December 1949, Ref. No. 117/1949]. Dolný Kubín District Archives: no call number.
- Jančík, D. (2014). "Pit či nepít - to jest, oč tu běží." *Střety příznivců a odpůrců abstinence v meziválečném Československu* ["To Drink or not to Drink – That is the Question." Struggles of the supporters with the opponents of teetotalism in interwar Czechoslovakia]. *Historická sociologie/Historical Sociology*, 1, 47-69. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-406522>
- Jurkovič, L., Čárský, J., Čobrdu, P. V., Matzenauer, J., Vlasák, G. & Procházka, A. (1935). *Abstinentná protialkoholná čítanka* [Teetotal Temperance Reader]. Bratislava: Regional Headquarters for Slovakia, Czechoslovak Temperance Association.
- Kresťan (1912). *Slávnosť antialkoholistov* [Feast of Teetotalers] No. 1, Vol. 13.
- Lányi, K. (n.d.). *Alkohol a mravnosť* [Alcohol and Morality]. Bratislava: Regional Headquarters for Slovakia, Czechoslovak Temperance Association.
- Mareš, A. (1981). *Historie lidového abstinentního hnutí na Slovensku – historie abstinentního hnutí v Československu – část III* [A History of the Popular Temperance Movement in Slovakia – A History of the Temperance Movement in Czechoslovakia – Part III]. Archives of the National Museum in Prague, Call No. 1.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

- Miovský, M. (2006). *Kvalitatívny prístup a metódy v psychologickom výskume* [Qualitative Approach and Methods in Psychological Research]. Praha: Grada a.s.
- Morovicsová, E. & Falisová, A. (2016). Význam protialkoholických liečební v boji proti alkoholizmu v prvej Československej republike [The Importance of Anti-alcohol Treatment Institutions for the Fight against Alcoholism in the first Czechoslovak Republic]. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 112(6), 287–297.
- Národný hlásnik (20 March 1904). Najkrajší výsledok tohoročnej porady slovenskej mládeže [The Greatest Outcome of This Year's Meeting of Slovak Youth], Vol. 33, No. 1, p. 4.
- Opening (1937). *Istebné. Teetotal Institution. Opening, record dated 20 November 1937, Ref. No. 339.132/11-1937*. Dolný Kubín District Archives, Call No. 882/1937.
- Overpayment (1950). *Andrej Medvecký, bývalý domovník ústavu v Istebnom n/O, preplatok, zo dňa 16. 4. 1950, č.j. 141-23061/1949*. [Andrej Medvecký, a former caretaker of the institution in Istebné nad Oravou, overpayment, dated 16 April 1950, Ref. No. 141-23061/1949]. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Plichtová, J. (1996). Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii [Content Analysis and the Possibilities of Its Use in Psychology]. *Čs. psychologie* 4(40), 304–314.
- Podjarovský (1901) Ako môže učiteľ odhovoriť občanov od pijatky [How a Teacher Can Discourage Citizens from Drinking]. *Rodina a škola* 3(5), 75–77.
- Pokrok (12 March 1904), No. 2, Vol. II, Alkohol a mlieko [Alcohol and Milk], p. 11.
- Property Lease (1939). *Management of the Teetotal Institution in Istebné n. O. – property lease, dated 21 April 1939, Ref. No. 364/1939*. Dolný Kubín district Archives: Call No. 137.
- Record (1938a). *Record of Audit Conducted on 23 July 1938 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 11.330*. Dolný Kubín District Archives – Health Department 7959/1938.
- Record (1938b). *Record of Audit Conducted on 13 July 1938 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 7788*. Dolný Kubín District Archives – Health Department 7959/1938.
- Record (1938c). *Record of Audit Conducted on 29 April 1938 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 4906*. Dolný Kubín District Archives – Health Department 7959/1938.
- Record (1938d). *Record of Audit Conducted on 31 January 1938 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 1502*. Dolný Kubín District Archives – Health Department 7959/1938.
- Record (1939a). *Record of Audit Conducted on 19 January 1939 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 21/1939*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 882/1937.
- Record (1939b). *Record of Audit Conducted on 6 May 1939 in the Istebné Alcohol Treatment Facility, No. 21ad/1939*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 882/1937.
- Record (1947). *Prevzatie inventáru a majetkovej podstaty v Istebnom – record dated 19 May 1947*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Regional Headquarters for Slovakia (1937) *Krajinské ústredie pre Slovensko Čsl. Abstinentského sväzu v Bratislave – odporúčanie abstinentskej liečebne; ze dne 16. nov. 1937, č.j.: 1399/37* [Regional Headquarters for Slovakia, Czechoslovak Temperance Association – recommendation to the teetotal treatment facility; dated 16 November 1937, Ref. No.: 1399/37]. Dolný Kubín District Archives: Call Number 137.
- Sedlák, P. (1998). *Hnutie spolkov striezlivosti na Slovensku v rokoch 1844–1874* [The Movement of Temperance Associations in Slovakia from 1844 to 1874]. Prešov: Michal Vašek Publishers.
- Skála, J. (1957) *Alkoholismus* [Alcoholism]. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Support (1938a). *Dolný Kubín District Authority – Application for Support for the Istebné Teetotal Institution, dated 27 April 1938, Ref. No. 3613/1938*. Dolný Kubín District Archives: clerk 3613/1938.
- 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) [The first specialised residential treatment institution and programme for alcohol-related problems in the historical area of Bohemia and Moravia: case study of the residential alcohol programme in Velke Kunčice (1911–1915)]. *Adiktologie*, 17(2), 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), 97–104.
- Treatment Application (1948). *Pavol Roháček – pošt. zriadenec – žiadosť o liečbu zo dňa 30. 9. 1948. [Pavol Roháček – a postal worker – application for treatment dated 30 September 1948]*. Dolný Kubín District Archives: Call No. 137.
- Winskill, P. T. (1892). *The temperance movement and its workers. A record of social, moral, religious, and political progress*. London, Glasgow, Edinburgh, and New York: Blackie & Son, Limited.
- Zsigmond, Z. (1906). *Szeszfőzés gyümölcskából barból és a borkészítés melléktermékeiből*. Kassán: Vitéz A. Gazdasági Szakkönyvkereskedése.
- Act No. 64/1918 Coll., on special transitional provisions in Slovakia.
- Act No. 68/1870 of the Imperial Criminal Code, providing for the organisation of the public health service.
- Act. No. 86/1922 Coll., introducing restrictions on the serving of alcoholic beverages.
- Act No. 96/1929 Coll., annulling Statutory Article XXV/1899 concerning public revenue from the drawing of beverages and Section 11 of Act No. 64 Coll. on special transitional provisions in Slovakia and amending the Trade Licensing Act for the territory of Slovakia and Carpathian Ruthenia.
- Government Regulation No. 174/1922 Coll., implementing the law of 17 February 1922, No. 86 Coll., introducing restrictions on the serving of alcoholic beverages.
- Regulation of the Government of the Republic of Czechoslovakia No. 27/1920 Coll., establishing a permanent advisory board for tackling alcoholism.

Příloha č. 5

Citace: Šejvl, J., Gavurová, B., Barták, M., Mašlániová, M. & Miovský, M. (2019). First Alcohol Treatment Institutions in Today's Czech Republic and Slovak Republic. *Central European Journal of Public Health*, 27 Supplementum, pp 55–65.

FIRST ALCOHOL TREATMENT INSTITUTIONS IN TODAY'S CZECH REPUBLIC AND SLOVAK REPUBLIC

Jaroslav Šejvl, Beáta Gavurová, Miroslav Barták, Miroslava Mašlániová, Michal Miovský

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

SUMMARY

Objective: Drawing on qualitative analysis of selected historical documents, the paper seeks to provide a definition of the general characteristics of the first institutional alcohol treatment facilities in today's Czech Republic and Slovakia, taking into account the historical context of the first half of the 20th century. An additional aim was to point out the importance of archival research and its contribution to understand the determinants of alcohol-related agenda and alcohol treatment.

Methods: The basic data platform was generated by analysis of historical documents pertaining to the subject matter under study and to institutional processes in different periods. The data was processed using the open coding method (as part of the grounded theory approach) and other specific methods based on the matching of data from scientific and professional literature and archives in different periods. Over 1,100 pages of text from relevant archival materials were analysed. This research is original, no such systematic analysis of historical documents on this subject matter has been conducted on such a scale with the intention of identifying the general correlates of the historical development of an alcohol-related agenda and alcohol treatment.

Results: The establishment of the first institutional facilities intended to provide treatment for alcohol dependency was based on the notion of addiction as a disease, which needs to be treated in dedicated facilities applying an individualised approach. The circumstances of the establishment of the facilities under analysis were similar. Their existence was made possible by distinguished personalities rather than a general belief and social pressure that the issue of alcohol addiction should be addressed. This also explains the fact that the occupancy of these facilities never reached their full capacity, that they were not self-reliant in economic terms, and that they did not readily resume their operation after 1945.

Conclusions: The analysis of the establishment, operation, and dissolution of these facilities at the time reveals the discontinuity in the approach to alcohol abuse and its treatment in the context of the historical development and perception of alcohol-related problems in Czech and Slovak society in the first half of the 20th century. Significant social changes occurred after 1948. New legislative instruments were used to enforce treatment based on a principle that was different from the previous approaches. The results of our study also make it possible to reveal the intensity of apparent individual and institutional motives in the process of the development of alcohol treatment in historical terms and its projection into different post-war periods. The understanding of these correlates will help in designing additional trajectories of research into the effects of social and political changes on addiction treatment and thus identifying the intensity of the historical development and its influence on the perception of addiction treatment at present. These findings will also be of great importance for a historical comparative analysis, including overlaps with the development of recent theories, and will support the emergence of new areas of study for the social sciences.

Key words: alcohol, institutional alcohol treatment, Czech Republic, Slovak Republic

Address for correspondence: J. Šejvl, Charles University, First Faculty of Medicine, Department of Addictology and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic. E-mail: jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

<https://doi.org/10.21101/cejph.a5812>

INTRODUCTION

The first half of the 20th century saw the development of the first alcohol treatment facilities in today's Czech Republic and Slovakia. Their origin was related to the perspective on the harmful effects of alcohol use that was then emerging. At the time, two general approaches to alcohol use and alcohol-related problems were applied. One of them was the temperance movement and the other, which, to a great extent, explains the context of the establishment of alcohol treatment facilities, was a focus on people with alcohol dependence. In this context, alcoholism

was viewed as a disease which should be treated. While such an approach can hardly be conceived in terms of public health policies as we know them today (1), the emergence of treatment facilities at the time implied values and principles which did not take full effect until the 1960s and 1970s, when alcohol-related social problems began to be addressed on a larger scale. They may also be regarded as the initial efforts to apply a public health approach in its present-day terms. According to Harris (2), alcohol has always been a controversial social issue, as demonstrated by interventions such as prohibitions, introduced in the 19th and 20th centuries.

The above proposition is supported by Ashley and Rankin (3), who provide four historical perspectives on alcohol use and alcohol-related problems. The first is the moral and religious concept, according to which some religions and religious groups consider alcohol sinful. The second is the teetotal movement. Its proponents advocated the elimination of sin and maintenance of morals, believing that alcohol can be a problem for everybody who uses it and is the principal cause of human suffering. This concept may have inspired a number of laws adopted in various countries, as well as being responsible for these legal regulations failing to meet their moral objectives. However unsuccessful prohibition may have been, in the USA for example, health and social problems related to alcohol use diminished dramatically. This period was followed by one focusing on alcoholism. The perspective shifted from alcohol use in communities in general to a limited group of those who drank excessively. The alcoholism movement promoted the concept that alcohol was a disease, i.e. a biological condition, which prevented individuals from controlling their alcohol use without being responsible for such absence of control – because of illness. Another notion was that of social acceptability, which was based on alcohol intoxication being widely accepted. This approach represented a shift from a bad substance (the temperance movement) to bad users or alcoholics (the alcoholism movement). Historically, these concepts tended to mingle; sometimes, multiple approaches were developed in parallel.

In the 19th century societies appeared to slacken their efforts to eradicate alcohol, with alcoholism rather than alcohol consumption in general coming to the fore as an issue of concern. It is in this period of the change in paradigm that in various places in Europe the first institutions specifically concerned with the alcohol-dependent population were established. Drawing on analysis of historical documents, the article seeks to outline the general characteristics of the first institutional alcohol treatment facilities in the area under study, taking into account the circumstances that prevailed in the period. Another aim was to point out the importance of archival research for the documentation of the development of these facilities in the public health context.

Alcohol Treatment and Its Global Context

The first rational argument that immoderate drinking required medical intervention dates back to the late 18th century. This standpoint suggested that, rather than being “God’s punishment”, such behaviour has its logical causes and can be rectified by human intervention (4). These propositions were published by Benjamin Rush (5) and Thomas Trotter (6), independently of each other. These two also advocated the prevention of alcohol use and, in particular, an offer of activities and rituals acting as alternatives to those associated with drinking. However, in the 19th century, their colleagues saw a solution in establishing specialised alcohol treatment facilities and gave little consideration to such ideas. The first institutions emerged in the USA in the late 1850s. Before long these served as a model for British physicians who transferred the concept to Europe. This initiative of the US physicians received strong support from the American Association for the Study and Cure of Inebriety, founded in 1870. In Britain, the first treatment facility was opened in 1883 in Rickmansworth, and in 1884 the British Society for the Study and Cure of Inebriety

was established. From the start of the institutional treatment, the individual facilities distinguished themselves on an open/closed door basis (4). In 1849 Magnus Huss (7) published his work, in which he was the first to define excessive drinking as alcoholism (8). Room et al. (9) as well as Šejvl and Barták (1) reported that 19th-century societies were departing from the effort to eradicate alcohol by means of prohibition, with addiction to alcohol (alcoholism) rather than drinking itself becoming the central public health topic. Room (10) noted another change in the public health perspective in the late 1980s, when the focus on alcoholism shifted towards alcohol-related problems and alcohol control policies. In principle, this approach is still applied even today. The rationale for it is underpinned by the growing knowledge of the aetiology of alcohol and its implications for various types of conditions, including psychosocial and behavioural problems (3).

Europe and Austria-Hungary

The first institutionalised facility for the treatment of alcohol dependency in Europe was established by Father Kruse in Lintorf near Düsseldorf (then Kingdom of Prussia) in 1850. In Switzerland, similar facilities were opened in Pilgerhütte (near Basel) in 1855, in Torlax, in the Waadt Canton, in 1883, and in Ellikon an der Thur in 1889. The first treatment facility on the territory of Austria-Hungary came into existence in 1900 in Steinhof (11, 12).

While in the Czech lands the anti-alcohol movement had to rely on its own initiative and financial support, the situation was better on the territory of today’s Slovakia (Upper Hungary). A significant organisation which was in operation there from 1893 to the dissolution of associations in 1949 was the Blue Cross. The Slovakian Blue Cross was a part of the organisation founded by Louis-Lucien Rochat in Switzerland in 1877. In Slovakia, the association founded its own magazine, “Light” (13). Major territorial differences included the type of alcohol that caused problems: while beer, wine, and spirits, to a lesser extent, were of concern in what is now the Czech Republic, spirits represented the main problem in Slovakia.

Delbrück (14) noted that “beer seems to be one of the worst scourges of the new century – beer consumption appears to be on the rise in all countries, which, to a certain degree, may be the result of the tall story of its nutritional power”. Masaryk dated the alcohol problem back to the turn of the 17th and 18th centuries, even to the times of the Thirty Years’ War (1618–1648). The mediaeval notion of a pub, or the purpose it fulfilled – especially as a place to seek refreshment, replenish supplies, and stay overnight before travelling on – was not associated with so many risk factors as was the case later, part of the reason being its very limited offer of beverages: beer and wine. Spirits were not so common and were much more expensive. A major turning point was the development of the alcohol industry, which marked a wide spread of alcohol use. Industrial production of alcohol and better technological resources used to rack and transport it, in connection with a wider range of alcoholic beverages on offer, meant a reduction in its price. In the 19th century, the availability of alcohol was practically unlimited and a factor of no less significance was that “in every village, where perhaps previously there was only a church, there is a pub, and people become drinkers there out of habit” (15).

The overview in Table 1 shows that Germany and Belgium were the greatest beer consumers in 1900, while the leaders in

Table 1. Global alcohol consumption per capita in 1900 (14)

Country	Per capita consumption in litres			
	Beer	Wine	Spirits	Pure alcohol in total
France	22.60	94.40	4.25	16.5*
Belgium	182.00	3.20	4.80	13.40
Italy	no data	952.00	0.80	13.20
Switzerland	40.00	607.00	2.75	11.90
Denmark	102.90	1.20	7.00	11.80
Germany	1097.00	5.70	5.70	10.00
Austria-Hungary	32.00	22.10	5.42	9.50
England	131.80	1.70	2.43	9.20
Netherlands	34.00	2.20	4.50	6.90
United States	59.10	no data	2.96	6.00
Sweden	27.20	no data	4.20	5.40
Russia	4.60	3.30	3.00	3.80
Norway	37.50	no data	1.60	3.30

*Excluding fruit wines

wine consumption were Italy and Switzerland. There were no major differences between the countries as regards the consumption of spirits, which can also be attributed to their limited consumption in comparison to that of beer and wine.

Alcohol Dependency Treatment in What is Now the Czech Republic

The first professional treatises on the issue of alcohol published in what is now the Czech Republic date back to the beginning of the 19th century: *Pjseň nowá o vžitku nepokogné kořalky w nowě na swětlo wydaná, Wytisštěná nyněgssjho roku* (16) and *Abhandlung vom dem Laster der Trunkenheit* (17). A translation of a German book on alcohol (*Poučení o pití kořalky, podle Německého sepsáno ku prospěchu národu českoslowanskému w Čechách, w Moravě a Uhrách na swětlo wydáno*) (18) and Sorger's (19) doctoral thesis at Charles and Ferdinand University were published in 1838. *Kořalečnj mor, aneb, Kratochwilné poučenj, proč a gak se člověk pijtj kořalky warowati má* (20) and *Následkové pitj kořalky s připogenjm některých ponaučenj pro lid wenkowský* (21) were published in 1840. Another dissertation, Procházká's (22) *De morbis potatorum* (1842), dealt with diseases suffered by drinkers. In 1899, the Bohemian Diet commissioned the Bohemian Provincial Committee to conduct a survey and report about the spread of the "liquor plague" (23). The turn of the 19th and 20th centuries saw the emergence of scholarly papers in what is now the Czech Republic which pointed out the negative public health implications of alcohol for individuals, their families, and society as a whole. They also identified the risks of social exclusion, unemployment, and other social consequences, as well as the degenerative aspects of alcohol use: "alcoholics' children are often degenerated, crippled, hemiteric, and suffering from idiotism, madness, or falling sickness" (24).

In 1905 Gustav Kabrhel established the State Association against Alcoholism in the Kingdom of Bohemia.

The effects of alcohol on human health became the focus of professional interest. The issue of alcohol began to be addressed by distinguished personalities from various scientific disciplines,

including medicine, sociology, psychology, and law. "Indirectly, alcoholism increases morbidity, as the resources spent on intoxicating beverages are often lacking as far as proper food is concerned; this prevents the body from receiving nutrition, reduces resistance, and impairs performance, which, in turn, causes economic harm to, or destroys, the individual and the family" (24). Medical care began to abandon the model of alcoholism as God's punishment for vice and sin and adopt the medical notion of alcoholism as a disease. Thanks to a wide range of distinguished figures concerned with alcoholism, the issue found its way into political circles. The social and political committee of the diet submitted to the assembly for a vote five proposals which were both preventive and punitively preventive in nature with regard to public health:

- to incorporate into the compulsory school curricula education on teetotalism and provide comprehensive education for children and adolescents, as well as guaranteeing relevant training for teachers;
- to provide support for the establishment of alcohol-free pubs, restaurants, and hotels;
- to impose restrictions on dealing in bottled beer;
- to introduce legal measures to require pubs and bars to be closed on paydays and one day following paydays;
- soldiers and mariners should be educated continually about the hazards of alcohol (25).

MATERIALS AND METHODS

The origin and development of institutional alcohol treatment in the historical area of today's Czech Republic and Slovakia from 1900 to 1950 was analysed by means of archival research on the basis of specific case studies. Historical documents were identified in archives and libraries on the above-specified territory. The sources were pooled, sorted, described, and short-listed and subsequently subjected to content analysis (26). The sources were sorted according to their contextual relevance to the emergence and development of treatment approaches and facilities. The next

stage involved the definition of basic units and categorisation. The content analysis was conducted in line with the approach proposed by Plichtová (27), in which the individual procedures were divided into interlinked phases. Various simple methods according to Miles and Huberman (28) were used for analysis. This is the first attempt to process this original archival material and subject it to such comprehensive, thorough and systematic scrutiny. More than 1,100 pages of text were analysed.

The documents were processed using open coding (drawing on the Grounded Theory method) (29). Assorted key terms were pooled into categories of meaning. The documents were categorised according to key characteristics (such as year, author, institution). To provide some structure, a timeline of salient moments was drawn up on the basis of the information obtained from the documents.

Anti-alcohol Initiatives in the Early 20th Century in Today's Czech Republic and Slovakia

The early 20th century saw a rise in the anti-alcohol movement, whose proponents also called for the establishment of a specialised institutional facility intended specifically for the treatment of individuals dependent on alcohol. As early as 1908, Bedřich Konařík published his first scholarly texts in which he explored the notion of alcohol use as a disease and noted the need to apply a tailored approach to alcohol patients: "...where their weakness of will and inability to resist the urge to have a drink is indicative of illness – alcoholism, and the patient is referred to as alcoholic" (12, 30).

The professional community was clear about the fact that the existing institutions (lunatic asylums, hospitals, houses of correction, and reformatories) did not meet the requirements for the care of alcohol-dependent individuals and could offer them no specific approach such as would be necessary for their recovery. The only facility was the Šimsa sanatorium in Krč, which, however, specialised in treating nervous disorders in general and provided no alcoholic-specific approaches. Another limitation was that the sanatorium was private and the care costs had to be fully covered by the patients.

Another factor embraced by the anti-alcohol movement was the effort to encourage people from all walks of life, particularly manual workers, to change their drinking behaviour patterns. In 1910, Konařík found inspiration for this in Kiel, where anti-alcohol associations, with support from the municipal authority, offered workers inexpensive coffee and milk as replacements for alcohol (31).

On his work-related travels around Germany, Konařík also visited alcohol institutions. He noted with interest how the individual treatment facilities differed in their attitudes towards patients, specifically in the degree of their trust in patients' motivation and efforts to achieve abstinence. While in the Rhineland both Catholic and Protestant treatment facilities preferred a closed-door system, verging on the detention-based principle (i.e. patients had their day structured according to a strict timetable and were required to follow rigid daily routines, with a prescribed hierarchical arrangement based on the subordination principle, without them being allowed to make independent choices about their free time and movement), treatment facilities in the north of Germany opted for the open-door system, which was based on fostering people's con-

fidence and mutual trust, with a view to the fact that they needed to become independent if they were to succeed after being released from the institution (31). A typical open-door approach, based on patients being exhorted to self-reliance and autonomy, was applied in the Salem institution. There, for the first time, Konařík had the opportunity to see a large educational exhibition presenting all the phases of the prevention and treatment of alcohol dependency. The exhibition was divided into 11 independent sections, which were interlinked and built on each other:

- alcoholism (as a disease) and other alcohol-related conditions presented by means of models of internal organs showing damage caused to them by alcohol and ethanol-preserved specimens of organs of people who died because of their excessive use of alcohol (alcohol poisoning) or were diagnosed with alcoholism;
- statistical data referring to the occurrence of alcoholism and alcohol-related mortality;
- the effects of alcohol on reproduction and possible degeneration in offspring who were conceived under the influence of alcohol;
- alcoholism and school, the education of children, and the incorporation of the issue of alcoholism into the school curricula, and the risks associated with serving alcohol to children;
- alcoholism and the ability to engage in intellectual work and the risks of overestimating the effects of alcohol on intellectual work and both their quality and quantity;
- alcoholism and crime, increased level of unhealthy self-confidence, behavioural disinhibition, impairment of natural restraint, and incitement of salacity;
- alcoholism and the nutritional quality of substances with regard to the prices of alcohol and foodstuffs (Table 2);
- alcoholism and economic issues related to productivity, injuries, morbidity, and deaths;
- alcoholism and abstinence in various cultural states;
- a pictorial section featuring motifs of alcoholism and anti-alcohol movements;
- information about asylums/treatment facilities for drinkers.

The above items suggest an apparently comprehensive and well-structured approach to alcoholism and its effects on a range of social domains. In addition to a great degree of interconnection between different dimensions, the explicit implications of alcoholism for macroeconomic aspects of the country were also identified. This perspective was lacking in the previously published works. These developments indicated an evident orientation towards perceiving this issue and its solution as a matter of political concern. The significance of such a shift is reflected in support for public health policies, as well as support for various

Table 2. Comparison of nutritional values of drinks worth one mark (23)

1 mark	
1 litre of milk	1 litre of spirits
175 g of proteins	0 g of proteins
190 g of fat	0 g of fat
225 g of carbohydrate	0 g of carbohydrate
0 g of alcohol	330 g of alcohol

treatment facilities and their linkage with financial schemes, volunteer activities, and the development of unions and associations. With reference to Table 2, the health aspect, too, began to draw attention during that period, not only as regards the outcome phase of the influence of alcohol on an individual (degrees of inebriety and addiction), but also the way in which alcohol can affect their nutrition. As a result, various comparisons of foodstuffs and alcohol were made, aiming at creating a psychological appeal to the population by pointing out the minimal effect of the intake of alcohol in comparison to other consumables.

Konařík was impressed the most by his visit to Ellikon, a Swiss treatment facility, where he found inspiration for the general concept of the institution in Velké Kunčice. Primarily, he drew on Bosshard's and Forel's findings, which implied that it was virtually impossible for a person to rid themselves of alcohol dependency on their own. The riskiest factors for self-help home recovery included feeble will-power, weakened by prolonged alcohol use and, especially, the negative influence of the social environment. Institutional care sought to achieve the patient's long-term, ideally lifelong abstinence, which patients themselves must be motivated to achieve with encouragement from the staff of the institution. This outcome could be accomplished by a reasonable and supportive approach applied on several levels:

- to motivate and educate patients towards changes in their lifestyles, including the principles of good diet and rational eating habits based on the reasonable intake of simple but nutritious food;
- to enhance their will and self-confidence and make them see that an alcohol-free life is not only possible, but can be of better quality and more moral and satisfying; and
- to provide each individual with moral support.

The idea was to achieve the above objectives by teaching patients to lead a simple and regular way of living, which, in the institution, involved a reasonable degree of work corresponding with their physical and mental capacities, skills, and inclinations. Work was performed in the institution (house chores), but also in workshops, in the garden, and in the field. When a patient was not able to perform any work after admission, they were given a reasonable time in which to recover. Once they regained their physical strength, they became engaged in work activities.

The standard duration of the therapy was set at six months of residential treatment (12, 32).

It was recommended that, philosophically, treatment should be based on religious ideas and moral support.

Institutionalised patients enjoyed full service. The treatment facility was conceived in such a way as to provide a comfortable setting and make it possible for the patients to engage in a range of activities. Besides dormitories, the facility included a dining room, entertainment hall, non-smoking reading room with a library, and a writing room. The programme was designed in such a way as not to fill up the whole day but also give patients the opportunity to engage in recreational activities, pursue their hobbies, and study. The daily programme included morning and evening prayers, abstinence-oriented lectures, singing, piano and harmonium sessions, fun activities, theatrical productions, party games, letters from recovered patients being read out, and social outings.

In addition to the elaborate and well-structured system of treatment, the Ellikon facility paid special attention to factors which

played a significant role after the completion of residential treatment. In this respect, relapse prevention was a major issue. This was mainly facilitated by promoting support for the patient from their family and employer. The patient's membership of a local teetotal organisation and their contact with the treatment facility was also encouraged as a no less important factor. The practice in Ellikon showed that when the director failed to write to a patient who had completed their treatment, or did not reply to their letters, such patients may have felt abandoned and lacking moral backing (32). The treatment facility also played an important role in finding a new job. It was expected that a patient in recovery should be assisted in this by their community. "An alcoholic is an ill person and the healthy must take care of him, even after he had been cured, to ensure that the illness does not recur." Specialised institutional alcohol treatment was designed specifically for alcohol-dependent people. Taking into account the structure of the staff, individuals regarded as "completely perverted and aberrant characters" were not admitted to treatment (32).

Konařík (32) suggested that it was essential to set clear rules for admitting patients and adhere strictly to such rules.

As previously noted, a number of distinguished figures in social and cultural life were involved in the growing temperance movement. One of its leading figures was Masaryk, who addressed the alcohol problem in several of his publications. "A cheerful, recreated human being – that is our task, and to achieve it, abstinence from alcohol is necessary in addition to other efforts for truly progressive ethics. In this regard, the following holds: the future belongs to the sober, that is, to those who have opted for a higher, more virtuous worldview and way of living" (15).

The First Treatment Facility in Velké Kunčice: Context of its Establishment

In 1908 Konařík applied for a provincial subsidy to establish an alcohol treatment facility. The application, filed with the Moravian Provincial Assembly, was turned down. Drawing on his international experience, together with other associates, he subsequently founded the Cross Association for the Establishment and Maintenance of an Alcohol Institution, as he believed that an organisation, rather than an individual, would have a better chance of receiving financial support (30). In addition to Konařík, who was its director, the company owners František Wichterle and Count Charles Sailern contributed financially to the establishment of the association (33).

When looking for premises and an area suitable for the establishment of a treatment facility, Konařík took account of Forel's and Bosshard's recommendations (ideally a rural area not far from a big town and medical services, with arable farmland and outbuildings which could provide suitable work opportunities as a treatment support factor) and the actual financial resources available to the Cross Association and the unwillingness of national institutions to provide any financial contribution in support of the opening of the institution.

Velké Kunčice (1911–1915)

A former wayside inn and later a miners's pub, renovated in the late 19th century by the Frenštát builder Alfréd Parma and referred to accordingly as the Parma Estate, was chosen as a suitable location. The treatment facility was situated three kilometres away

from a railway station and one kilometre away from the St. Mary Magdalene church and cemetery. The sale was made on 11 May 1910. The treatment facility was designed for up to 15 patients, with future prospects of an annex and its capacity to be enlarged to accommodate up to 35 patients. The treatment facility was put into operation on 27 December 1911 and was intended for male patients only, with the duration of the inpatient treatment being set at a period from six to 12 months. The patients were allowed to leave the institution any time they wished, but if they wanted to resume treatment, they had to start anew from the beginning. There was no entitlement to admission to the institution. The aim of the inpatient treatment was permanent abstinence and a return to normal life. The treatment was based on a psycho-socio-spiritual approach, with work therapy constituting a significant component (12). "The treatment facility included two workshops – a basket-weaving shop and a room where various decorative items were painted – in which work became a therapeutic corrective element used to assist alcoholics in recovery. A young man and talented self-taught painter, Ferdiš Duša, became the foreman in the shops" (34). In this facility, for the first time, inpatient alcohol treatment was covered by a health insurer. There, Konařík created his first systematic educative exhibition – Travelling Show against Drinking – inspired primarily by his visits to Kiel and Salem in 1910. Detailed information about the institution, including the treatment conditions and strategies, the funding of the institution, and its house rules, was provided by Šejvl and Miovský (35), who also discussed the implications of the Kunčice facility for further public health approaches to addiction and addicts. They agreed that "by his indisputably innovative approach, influenced especially by the Ellikon treatment facility, Konařík caused a shift in the way the professional community perceived problems brought about by alcohol. He sought to focus on addressing alcoholism in a comprehensive manner. Besides addiction treatment itself, he placed an emphasis on patients' abilities to lead an independent, full-fledged alcohol-free life. He found it sensible to promote mutual support among the patients, as well as providing support for their relatives and the community. His therapeutic approach was based on help to the ill and mutual trust. This concept contributed to the creation of the necessary foundation for the bio-psycho-socio-spiritual approach to addiction treatment as we apply it today. It is without doubt that the initial foundations for a good, systematic, and therapy-oriented approach to individuals with alcohol dependency were laid by the Cross Association and the establishment of the treatment facility in Velké Kunčice. The elaborate approaches based on the cutting-edge treatment evidence of the time were further refined in Tuchlov and Istebné nad Oravou" (35).

The treatment facility was closed down in 1915 in consequence of the Great War, as the majority of the patients were called up and any further operation of the institution was made impossible by the lack of both financial resources and food.

The Tuchlov Institution in the Period of the First Republic (1923–1938)

The Republic of Czechoslovakia and Alcohol-related Issues

With the rise of the independent Republic of Czechoslovakia, alcohol-related issues were somewhat sidelined, at least at the

beginning. In 1919, the Ministry of Public Health established a working group which was commissioned to propose a treatment procedure for individuals addicted to alcohol. The alcohol institution in Velké Kunčice ceased to exist during the Great War (1915) and Dr. Šimsa's sobering-up sanatorium in Krč closed down soon after the political changes.

Forster defined three basic ardent passions which may develop into morbid manias and which need to be dealt with by means of professional help – alcoholism, debauchery, and a passion for gambling (36).

First, it was proposed that three treatment facilities – for men, women, and incurable alcoholics, respectively, should be established to treat people dependent on alcohol. However, this idea fell through, partly also because of the frequent staff turnover at the ministry (37).

In 1922, the Czechoslovak Temperance Association (CTA) was founded (38). This organisation had a major influence on approaching alcohol use as a public health phenomenon during the era of the First Republic. This was partly due to anti-alcohol sentiments aroused by the social and health problems of the population, which dated back to the beginning of the century, but manifested themselves fully in the aftermath of the Great War. During the war, alcohol consumption grew dramatically, and after the war, it was difficult to deal effectively with what had then become a major problem. The significant advantage of the CTA at the time was that it enjoyed support from distinguished figures in political and social life, including Tomáš G. Masaryk, Edvard Beneš, Břetislav Foustka, Vilém Forster, Jaroslav Barth, Jan Šimsa, and Karol Lányi. Masaryk (15) noted that it was very important for well-known public figures and natural authorities to serve as role models, to set an example. He held that if physicians, attorneys, judges, teachers, and priests consumed alcohol, they could hardly expect ordinary people to behave otherwise.

The CTA regarded alcohol as a widespread social phenomenon and a serious social illness. It postulated the following objectives to protect and promote public health:

- to hold and coordinate educational, awareness-raising, and cultural events, to guarantee and provide professional guidance to education towards, and the promotion of, an alcohol-free life (lectures, educational meetings, courses for both the general public and the scientific community, theatrical and cinematographic shows, alcohol-free balls, and other activities);
- to publish thematic treatises, brochures, leaflets, magazines, pictures, and posters and promote and assist in establishing reading rooms and libraries specialising in anti-alcohol literature;
- to support anti-alcohol education for adults and teachers and initiate and advocate the incorporation of anti-alcohol education into school curricula;
- to develop social and hygienic activities – to promote the establishment of specialised treatment institutions and alcohol counselling facilities;
- to support the establishment of inexpensive diners, restaurants, and hotels with no alcohol on offer and an increase in the number of outlets selling milk and fruit;
- to support the manufacture and scaling-up of the sale of soft drinks;
- social engagement – involvement in the improvement of social circumstances which are conducive to alcoholism and support

for institutions which foster the idea of promoting temperance in the nation;

- to support legislative efforts – initiation of anti-alcohol laws, measures to regulate and restrict the production of spirits which may even take the form of local bans (“the local option”), and full nationwide prohibition of the production, sale, and the import and transportation of spirits; and
- organisational activities – the establishment of anti-alcohol and teetotal organisations (38).

The pressure for the establishment of a treatment institution had grown to such a degree that the ministry decided to go ahead with the project (39).

The information about the harmfulness of alcohol was strongly underrated by the public. While nobody would publicly deny the risks posed by hard liquor, both beer and wine were considered relatively harmless. Šimsa and others warned that the danger of alcohol increases with its becoming “an inseparable companion to each event in the life of a human being. Beer has been proclaimed “liquid bread”, although, in terms of nutritional value, a litre of strong Bavarian beer is an approximate equivalent of one roll. To say the least, it is foolish to feed the body with a minute amount of nutrients, obtained at high cost and mixed with toxic substances for that matter, which we can procure in intact and pure form at any time” (40). Similar arguments were also used by Konařík, who compared the content of substances in one litre of milk and one litre of alcohol (Table 2).

Alcoholism was viewed as a major risk factor for the social and personal life of the nation (40).

Using the science-popularisation approach, Šimsa, in particular, sought to disseminate alcohol-related information among the general public. He led the team of authors who produced the two-volume work *Natural Treatment and a Home Doctor*. Using an appropriate form, in this publication he described the effects of alcohol on the human body. He pointed out that each person might experience the influence of alcohol differently, depending on a range of other factors, such as the drinker’s overall health status, the resistance of their body, their diet, and social circumstances in general. He warned that alcohol may severely impair intelligence, clarity of judgement, and overall mental capacities and that it was a strong predictor of the development of serious medical conditions and affected people’s character, induced abnormal states in people, and incapacitated them for proper work by impairing their sense of responsibility. This resulted in harm which had significant implications for the life and health of the drinker and the social situation of those close to them: a higher frequency of morbidity and related lower ability to work and earn money, greater recovery-related costs, and lower ability to provide for oneself and the family. In terms of the resulting health consequences, excessive alcohol use was categorised as follows:

- every instance of drunkenness (including common episodes of intoxication) which may develop into states of pathological inebriety;
- dipsomania;
- delirium tremens;
- alcoholic paranoia;
- acute madness with hallucinations; and
- alcoholic dementia or paralysis (40).

An independent segment of public health risks that had a major influence on the establishment of the treatment facility was the

point made about the association between alcohol use and high-risk sexual behaviour, especially with regard to promiscuity and sexually transmitted diseases. “Alcohol provokes sensuality, lust, and instincts. In drinkers, who are more vulnerable to illnesses, every disease, especially the venereal type, is more difficult to cure and has a more serious course; a weakened body cannot resist the infection and is more likely to contract it. Do not become misled by nonsensical arguments that moderate, i.e. reasonable drinking, can do no harm. It is always harmful, and, what is more, it incites more drinking and is a bad example for young people, who then think that drinking is about enjoying life” (40). The link between alcohol use and high-risk sexual behaviour was suggested by Vondráček and Klášterský (41), who explored the risk of the development of latent homosexuality among drinkers.

This period also experienced a change in the way the government perceived the harmfulness of alcohol. This shift in policy was reflected by the declaration of four functional areas:

- social and hygienic – the government intended to promote public health, with both the national and local authorities and physicians being formally responsible for pursuing such efforts;
- protection and promotion of social economy – these activities were intended to support the national economy and protect it from damage caused by alcohol use and address the financial issues of the population;
- social and moral – this domain relied on the influence of natural authorities, especially philosophers, teachers, priests, and lawyers, who were expected to set an example for the population; and
- cultural – involving the role of education of adolescents within the school system and further teacher training (40).

Tuchlov Institution

The Tuchlov institution was established by Edict No. 42710/III ai 1923, issued by the Ministry of Public Health and Physical Education on 31 December 1923. The main co-founders were Břetislav Foustka and Bedřich Konařík. Other distinguished personalities who helped establish the treatment facility included Hynek Fügner (Tuchlov’s patron) and the aforementioned doctor Jan Šimsa (the first attending physician there). In addition to being appointed as the manager of the treatment institution, Father Bedřich Konařík also worked there as an educator; the first patient entered treatment on 1 November 1923. As regards its capacity, the institution was intended for 50 patients (42).

Being the only professional in possession of both theoretical and practical experience with conducting institutional alcohol treatment, in Velké Kunčice, Bedřich Konařík was commissioned by the Ministry of Public Health to act as the director and manager of the Tuchlov treatment facility. Given the circumstances, the decision of the Ministry of Public Health to appoint Konařík as the manager of the treatment facility was indeed a logical step. The treatment philosophy differed from the Kunčice model. It was based on four domains – judicial, theological, pedagogical, and medical. A major difference from the approach applied in Kunčice was the first formal use of medication in treating alcohol dependency. Šimsa held the position of the in-house physician in the facility until 1933 (37). Pharmacotherapy was applied only as a supplementary supportive element of the treatment. Rather than addressing addiction, it was used to manage concomitant withdrawal symptoms, such as agitation.

On admission to the institution, patients underwent a thorough initial medical examination. In general, only motivated patients were allowed to enter treatment; the stay in the institution was voluntary (43). It was required that patients must strictly abstain from alcohol in order to be allowed to enter treatment (42).

As in Kunčice, daily work routines and free-time activities played an important role. Work was performed outdoors (in the grounds and in the vegetable garden) and in the joinery shop, locksmith's shop, and bindery. Treatment was complemented with relaxation and physical exercise and bibliotherapy. As in Velké Kunčice, the period of residential treatment was set to last for from six to 12 months. The treatment of impecunious patients with no insurance was covered by the Ministry of Public Health. Those who were insured had the treatment services reimbursed by their insurers. It was also possible to admit self-payers. Throughout the 15 years of its existence, the institution received financial support from the Ministry of Public Health and never became totally independent in economic terms, unlike, for example, Ellikon. Each patient could freely terminate their treatment at any time. In the event of relapse, the patients were encouraged to start the treatment anew (Table 3).

After being discharged from the institution, the patients were recommended to engage in aftercare. This was expected to involve their joining a local teetotal organisation. Konařík also tried to maintain contacts with all the patients who had left the institution. Where patients lived not far away from the treatment facility, he would go to visit them in person. A significant, and highly risky, factor was the patient's return to work. In the event of a patient acquiring a new professional qualification during their stay in the institution, it was useful for them to choose employment involving a minimal risk of relapse. The risk of relapse was seen as higher in those cases where a patient returned to his original employment. The Tuchlov institution ceased to exist under circumstances very similar to those that applied to the treatment facility in Velké Kunčice. Its destiny was predetermined by the fact that it was situated in the Sudetenland, the area which, on the basis of the Munich Agreement, was handed over to the German Reich. No further details are known about the close-down of the institution. Considering its approach and the services offered to its patients, Tuchlov became a fully-fledged treatment facility which equalled the standards of alcohol institutions that operated in Western Europe, particularly in Switzerland and Germany (42).

Table 3. Number of patients in the Tuchlov institution from 1923 to 1930, by nationality (45)

Ser. No.	Nationality	Number of patients
1	Czechoslovak	151
2	German	44
3	Russian	4
4	Slovenian	1
	Total	200

Hungarian Slovakia and the Period Preceding the Establishment of the Treatment Facility (1900–1937)

In terms of alcohol abuse, the situation in what is now Slovakia was different from the standards applied elsewhere in Central

Europe, including the development in the Czech lands. The initial treatment approaches to alcohol-dependent individuals in Slovakia were associated with the temperance movement and alcohol use-related education (prevention) dating back to the 1850s. The concerns about this issue and abstinence-oriented efforts resulted from social changes which occurred at the time and which were brought about by political and social developments in Slovakia. These changes in the approach to alcohol ensued from the activities of the Štúr Movement during the Slovak Revival and the representatives of the Roman Catholic Church becoming aware of the health and social consequences of the excessive consumption of alcohol, especially spirits. Significantly, it was in the mid-19th century that the major alcohol-related problems began to accumulate. Sedlák (44) described the social situation between 1844 and 1874 as very difficult: the population was tormented by subsistence problems, even famine, and many saw resorting to alcohol as the only solution.

In the Republic of Czechoslovakia, the first alcohol treatment institution, in Tuchlov, was established in 1923. This treatment facility also accepted patients from Slovakia, but its financial situation did not make it possible to meet the demand from all the patients, as a great number of them were not insured and the ministry was not willing to reimburse the treatment facility for all the patients. Pressure for the establishment of a treatment facility in Slovakia had been apparent since the independent republic was proclaimed in 1918. In this respect, the main driving element was the Czechoslovak Temperance Association (CTA), specifically its Regional Headquarters for Slovakia. The Statutes of the Regional Headquarters were endorsed by the Ministry in October 1925. Tomáš G. Masaryk was among its founding members and the Regional Headquarters also enjoyed support from Edvard Beneš.

Jurkovič (46) published the Teetotal Temperance Reader, summarising salient works by influential representatives of the anti-alcohol movement with regard to alcohol-related problems in Slovakia. The publication was primarily intended for district anti-alcohol boards and as reference material for awareness-raising lectures on alcohol. The secondary objective of the publication was to help in creating suitable conditions and obtaining financial resources for the establishment of the first alcohol treatment facility in Slovakia. The Orava region was chosen as a good place for the first alcohol institution in Slovakia. This location was identified as appropriate because it met important criteria for a treatment facility, including a quiet setting in the mountains, pastures, meadows, and forests in the surroundings, a town being not far away (Dolný Kubín), and a doctor, if needed, being within driving distance. It was decided that the treatment facility would be placed in a former church. The CTA procured the property from Anna Rakovszká in 1937. At the same time, the municipality of Istebné nad Oravou celebrated the 555th anniversary of its foundation, and to commemorate this anniversary (1937) it closed down its only pub. This was a totally unique constellation of circumstances.

Istebné nad Oravou Institution (1937–1950)

Founded by the Regional Headquarters for Slovakia of the Czechoslovak Temperance Association, the treatment institution in Istebné nad Oravou (Dolný Kubín District) was opened on 2 November 1937 at 10.30. The establishment of the treatment facility resulted from efforts to provide treatment to those who

"were deprived by alcoholism of their stamina, had their will-power broken and their enthusiasm for work subdued by alcohol and who were incapacitated for work, temporarily or for good, because of alcohol" (47). Approximately 250 people from Slovakia and the Czech lands, especially public figures, participated in the opening ceremony. The introductory speech was given by Dr. Ladislav Jurkovič, the CTA vice-chair for Slovakia. Financial contributions to the establishment of the treatment facility were made by the Ministry of Health, the Ministry of Welfare, and the Provincial Committee, headed by its president Jozef Országh. Personalities present at the formal opening included representatives of the regional and district authority, the Ministry of Health, Rudolf Homola, M.D., the district physician in Dolný Kubín, a priest on behalf of the Catholic Parish Office in Veličná, members of Matica Slovenská (a Slovak national cultural association), the mayor of Istebné nad Oravou, Father Bedřich Konařík on behalf of the Anti-alcohol Department, and members of the women's section of the Temperance Association.

The institution was intended for the treatment of alcoholics and cocaine and morphine addicts. It thus also catered to individuals with an addiction to substances other than alcohol, which made it different from both the Velké Kunčice and Tuchlov institutions. The capacity was set at 17 beds. Vladimír Fábry, M.D., from the Provincial Hospital in Dolný Kubín, was appointed as the in-house physician. Emil Kraus was commissioned to manage the facility and provide pedagogical guidance. The treatment facility was administered by Ondrej Medvecký, who was involved in the operation of the institution until its close-down in 1949.

The daily fee for patients was 28 Czechoslovak crowns. The underprivileged were provided with a 25–50% discount, depending on their social circumstances. Those who were covered by health insurance offices and members of sickness funds had their stay fully covered in the same way as if they were admitted to a regular hospital. The duration of the residential treatment was set at 5–6 months. Financial support was also received from local government, especially from the Dolný Kubín District Authority; in 1938, for example, such a contribution amounted to 3,000 crowns (47).

During its operation, the treatment facility faced technical problems: the water pipes froze in the winter and water had to be carried from a well, the bathroom and the hydrotherapy room were not equipped sufficiently (hydrotherapy could not be provided to the extent originally intended, and the toilets were "primitive, with no flushing"). The physical conditions improved significantly in November 1938. To this day, the time of the dissolution of the institution cannot be determined exactly. The literature generally suggests that the treatment facility closed down in April 1939 (48). On 30 September 1948, patient, a postal worker, applied for admission to treatment (49) and in November 1948 correspondence was exchanged between the institution and the Health Commission concerning the endorsement of a certificate needed for the issue of food vouchers and instructions regarding construction works (50). At that time the alcohol institution was incorporated into the national health system (51). On paper, in the first half of 1949 the treatment facility was still in operation. Practically, the treatment facility was closed down in December 1949. The last employment contract was terminated as of 1 October 1949 (52). On Monday 5 December 1949, the caretaker of the institution advised the Health Commission in writing of an amount needed to repair damaged railing (53), and on Thursday 8 December 1949, a record of the

inventory of the former teetotal institution in Istebné was made, under the institutional reference number 117/1949 (54).

By January 1950 the former church housed the Regional Children's Home (55).

DISCUSSION

This paper analyses the origin and development of institutional alcohol treatment in the historical area of what was then, or was later to become, Czechoslovakia in the period from 1900 to 1949. The analysis involved archival investigation of historical sources, using multiple case studies.

Prevention programmes did not attract greater attention until they became institutionalised, i.e. until the implementation of prevention activities had moved to specialised alcohol treatment facilities. According to the available evidence, such activities date back to the 1850s.

By the end of the century the term "alcoholism" had been defined, referring to excessive drinking (8) and, as a new element, a conceptual distinction had been drawn between harmful and addictive drinking with consequences on the one hand and occasional alcohol use on the other hand. No strict boundaries between types of addiction had been determined at the time, as no statistics and data about alcohol-related mortality and morbidity were available.

The growing importance of treatment processes was accompanied by procedural changes in institutional treatment, including its orientation, e.g. open- vs. closed-door approaches. As for European regions, there, too, institutionalised establishments offering residential treatment came into being at the end of the 19th century, with their development and orientation being determined by either temperance societies or the US experience. The investigation of the geographical relationships between countries, or regions, indicates that the potential differences in the developments in neighbouring countries may have been due to factors related to political and legal aspects.

While in the Czech lands anti-alcohol initiatives predominantly concerned beer and wine, and spirits less so, in Slovakia, conversely, the main emphasis was placed on spirits. This differentiation could have had a negative impact on the development of the temperance movement in what is now the Czech Republic, given the enduring myths about the nutritional quality of beer. Despite the efforts of a number of experts, such as Delbrück (14), to refute this myth, the dissemination of scientific evidence at the time was insufficient and difficult to achieve in practical terms.

The early 19th century saw a rise in the number of scholarly publications on alcohol; there were even some degree theses. First and foremost, they sought to have an educational impact, to inform the public about the harmful effects of alcoholism not only on drinkers, but also on their social environment, family, and community, hereditary health conditions passed on to offspring, medical implications for individuals from the early stages of life, and other adverse consequences. The establishment of dedicated associations (e.g. the Provincial Association against Alcoholism in the Kingdom of Bohemia) had an even greater influence on changes in the perception of the negative implications of alcoholism at the time. Among other things, their activities resulted in the issue of alcoholism attracting the attention of a growing range of people, including politicians, lending it a formal dimension of

the protection of public health. This led to the issue being viewed from a broader perspective, where, in addition to efforts to eliminate alcohol addiction, prevention concepts came to the fore and began to be reflected in school curricula and the establishment of alcohol-free pubs, restaurants, and hotels.

Dealing in bottled beer also became viewed as problematic and was therefore subjected to restrictions. This can be considered significant progress in the way the population perceived the harms of alcohol at the time, although, because of limited data, it is difficult to quantify its degree. Besides the commodity dimension, the development of alcohol-related prevention processes had implications for various population groups, and not only in terms of age categories. Specific proposals for prevention programmes for schoolchildren, the workforce (involving restrictions on the purchase of alcohol on paydays), and for soldiers and mariners were introduced. The tendencies described above indicate that during the 19th century alcohol-related issues grew in importance and became institutionalised.

The archival evidence makes it problematic to draw conclusions about any homogenous nature of the development of anti-alcohol processes in different European countries. Equally, it is problematic to investigate similarities in developmental processes across neighbouring countries and look for any correlates, as the developments in these countries were determined by a range of geopolitical factors, the availability of alcohol in each country, and the efforts of enthusiastic advocates and prominent representatives of medical or other professional communities engaging in awareness-raising activities.

Historical case studies may be of great value, as they provide a detailed account of each stage of the development of national anti-alcohol activities, as well as being indicative of their determinants and the stakeholders involved.

The processes of the building of major treatment facilities in what was, or was later to become, Czechoslovakia were greatly facilitated by the experience of those individuals, including P. Bedřich Konařík, Jan Šimsa, Břetislav Foustka, and Karol Lányi, who devoted significant parts of their lives to anti-alcohol efforts and helped transform them into professional activities.

CONCLUSIONS

Both the case studies and historical development indicate a marked shift from the notion of beneficial alcohol use towards the perception of its multidimensional harmful effects. The understanding of historical correlates identified by the present study by providing a historical outline of the activities pursued by three treatment facilities in today's Czech Republic and Slovakia makes it possible to explore comprehensive aspects of development, socioeconomic trajectories, and the degree to which foreign influences and experience were incorporated into the organisational and procedural structures of treatment facilities, which became the main promoters of prevention and perception of the harmful effects of alcohol on individuals and society as a whole.

Conflict of Interests

None declared

Grant Support

Institutional support was provided by the Grant Agency of Charles University, First faculty of Medicine under the project GA UK 1290218 and by Charles University, Progress Programme No. Q06/LF1.

REFERENCES

1. Šejvl J, Bartak M. Počátky ústavní léčby závislosti na alkoholu v českých zemích na počátku 20. století v kontextu veřejného zdravotnictví [The beginnings of the institutional treatment of alcohol dependence on Czech territory in the early 20th century in the context of public health]. *Adiktologie*. 2017;17(4):272-80.
2. Harris J. Cultural aspects: representations of alcohol use in visual art. In: Boyle P, editor. *Alcohol: science, policy and public health*. Part I. Framing the issues. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 24.
3. Ashley MJ, Rankin JG. A public health approach to the prevention of alcohol-related health problems. *Annu Rev Public Health*. 1988;9:233-71.
4. Edwards G. *Alcohol, the ambiguous molecule*. London: Penguin Books; 2000.
5. Rush B. *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; 1811.
6. Trotter T. *An essay, medical, philosophical, and chemical, on drunkenness, and its effects on the human body*. London: T. N. Longman and G. Rees; 1804.
7. Huss M. *Alcoholismus chronicus, or chronic alcoholism: contribution to the understanding of dyscrasias according to their own experience and that of others*. Stockholm: Joh. Beckman; 1849-1851.
8. Sournia JC. *L'Histoire de l'alcoolisme*. Paris: Flammarion; 1986.
9. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365(9458):519-30.
10. Room R. Alcohol control and public health. *Annual Rev Public Health*. 1984;5(1):293-317.
11. Skála J. *Alkoholismus [Alcoholism]*. Prague: Státní zdravotnické nakladatelství [State Health Publishing House]; 1957.
12. Konařík B. *Asyly pro pijáky [Drinkers' asylums]*. Prostějov: Křížový spolek [Cross Association].
13. Duka Zólyomi N. Problém alkoholu a alkoholizmu v slovenskej literatúre XXV. Hnutie Modrého križa na Slovensku [The Problem of alcohol and alcoholism in Slovak literature XXV. Blue Cross Movement in Slovakia]. *Protialkoholický obzor*. 1981;175-84.
14. Delbrück A. *Hygiene des Alkoholismus*. In: Weyl T, Herausgeber. *Handbuch der Hygiene. Supplementband I*. Jena: G. Fischer; 1901. S. 113-95.
15. Masaryk TG. *O ethice a alkoholismu [On ethics and alcoholism]*. Prague: Klíčník; 1912.
16. Pjseň nová o vžitku nepokogné kořalky w nowé na swětlo wydaná. Wytisštěná nyněgssjho roku [A New song about restless fire-water brought to light again, printed this year] (by an anonymous writer, early 19th century).
17. Rampel E. *Abhandlung von dem Laster der Trunkenheit*. Brünn; 1812.
18. Poučenj o pitj kořalky. Podlé německého sepsáno, a ku prospěchu národu českoslowanského w Čechách, w Morawě a Uhřjch [Advice on drinking spirits written according to the German original and brought to light for the benefit of the Czechoslovak nation in Bohemia, Moravia, and Hungary]. Prague: Jan Spurný; 1838.
19. Sorger F. *Conspectus, sistens observationes circa delirium cum tremore potatorum anno 1837 et priore semestri 1838 in clinico medico Pragensi sub auspiciis dom. prof. W.F. Rilke factas: dissertatio inauguralis medica: quam consensu et auctoritate perillustris, celeberrimi ... Pragae; 1838.*
20. Zschokke H. *Kořaleňj mor, aneb Kratochwilně poučenj, proč a gak se člověk pitj kořalky warowati má [The liquor plague, or an amusing note on why a person should stay away from liquor]*. Prague: Jan Spurný; 1840.
21. Spurný I. *Následkové pitj kořalky s připogenjm některých ponaučenj pro lid wenkowský [Consequences of drinking liquor with some advice for country people attached]*. Holomauc: A. Skarnitzl; 1840.
22. Procházka JG. *Dissertatio inauguralis medica de morbis potatorum: quam consensu et auctoritate perillustris, celeberrimi ac magnifici ... Pragae; 1842.*
23. Pantůček F. *Report to the Provincial Congress*. Prague; 1905.
24. Foustka B. *Slabi v lidské společnosti: ideály humanitní a degenerace národů [The Weak in human society: humanitarian ideals and the degeneration of nations]*. Prague: Jan Laichter in Královské Vinohrady; 1904.

25. Barth J. Protialkoholní hlídka [Anti-alcohol sentinel]. *Nová kultura*. 1912-1913;6-7:19.
26. Miovský M. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu [Qualitative approach and methods in psychological research]. Prague: Grada Publishing; 2006.
27. Plichtová J. Obsahová analýza a jej možnosti využitia v psychológii [Content analysis and the possibilities of its use in psychology]. *Cesk Psychol*. 1996;40(4):304-14.
28. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. London: SAGE Publications; 1994.
29. Strauss A, Corbin JM. *Grounded theory in practice*. London: SAGE; 1997.
30. Konařík B. Léčebna pro alkoholiky [Alcoholic institution]. Prostějov: Prostějovský odbor Československého abstinentního svazu a Střídmostní spolek mládeže mužské Jablonský [Prostějov Office of the Czechoslovak Temperance Association and the Jablonský Temperance Union]; 1908.
31. Konařík B. Boj proti alkoholismu a jeho léčení v zemích protestantských [Fighting alcoholism and its treatment in Protestant countries]. Prostějov: Křížový spolek [Cross Association]; 1910.
32. Konařík B. Bude Ellikon též na Moravě? [Will there also be an Ellikon in Moravia?]. *Zdravotnické rozhledy*. 1908;6(7-8):100.
33. Konařík B, Halenka V. Zevrubná zpráva o dosavadních krocích ke zřízení léčebny. [A comprehensive report on the steps taken hitherto towards the establishment of a treatment facility]. Prostějov, 30 June 1910.
34. Kubela R. Literární odkaz Bedřicha Konaříka – Bečvana [Literary legacy of Bedřich Konařík – Bečvan]. *Zpravodaj Okresního vlastivědného muzea ve Vsetíně* [Newsletter of the District Museum of National History in Vsetín]. 1990 Aug;42-3.
35. Šejvl J, Miovský M. Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911-1915) [The first specialised residential treatment institution and programme for alcohol-related problems in the historical area of Bohemia and Moravia: case study of the residential alcohol programme in Velké Kunčice (1911-1915)]. *Adiktologie*. 2017;17(2):134-46.
36. Forster V. Duševní poruchy a jich léčení - psychopatologie a psychoterapie [Mental disorders and their treatment – psychopathology and psychotherapy]. Prague: Gustav Voleský, a bookseller in Královské Vinohrady; 1926.
37. Konařík B. Léčení alkoholismu v cizině a u nás [Treatment of alcoholism abroad and at home]. Prague: Československý abstinentní svaz [Czechoslovak Temperance Association]; 1934.
38. National Central Archives. CTA. Statutes of the Czech Temperance Association. Ref. no. 367. Call no. 1367. 1922.
39. Barth J. Abstinentní pensionát Tuchlov [Teetotal Boarding House Tuchlov]. *Nová kultura*. 1923;12:206-7.
40. Šimsa J. et al. Přírodní léčba a domácí lékař [Natural treatment and a home doctor]. Prague: F. Strnadel a spol.; 1923.
41. Vondráček V, Klášterský I. Farmakologie duše [Pharmacology of the soul]. Prague: Mladá generace lékařů při Ústřední jednotě čs. lékařů [Young Generation of Physicians at the Central Union of Czechoslovak Physicians]; 1935.
42. Šejvl J, Miovský M. The First inpatient alcohol treatment facility in the Czech Republic: case study of the Tuchlov institution (1923-1938). *Adiktologie*. 2018;18(2):97-104.
43. Konařík B. Jak odvykáme pítí lihovin. [Giving up drinking]. *Zdraví lidu*. 1936;14(5):65-8.
44. Sedlák P. Hnutie spolkov střízlivosti na Slovensku v rokoch 1844-1874 [Movement of temperance associations in Slovakia from 1844 to 1874]. Prešov: Michal Vašek Publishers; 1998.
45. Konařík, B. Proč nebyl vždy Tuchlov plně obsazen [Why did Tuchlov not always reach full occupancy]. Prague: National Museum Archives.
46. Jurkovič L, Čárský J, Čobrdu PV, Matzenauer J, Vlasák G, Procházková A. Abstinentná protialkoholná čítanka [Teetotal temperance reader]. Bratislava: Krajské ústredie pro Slovensko Čsl. abstinentného svazu [Regional Headquarters for Slovakia, Czechoslovak Temperance Association]; 1935.
47. Krajské ústredie pre Slovensko Čsl. Abstinentného svazu v Bratislave – odporúčanie abstinentnej liečebne; ze dne 16. nov. 1937, č.j.: 1399/37 [Regional Headquarters for Slovakia, Czechoslovak Temperance Association – recommendation to the teetotal treatment facility; dated 16 November 1937. Ref. no. 1399/37]. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1937.
48. Morovicsová E, Falisová A. Význam protialkoholických liečební v boji proti alkoholizmu v prvej Československej republike [The Importance of anti-alcohol treatment institutions for the fight against alcoholism in the first Czechoslovak Republic]. *Ceska Slov Psychiatr*. 2016;112(6):287-97.
49. Treatment application. Pavol Roháček – pošt. zriadenec – žiadosť o liečbu zo dňa 30. 9. 1948. [Pavol Roháček – a postal worker – application for treatment dated 30 September 1948]. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1948.
50. Health Commission. Liečebný ústav v Istebnom nad Oravou – opravné práce; ze dne 6. 11. 1948, č.j. 224-17455/1948 [Treatment institution in Istebné nad Oravou – repair works; dated 6 November 1948. Ref. no. 224-17455/1948]. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1948.
51. Consumption receipt. Počítací stroj zn. Albona, Štátny liečebný ústav pre alkoholikov v Istebnom n/Or., zo dňa 17. 11. 1948, č.j. 57/1948 [Calculating machine Albona, National Alcohol Treatment Institution in Istebné nad Oravou, dated 17 November 1948. Ref. no. 57/1948]. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1948.
52. Overpayment. Andrej Medvecký, bývalý domovník ústavu v Istebnom n/O, preplatok, zo dňa 16. 4. 1950, č.j. 141-23061/1949. [Andrej Medvecký, a former caretaker of the institution in Istebné nad Oravou, overpayment; dated 16 April 1950. Ref. no. 141-23061/1949]. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1950.
53. Damaged railing. Dopis Štátneho liečebného ústavu pre alkoholikov v Istebnom n/Oravou Povereníctvu zdravotníctva ohladne poškodeného zábradlia, zo dňa 5. 12. 1949, č.j. 111/1949. [A letter from the National Alcohol Treatment Institution in Istebné nad Oravou to the Health Commission concerning damaged railing, dated 5 December 1949. Ref. no. 111/1949]. Dolný Kubín District Archives. Call No. 137. 1949.
54. Items of inventory. Odpis zápisnice o inventári bývalej abst. liečebne v Istebnom, zo dňa 8. 12. 1949, č.j. 117/1949 [Copy of the record of the inventory of the former teetotal institution in Istebné, dated 8 December 1949. Ref. no. 117/1949]. Dolný Kubín District Archives. No call number. 1949.
55. A bill for the Regional Children's Home in Istebné nad Oravou, dated 9 January 1950, without a reference number. Dolný Kubín District Archives. Call no. 137. 1950.

Received May 7, 2019

Accepted in revised form August 8, 2019

Příloha č. 6

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

Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík



ŠEJVL, J.

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

Narodil se dne 13. dubna 1878 v obci Halenkov nedaleko Vsetína. Obecnou školu vychodil v Halenkově a gymnázium vystudoval ve Valašském Meziříčí (1891–1899). Po maturitě odešel studovat – jako jeho bratr Augustin – bohosloveckou fakultu do Olomouce (1899–1903), po ukončení studií byl 5. července 1903 vysvěcen na kněze. Již během svého studia na bohoslovecké fakultě se stal aktivním přispěvatelem do katolicky orientovaných časopisů; od roku 1896 byl abonentem *Nového života* a od roku 1898 publikoval v orgánu *Katolické moderny* *Nový život*. Časopis redigoval P. Karel Dostál-Lutinov¹, který byl farářem v Novém Jičíně a se kterým pojilo Konaříka dlouholeté přátelství; seznámili se na I. sjezdu *Nového života* dne 20. srpna 1897 (Batůšek, 1991). Pravidelně od 29. června 1900 zasílal do redakce k posouzení ukázky svých rukopisů, od roku 1901 se již ve svých textech věnoval problematice alkoholu a alkoholismu².

P. Dostál-Lutinov vyjadřoval Konaříkovi svoji přízeň nejen v rámci studia, ale podporoval jej i jinak. Když byl jmenován farářem v Prostějově, vzal si Konaříka jako svého kaplana – „*mým jediným přáním je, být Vaším kaplanem, zda se uskuteční?*“ (Konařík, 1904). K přeložení Dostála do Prostějova skutečně došlo již v průběhu listopadu 1904 a dopisem ze dne 30. prosince 1904 se Konařík dotazoval, kdy se má v Prostějově hlásit; do té doby působil jako kooperátor ve Velkém Újezdě u Olomouce. Po celá léta velmi úzce spolupracoval jak se svým bratrem Augustinem³, kdy oba dva

měli velmi vyvinuté sociální cítění a snahu/potřebu pomáhat druhým⁴.

Se svým bratrem Augustinem a dalšími spolupracovníky založili Křížový spolek (Katholisches Kreuzbündniss), jehož plný název byl: Křížový spolek pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky. Po neúspěších se založením léčebny na Hané (zejm. v okolí Prostějova) a po neúspěšné žádosti o zemskou subvenci pro zřízení léčebny mu jeho bratr Augustin doporučil statek v Parmovicích ve Velkých Kunčicích. Na tomto místě ve Velkých Kunčicích (dnes Kunčicích pod Ondřejníkem) založil – opět se svým bratrem Augustinem a dalšími spolupracovníky – v roce 1909 první protialkoholní léčebnu na území Rakouska-Uherska (Popov, 2005, p. 237).

Od doby absolvování bohosloví do nástupu v léčebně ve Velkých Kunčicích Konařík často cestoval po evropských městech – Zittau, Plzeň (1905), Dresden, Hamburg, Stockholm⁵, Stettin, Breslau (1907), Praha (1908), Bruges, Nürnberg (1909).

Měl velmi kladný vztah k přírodě, zejména k Beskydám, což se projevilo nejen na volbě místa léčebny⁶, ale zejména ve využití všech možností přírody pro léčbu a rekonvalescenci pacientů. Stavební práce v Parmovicích byly zahájeny ve středu 11. května 1910 a léčebna byla uvedena do provozu rovněž ve středu, 27. prosince 1911 (Slavíková, 2016, p. 1). Od 1. října 1910 nastupuje dovolenou z duchovní služby, aby se mohl plně věnovat pracím spojeným s léčebnou. Tedy v pouhých 34 letech dosahuje naplnění svého cíle – nejen zřízení, ale i zprovoznění první protialkoholní léčebny

1/ P. Karel Dostál-Lutinov (22. září 1871–29. listopadu 1923) používal pseudonym Karel Skřivan; na faře v Prostějově byl farářem až do své smrti.

2/ První protialkoholní článek dokončuje 22. října 1901 (Konařík, 1901a).

3/ P. Augustín Konařík (1863–1929) studoval bohosloveckou fakultu v Olomouci a po vysvěcení na kněze působil mj. jako katecheta a následně farář ve Valašském Meziříčí, od roku 1904 jako farář ve Velkých Kunčicích a v roce 1919 v Liptále.

4/ Viz. např. dopis P. Augustina Konaříka ze dne 19. 3. 1908, kterým prosil o pomoc s obstaráním učitelského místa pro svého známého (Konařík, 1908).

5/ Zde se setkal s Alicí Masarykovou, se kterou si v protialkoholní myšlence rozuměl.

6/ Významným faktorem byla rovněž příznivá cena pozemku a nemovitosti.



P. Bedřich Konařík

na území Rakouska-Uherska. Dne 1. října 1910 Konařík odchází z fary v Prostějově do Velkých Kunčic. Na jaře 1911 si nechal natisknout pohlednice se zobrazením léčebny a textem: „Léčebna Křížového spolku Velké Kunčice pod Radhoštěm“, které rozesílal svým známým. Další pohlednici, na které je znázorněný muž na smetišti zamyšleně hledící na láhev rumu s textem: „Však páni pijí také ...tak dětinsky se vymlouvá lid, když jej varujeme před pivem a kořalkou. Pán na našem obrázku také pil, byl boháčem a jak to dopracoval svým pitím? Pozbyl své jmění, uvrhl rodinu do bídy, a aby měl na kořalku, hledá na smetištích cennější odpadky, by je zpeněžil ... Nehledte na „pány“, v jejich rozmarňilostech jich nenásledujte! Zřekněte se kořalek, piva a podobných opojných nápojů. Vstupte do Křížového spolku ve Vel. Kunčicích pod Radhoštěm, rozšiřujte protipijácký časopis „OCHRANU LIDU“, podporujte dárky léčebný ústav pro nápravu pijáků zřízený Kříž. spolkem ve Vel. Kunčicích“ (Konařík, 1912), používal rovněž k propagaci léčebny.

V letech 1911 až 1914 vydával Ochrana lidu jako měsíčník Křížového spolku a jeho odborů. Měsíčník měl sloužit jako informační leták při přednáškách a Konařík spoléhal na to, že bude využit i kněžími k propagaci abstinence. Poslední číslo vyšlo 4. prosince 1914. Léčebna ukončila svoji činnost pravděpodobně v roce 1915. Následně vydával časopis Výchova lidu, se kterým nezaznamenal výraznější úspěch. Po celou dobu byl Konařík hlavní osobou odpovědnou za provoz léčebny. Po ukončení činnosti léčebny pobýval Konařík v Šenově u Nového Jičína u kaplana Václava Tylčera. Následně se vrátil k duchovní práci a byl kaplanem v Mošnově, Butovicích a Brumově.

V druhé polovině 1. světové války a po ní je vidět v Konaříkově životě i korespondenci určitá změna. V předválečné době a částečně v době války je zastáncem zásadní abstinence, ale z jeho projevu je patrná nejen silná víra v Boha, ale i respekt k církvi. V roce 1917 uvádí, že jej: „...zlobí nejasné a jalové stanovisko katol. listů k českým otázkám“ (Konařík, 1917). V roce 1919 píše z Brumova Dostálovi již ji-

nak: „...seženu-li ještě něco, vezmu s sebou do Prostějova na jaře. Škoda, že jste nenapsal na podzim. Nyní už to mají vychlastané“ (Konařík, 1919a). V červnu téhož roku zval Dostála k sobě na návštěvu: „...nebuďte otrokem své fary a zmizte na několik dní. To je život? Podíváme se na blízké hrady slovenské, salaše, do lesů, na pulčínské skály. Do ohniska nefoukám, ale ani ho nehasím. Všecko je nevědomky zpracováno na schisma. ... Však ostatně nevede cesta ke Kristu jenom přes vrátka Říma. Jen si to přiznejte upřímně, že nejste římský katolík jako spousta jiných, třeba bychom se tomu bránili. Přijďte. V pondělí jsme tu tři bolševiky v potoku dobili“ (Konařík, 1919b). Konařík měl blíže nespecifikované problémy s církevními autoritami již během svého studia bohosloví – „...budu psát pod tím novým pseudo⁷ – jen prosím Vás nikomu za žádnou cenu nikomu, zvlášť bratrovi, neprozrazujte, že něco píšu, byl bych na minutu vyhozen“ (Konařík, 1901b); v říjnu 1901 žádal Dostála, aby mu dopisy neadresoval do semináře: „...byla mi znova před krátkým časem vyjádřena nedůvěra, proč – nevím – proto, nezlobte se a vím, že je to pro Vás urážlivé a bolestné, ale nelze jinak – račte mi psát na adresu ...“ (Konařík, 1901a). V roce 1906 vydává spisek Dalila, kterým v církevních kruzích způsobil nevoli, a to nejen svým postojem k pokrytectví v běžném i církevním životě, ale i velmi silným sociálním citěním s chudými lidmi a náhledem na celibát katolických kněží. Velmi přátelský a důvěrný vztah mezi Konaříkem a Dostálem je zřejmý nejen z obsahu jejich konverzace, ale i z Konaříkova podpisu, kterým zakončoval každý dopis: „Váš (oddaný) Bedra“.

K osobnímu životu Konaříka nejsou k dispozici zásadní relevantní informace; v dalším dopise z roku 1919 gratuluje Dostálově sestře (posluhovačce) k narození synovce a neurčitě uvádí: „...z existence Vašeho synovce mám radost, jak ji může mít jenom člověk, jenž má v této věci zkušenosti“ a současně píše o sobě: „...už je mi zůstatí svobodným“ (Konařík, 1919c). Pracovně se vrací do Kunčic, kde vypomáhá svému bratrovi jako „provisor cum spes successionis“ a zvažuje, že by požádal o přidělení farnosti po bratrovi. Přes zimu dokončil knihu „Hospic u zlaté hvězdy“, ve které zúročil svoje zkušenosti z léčebny v Parmovicích. Jedná se o autobiografický román, ve kterém popisuje nejen těžkosti se zakládáním protialkoholní léčebny, ale i postoje lidí k alkoholikům a protialkoholním léčebnám, stejně jako těžkosti spojené s léčbou pacientů.

Dne 28. prosince 1921 odeslal Dostálovi velmi osobní dopis, ve kterém se zmínil „o nevděku“ a zároveň označoval, že: „...jsem se pořádně – po tradici katol. kněží – „neoženiť, vymstilo se mně trpce“ (Konařík, 1921); v tento čas odešel natrvalo do Prahy. S ohledem na problémy, které řešil, zvažoval dvě řešení: „...zaprosit Vás o kooper. místo, abychom zůstali do smrti společně, nebo jít do Prahy; pomě-

7/ Používal pseudonym Bedřich Bečvan, příp. Bedřich Konařík-Bečvan.

ry v našem kněžském táboře mě zhnusily – bezradnost, bezcharakternost, pitomost“ (Konařík, 1921). Rozhodl se pro odchod do Prahy a pro činnost v abstinenčním hnutí. V roce 1922 odešel z farnosti ve Velkých Kunčicích i formálně (byl penzionován) a plně se věnoval přípravě nového abstinenčního zařízení v Tuchlově⁸; jeho krize vztahu k církvi se ještě více prohloubila: „...mám-li dále pracovat pro katol. systém, který je přece jen nezdravý a nemožný“ (Konařík, 1922).

Rok 1923 byl pro Konaříka významným pracovním přelomem. Pracoval na protialkoholním referátu Ministerstva zdravotnictví a odpovídal za dokončovací práce v Tuchlově, aby protialkoholní léčebna mohla plnit svůj účel. S Dostálem stále udržoval písemnou konverzaci (ten téhož roku umírá), i když z obsahu je zřejmé, že postrádá dřívější vřelost a komunikace se spíše formalizovala. Zajistil vydání pohlednice s vyobrazením třech typů lidských jater nad sebou: i) normální játra nepijáka, ii) ztučnělá játra pijáka a iii) svařštěná játra pijáka (cirrhosa), na kterých komunikuje se svými známými.

V roce 1928 vydává sbírku Ex libris – autorsky se na 10 knižních značkách podíleli: Adámek (3), Duša (1), Hrabal (2), Konůpek (1), Němec (1) a Vaňáč (2). Sbírkou byla svázaná a Konařík ji svým jménem věnoval: „Členům Spolku českých bibliofilů na památku čtvrtého bibliofilského večera 3. listopadu 1928 věnuje Bedřich Konařík“ (Konařík, 1928).

Ve třicátých letech byl členem Družiny literární a umělecké v Olomouci. Od druhé poloviny třicátých let až do své smrti komunikuje zejména s prof. Oldřichem Svozillem, členem Družiny. Až do uzavření Sanatoria Tuchlov pobývá tam, i když zázemí (a to včetně své knihovny) má v Praze. V roce 1938 je Sanatorium v Tuchlově uzavřeno a Konařík se vrátil do Prahy (přestěhoval se na adresu U Páté baterie 30, Břevnov). Uzavření Tuchlova se pravděpodobně neobešlo bez problémů, neboť Konařík jej v jednom ze svých dopisů popisuje jako „útěk“ a v dopise Svozilovi z 20. září 1939 uvádí, že: „...zbytek nákladu mně totiž v T. byl spálen“ (Konařík, 1939).

Kdy se Konařík přesně oženil, není z jeho korespondence zřejmé, ale Svozilovi píše: „Kdybych mohl udat aspoň ty věci o sv. Hildegardě – co mám v rukopise, ale kdo to vezme od ženatého pátera?“ Z korespondence není jasné, zda se Konařík v závěru života cítil ublížený svým okolím, nebo zda jej skutečně stíhala nepřízeň osudu. Každopádně Svozilovi vyčítá, že: „...moc místa mi nevěnujete – abyste neměli oplétání s čtenáři a vrchností duchovní“ (Konařík, 1938). Konaříkova manželka se jmenovala Ema Hellmannová, a dne 14. ledna 1925 se jim narodil syn Radim.

Konařík byl publikačně velmi činný. Je autorem Bibliografického přehledu české protialkoholní literatury (1940), Antonín Runié: Studie, Dipsomanie, Judita: kresby z východní Moravy (1917), Emča detektiv, Dalila (1906), O vý-

chově rodinné, Co soudí myslitelé o pijáctví, Dva světy, Nedobry: kresby z Valašska (1919), Román dvou rodin (www.baila.net, 2017). Napsal na svoji dobu vysoce přínosnou publikaci: Léčení alkoholismu u nás a v cizině. Je také autorem divadelní her Marnost nad marnost a Legenda (1923). Svě zkušenosti z provozování léčebny ve Velkých Kunčicích zpracoval do románu Hospic u zlaté hvězdy (1922), a dále napsal novelu Sestry smrti (1937).

S Milošem Kašíkem spolupracoval na tvorbě dialektologického Valašského slovníku a jeho blízkým spolupracovníkem byl i malíř Ferdiš Duša, který ilustroval jeho knihu Nedobry a pomáhal mu i v terapeutických dílnách (www.mvk.cz).

Konařík se díky svým jazykovým znalostem věnoval i překladatelské činnosti. Přátelil se s MUDr. Františkem Tichým, lékařem z Lysé nad Labem, který disponoval velmi rozsáhlou knihovnou Napoleonica: „Mezi českými napoleonskými tisky nacházíme i knihy z katolicky orientovaného prostředí. Josef Florian přeložil a vydal ve Vyškově roku 1918 esej Léona Bloye Duše Napoleonova a Bedřich Konařík, autor knihy Kardinál Bayane a Napoleon, vydané u Ladislava Kuncíře v Praze 1935, napsal do exempláře patřícího dr. Tichému své osobní věnování“ (Antonín, 2015, p. 35).

Dopisem z prosince 1943 si Svozilovi stěžoval na zdravotní obtíže, včetně záchvatů. Zároveň uvedl, že s ohledem na svoji nemoc může zemřít kdykoli, ale v takovém případě je připraven i duchovně, neboť se smířil s církví (Konařík, 1943). Bedřich Konařík zemřel v Praze po krátké nemoci v úterý dne 22. února 1944. Pohřeb se konal v pondělí 28. února 1944 v 17 hodin v krematoriu hl. m. Prahy.

Do současné doby je připomínán, zejména v městech jeho působení (Šenov, Prostějov, Kunčice pod Ondřejníkem, Valašské Meziříčí a další), jako významná osobnost Valašska. Život Bedřicha Konaříka byl velmi hektický. S ohledem na své profesní a literární zaměření, kdy se velmi často věnoval duchovním a sociálním otázkám, se stále ve svých publikacích střetával s cenzurou. Jak vyplývá z dochované korespondence z let 1898 až 1943, rovněž celý život řešil velmi složitou finanční otázku, a to nejen osobní, ale i ve vztahu k léčebnému zařízení. Podařilo se mu i přes nepřízeň společnosti, která nebyla nakloněna protialkoholním postojům, vybudovat funkční léčebné zařízení, a to bez jakéhokoli příspěví státní správy. Jeho snažení přerušila 1. světová válka, což znamenalo nejen ukončení provozu léčebny v Kunčicích, ale i návrat ke katolické duchovní správě. S tou měl po celý svůj život nedorozumění, která vyvolal již zmiňovanou proticelibátní Dalilou a jejichž vyvrcholením bylo ukončení kněžské služby a svatba. Teprve před sklonkem svého života se s církví usmířil. Ani jeho další aktivity nebyly snadné – i přes velmi úspěšné období při řízení Sanatoria v Tuchlově bylo jeho působení opět ukončeno cizím zásahem. Svým přístupem k léčbě závislosti na alkoholu a léčebným, sociálním a lidským přístupem k nemocným

8/ Přesná adresa léčebny byla: Zámek Tuchlov v Křemýži u Teplic-Šanova.

závislým připravil tolik potřebný prostor pro své následovníky. Je nepochybné, že právě díky němu měl Skála z čeho čerpat a na koho navazovat.

Fluctuat, non mergitur, což bylo heslem časopisu Nový Život, rozhodně platí i pro život Bedřicha Konaříka.

Autor děkuje JUDr. Oldřichu Benešovi za pomoc při mapování života jeho prastrýce, p. Bedřicha Konaříka.

Článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Mgr. Jaroslav Šejvl
Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta,
Univerzita Karlova
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
e-mail: Jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

LITERATURA

- Antonín, L. (2015). Knihovna MUDr. Františka Tichého. *Sborník Národního muzea v Praze (60)*, 3–4, pp. 35–42.
- Batůšek, S. (1991). *Rukopis o P. Karlu Dostálovi-Lutinovi – Na prostějovské faře*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 148. Čís. kart.: 8.
- Konařík, A. (1908). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi ze dne 19. března*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1901a). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi ze dne 22. října*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1901b). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi z října (n.d.)*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1904). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi ze dne 6. září*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1912). *Pohlednice P. Lad. Zamykalovi (n.d.)*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 61. Čís. kart.: 2.
- Konařík, B. (1917). *Dopis P. Lad. Zamykalovi (července, n.d.)*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 61. Čís. kart.: 2.
- Konařík, B. (1919a). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi ze dne 22. března*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1919b). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi z června (n.d.)*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1919c). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi z 1. listopadu*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1921). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi z 28. prosince*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1922). *Dopis P. Karlu Dostálovi-Lutinovi z 19. června*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 343, 344, 345. Čís. kart.: 7.
- Konařík, B. (1928). *Deset knižních značek pro Bedřicha Konaříka*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 63. Čís. kart.: 3.
- Konařík, B. (1938). *Dopis Oldřichu Svazilovi z 27. dubna*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 63. Čís. kart.: 3.
- Konařík, B. (1939). *Dopis Oldřichu Svazilovi z 20. září*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 63. Čís. kart.: 3.
- Konařík, B. (1943). *Dopis Oldřichu Svazilovi z 14. prosince*. Zemský archiv v Opavě, pobočka Olomouc. Inv. č. 63. Čís. kart.: 3.
- Popov, P. (2005). Z historie léčby alkoholismu v českých zemích. *Adiktologie (5)*, 2S, 234–241.
- Slavíková, S. (2016, únor). O lídech v Beskydech. *Oběžník města Šenova*. Šenov: Městský úřad.
- n.n. [on-line] [2017 – 03 – 16] Dostupné z www: <http://baila.net/autor/224339255/bedrich-konarik-becvan?page=2>.
- n.n. [on-line] 2016 [2017 – 03 – 16] Dostupné z www <http://www.mvk.cz/knihovna/vsetin/regionalni-osobnosti-karta/?componentID=10221&Stitky=spisovatel%E9&Prijmeni=&MistoNarozeni=&RokNarozeni=187&MesicNarozeni=&MistoUmrsti=&RokUmrsti=>.

Příloha č. 7

Léčebna Velké Kunčice

Léčebna ve Velkých Kunčicích měla od svého počátku jasně stanovená pravidla svého fungování ve třech základních oblastech. Jednalo o vstupní lékařské vyšetření, služební instrukce inspektora ústavu a domácí řád pro pacienty. Současně přikládám do přílohy schválený statut léčebny. Všechny tyto dokumenty byly schváleny c. k. místodržitelstvím v Brně.

Formulář lékařského vysvědčení

(Prohlídka lékařská nesmí se díti více než 14 dnů před přihlášením. Jen na to vysvědčení běže se zřetel, které pošle lékař přímo ústavu).

Jméno a příjmení pacienta / domovská obec / bydliště / povolání / vyznání náboženské / den, rok a místo narození a adresa nejbližších příbuzných.

A) AETIOLOGIE

1. Dědičnost: pijáctví, choromyslnost, choroby nervové, podivinství, nápadné povahy neb talenty, sudičství, zločinnost, sebevražda?
 - a. otce,
 - b. matky,
 - c. jejich rodičů,
 - d. bratří a sester a rodičů (se strany otcovy neb matčiny),
 - e. bratří a sester pacienta,
 - f. byl někdo z uvedených ošetřován v ústavu nebo uvězněn?
2. Dřívější tělesné nemoce pacienta, poranění, operace?
3. Přímá příčina pijáctví: nervosita, bída, neštěstí, pokušení v povolání, příklad, pochybená výchova.
4. Nervová soustava nemocného, psychopatie, abulie, apatie, dřívější nervové a duševní nemoce.
5. Rodinné a manželské poměry, spořádané, otřesené; rozvedené manželství? Žena rozumná, nesnášenlivá.
6. Hospodářské poměry: dobré, rozhárané.
7. Duševní život nemocného v době před pijáctvím:
 - a. Prospěch ve škole, chování, vyšší vzdělání?
 - b. Jaká letora, náruživost? Které zvláštní náklonnosti? Hněvivost, přeceňování sebe, rozmařilost?
 - c. Nedostatek lásky k rodičům, náklonnost ke lži, krádeži?
 - d. Jaký náboženský cit, jemný, indiferentní, popíravý, pověřivý?
8. Pohlavní život (pokud lze vyšetřiti)? Normální, abnormální, onanie, impotence, pohlavní nemoci, excessy?
9. Jaká je chuť k práci?
10. Jiné zvláštní případy?

B) DRUH A ZVLÁŠTNOST ALKOHOLISMU

1. Od které doby požívá pacient nad míru lihovin?
2. Druh lihovin? Víno, pivo, kořalka, likéry? Jak mnoho denně?
3. Pil denně nebo občas? Byl opilý při tom, nebo snesl velké dávky?

4. Chronický alkoholismus, periodické pijáctví (dipsomanie), delirium tremens? Jak často? Jsou komplikace s jinými narkosami? (kofeism, morfinism, nikotinism, opium). Náklonnost k samovraždě, násilné skutky, hrozby? Objevuje se v opilosti spánek, křeče, amnesie?
5. Je pijáctví spojeno s poruchou duševní?
 - a. Běží o jednoduchou, vyléčitelnou alkoholickou psychosu?
 - b. Jde o pijáctví z poruchy duševní? Je tato vyléčitelná?
 - c. Byl léčen a ošetřován v některém ústavu pro choromyslné?
6. Octnul se pacient pro pijáctví ve sporu se zákonem? Jak? Byl trestán?
7. Uznává pacient svůj stav? Chce se léčit?
8. Kolik má pacient dětí? Kolik na živu, kolik zemřelo? Objevily se u dětí nemoce, zrudnosti, jaké, u kolika? Mají tyto náklonnost k pití, je u nich hluchoněmost, epilepsie, slabomyslnost, duševní porucha neb choroba nervová a zločinnost? Na co zemřely děti?
9. Tělesný stav nemocného, trávení, srdce, játra, ledviny, plíce, tepna, ztučnění, hubenost, kůže?

C) RŮZNÉ

1. Je nemocnému třeba zvláštní péče, dozoru?
2. Byl nemocný již v některé léčebně pro alkoholiky, a kde?
3. Byl někdy abstinentem?
4. Proč jim přestal býti?
5. Je pod zákonitým dohledem?
6. Kdo hradí výlohy léčební?

Odpovědnost za řádné vyplnění tohoto formuláře nesl ošetřující lékař, který pacienta přijímal do léčebny. Následně byla vypracována Služební instrukce inspektora ústavu, která obsahovala požadavky kladené na inspektora ústavu, řídicího lékaře, správce a pomocný personál. Instrukce byla vypracována ke dni 18. listopadu 1911 a podepsána byla jak jednatelem Bedřichem Konaříkem, tak i předsedou Křížového spolku JUDr. Aloisem Vrtalem, a následně byla odeslána na c. k. místodržitelství (Konařík & Vrtal, 1911a).

Služební instrukce inspektora ústavu

INSPEKTOR ÚSTAVU

budiž buď univerzitní profesor lékařství, nebo jiný lékař, který studuje alkoholism již delší dobu. Tento inspektor léčebny volí se valnou hromadou Křížového spolku na 3 roky. Má právo dozíratí k methodě léčebné a ve výborových schůzích i ve valné hromad Křížového spolku dávatí návrhy ohledně metody léčebné. Nemá však práva zasahovati do vedení ústavu ve věcech hospodářských.

ŘÍDÍCÍ LÉKAŘ

Řídícím lékařem může být pouze lékař ku provozování praxe schválený, odborně vzdělaný a upřímný křesťan. Má znáti z autopsie některou proslulou léčebnu cizozemskou a studovati vědecky alkoholismus. Přednost má abstinent. Práva a povinnosti jeho jsou:

1. Přijímá chovance na základě lékařského vysvědčení jejich po vyjednání materiálních podmínek přijetí mezi správcem a jimi, pokud se týče jejich zástupců.
2. Po přijetí do ústavu sám ještě jednou podrobí chovance důkladné prohlídce lékařské, aby se přesvědčil, zda shodují se všechna udání v zaslaném lékařském vyšetření s pravdou.
3. O chovancích vede řídicí lékař ústavu stále záznamy obsahující data osobnostní, diagnosu, způsob zavedeného léčení a docílený výsledek. Na základě těchto dat podává výroční zprávy c. k. okresnímu hejmanství.

4. Při nahodile vypuknuvší chorobě u chovance má dbáti, aby i u léků pro onemocnělého chovance obešel se bez příměsí alkoholových.
5. Musí od počátku vštěpovati každému chovanci, že jen úplná doživotní abstinence může jej zachrániti před novým pádem.
6. Studuje stále nové poznatky o alkoholismu a jeho léčení a udržuje styk s některými cizozemskými léčebnami.
7. Ustanovuje administrativě ústavu jakost a množství stravy pro jednotlivé chovance, jakož i druh a dobu práce tělesné.
8. Musí zachovávatí jména chovanců a události ústavu v tajnosti.

SPRÁVA

Správce může být jedině několika letý zásadní abstinent, jenž pobyl na zkušenou v několika cizích léčebnách pro alkoholiky a jenž může se prokázati vědeckou nebo populární činností spisovatelskou v oboru alkoholismu a jeho léčby. Stav nerozhoduje.

Jeho povinnosti:

1. Pečuje o to, aby nařízení řídicím lékařem přesně se zachovávala.
2. Správce administrativní spolu s duchovním správcem od Křížového spolku eventuálně ustanoveným má na starosti pěstění etické stránky a přesné dodržování domácího pořádku jako chovanci, tak personálem pomocným.
3. Uzavírá smlouvy o vydržovacím poplatku chovanců.
4. Jest zodpovědný za přesné vedení všech účetních léčebny a Křížového spolku a tím též za celou hospodářskou agendu léčebny.
5. Vede stálý záznam o povaze a chování chovanců a doplňuje takto záznamy řídicího lékaře. Jména chovanců a události v ústavu zachovává v tajnosti.
6. Vede střídmostní agitaci zakládaným odborům Křížového spolku šířením protialkoholického tisku a přednáškami.

POMOCNÝ PERSONÁL

1. Všichni, jakkoli trvale v ústavě zaměstnaní musí býti bezpodmínečně úplnými abstinenty a musí zachovávatí jména chovanců a události ústavu v úplné tajnosti.
2. K chovancům musí se chovati uctivě, bratrsky a vždy je pozdravením předcházeti. Chovance mají považovati za lidi nešťastné a churavé a jejich dobré úmysly do budoucnosti chváliti, zdokonalovati a podporovati, jejich nápravu ulehčovati.
3. K nahodilým výstřednostem některého chovance mají se chovati trpělivě, klidně. Personál, jenž by se choval neurvale k chovancům, bude okamžitě ze služby vypovězen.
4. Kdyby se některý chovanec pokusil kohokoli z personálu přemluvití k opatření lihovin, ať to bezodkladně oznámí řídicímu lékaři aneb správci ústavu. Kdo by z personálu opatřil chovancům lihoviny, dostane okamžitou výpověď a nesmí býti přijat nikdy zpět do služby v ústavu.
5. Mezi personálem musí být nejlepších shod a jednotnost. Hospodář, hospodyně a zahradník jsou na sobě neodvislí a podřízeni přímo správci, pokud se týče řídicímu lékaři.
6. Hospodář, hospodyně a zahradník nesmí bráti svou úlohu jako úředníci a dohlížitelé, nýbrž jako první pracovní síly, které pilností v tělesné práci dávají příklad chovancům i služebnímu personálu. Nutné záznamy vykonávají po skončené denní práci.
7. Hospodář a zahradník sdělí každého večera správci nutné práce příštího dne, aby tento mohl všem chovancům ráno práci určití.
8. Hospodář, hospodyně a zahradník nesmí bez povolení správce něco objednatí nebo kupovati; taktéž nesmí vésti samostatně korespondenci jménem ústavu. Veškerou korespondenci ústavu vede správce, pokud řídicí lékař si nevyhradí určitý druh nebo kus.

9. Poněvadž lze stěžít vymezení pravomoc hospodáře, hospodyně a zahradníka, necht' tito mají na zřeteli jedině prospěch ústavu, ve sporných věcech ať se obrátí o rozhodnutí na správce, pokud se týče řídicího lékaře, jemuž se bez reptání musí podrobiti, v případě vážné nehody se správcem nebo řídicím lékařem však mají právo odvolati se k výboru Křížového spolku.
10. Povahy podivínské, lenivé, které by nedbaly domácího řádu, slušnosti, přátelského poměru, nemají v ústavu místa za pomocný personál.

Následně byl vypracován statut léčebny. Je datován rovněž ke dni 18. listopadu 1911 a podepsán byl jak jednatelem Bedřichem Konaříkem, tak i předsedou Křížového spolku JUDr. Aloisem Vrtalem, a následně byla odeslána na c. k. místodržitelství (Konařík & Vrtal, 1911b).

Domácí řád léčebny pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích

(zřízený Křížovým spolkem pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě)

1. Všichni chovanci a zřízcenci ústavu jsou pod přísným dozorem řídicího lékaře, pokud se týče správce jako jeho zástupce a jsou povinni jeho nařízení se podrobiti.
2. Chovanci vstávají v měsících zimních o ½ 7 hod., v letních o 5. h. Umyvše se, shromáždí se ku kratičké modlitbě, načež jdou všichni ku společné snídani. Ku vstávání, jídlu, práci a modlitbě dává se znamení zvonem.
3. Práce v dílnách netrvá déle než 8 hodin denně. Práce v zahradě, lese, na poli, zvláště v době pilné sklizně může déle potrvati. Přes den se pobyt ve spárnách chovancům nedovoluje. Též přístup do kuchyně je nezaměstnaným zakázán.
4. Každý chovanec je povinen přijati ochotně práci, kterou mu ve shodě s řídicím lékařem určí správce nebo s dorozuměním tohoto hospodář nebo zahradník.
5. Oběd je o 12. hodině. Chovanci dostaví se do jídelny umyti a v čistém oděvu. Po obědě mohou se chovanci oddati hře nebo četbě, až do započetí odpoledních prací.
6. Prosby a stížnosti mají se přednášeti řídicímu lékaři, neb v nepřítomnosti jeho správci jako zástupci jeho v místnosti k tomu určené; při stole a při práci nemá se o nich mluvíti.
7. Kouření omezeno je na nejmenší míru a sice v kuřelně, v zahradě, v době odpočinku, - nikdy však v léčebně samé, na dvoře, v blízkosti hospodářských budov a v lese.
8. Večeře je o 7. hodině. Po večeři nastává volná zábava, četba, hry, hudba, zpěv a pod. Je-li přednáška nebo domácí zábava, účastní se jí všichni chovanci. Po kratičké večerní modlitbě odcházejí chovanci do spáren, kdež o 9. hodině veškeren hovor je zakázán.
9. První čtvrt' roku nesmí chovanec volně z ústavu vycházeti, potom jen a s dovolením řídicího lékaře. Výlety do okolí konají se společně, nebo ve skupinách se správcem nebo jeho zástupci. Odejíti z léčebny domů nebo jinam se naprosto nedovoluje.
10. Návštěvy nejbližších příbuzných se dovolují jen v řídkých případech, a to až po uplynutí prvního půlroku a po předběžném písemném ohlášení. Návštěvy jiných známých se nedovolují. Posýlati nebo donášeti chovancům do ústavu jídlo, nápoje, léky, peníze a cenné známky se nedovoluje. Proto všecka zavazadla návštěvníků jsou předložena správci k přísné prohlídce. Host smí se účastniti společného jídla za jistý poplatek. Hostům nesmějí chovanci jíti ani vstříc, aniž je smějí vyprovázeti.
11. Dopisy, balíky a knihy chovancům došlé podléhají kontrole řídicím lékařem, neb správcem v zastoupení jeho. Dáti si zasílati noviny do léčebny zpravidla se nedovoluje, poněvadž je zde postaráno s dostatek o časovou četbu. Vymínkou dává svolení řídicí lékař aneb v zastoupení jeho správce.
12. Každý chovanec použije lázeň aspoň jednou za týden, sprchy smí použít denně.
13. Chovanci nesmějí míti u sebe ani peněz, ani jiných cenných věcí. Vše to uloží při svém vstupu do léčebny k uschování u správce na písemné potvrzení.

14. Každé zaviněné znečištění a poškození budov, náradí, nábytku a pod. musí chovanci nésti na své útraty.
15. Sváry, neslušné výrazy, národnostní, náboženské a politické třenice, zdražování v práci, svádění, posměšné poznámky proti domácímu řádu a pod. se zakazují.
16. Neděle je určena k službám Božím, četbě, korespondenci, hrám a výletům.
17. Veškerý přestupky trestají se důtkou, odepřením vycházek a odloučením od ostatních na nějakou dobu, konečně i vyloučením chovance z ústavu pro hrubé porušování tohoto řádu.
18. Tento domácí řád i veškeré dodatky k němu a případné změny nebo výjimky z něho Křížovým spolkem usnesené a kompetentními úřady schválené vyhlásí správa ústavu přiměřeným způsobem ku vědomostí všech chovanců a zřízců ústavu (Konařík & Vrtal, 1911d).

Statut léčebny Velké Kunčice

léčebny pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích, zřízené Křížovým spolkem pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě

1. Ústav vydržuje Křížový spolek pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě vedle stanov svých výnosem c. k. místodržitelství Moravského ze dne 10. ledna 1910 č. 85275 schválených.
Ústav po stránce léčebné a zdravotní řídí lékař ku provozování praxe oprávněný, odborně vzdělaný, jehož zvolení Křížovým spolkem potvrzeno budiž politickým úřadem zároveň se schválením smlouvy služebné.
V případě zaneprázdnění jeho zastupuje ho lékař ku praxi oprávněný, jehož jméno se rovněž politickému úřadu oznámí.
Mravní výchovu a administrativu ústavu obstarává správce Křížovým spolkem stanovený.
2. Do léčebny přijímá se nejvýše 12 chovanců a přijímají se pouze mužští chovanci, kteří nejsou alkoholismem dosud tělesně zničeni a kteří jsou duševně zdraví.
Lidé slabomyslní, lidé zločinní a perversní, úplně mravně a fyzicky zchátralí nesmějí se přijímati.
Lidé stížení nemocí duševní, nebo prudkou nemocí nakažlivou, nebo pokročilou tuberkulosou, rovněž se do ústavu nepřijímají. Objeví-li se tyto choroby později u přijatých chovanců, odstraní se tito dle platných předpisů z ústavu a oznámí se to bez prodlení představenstvu obce a politickému úřadu.
Nemocné přijímá a propouští řídicí lékař po předchozím vyjednání správce ústavu a chovancem o podmínkách materiálních.
3. Řídicí lékař jest zodpověden úřadům zdravotním za přesné zachovávání platných předpisů. Veškeré potřebné procedury léčebné vykonává lékař tento sám nebo za dozoru a zodpovědnosti jeho personál pomocný jím v ošetřování nemocných vycvičený.
4. Ve příčině hlášení chovanců vyhoví se platným předpisům ohlašovacím.
5. Lékař řídicí a správce ústavu pečují o to, aby bylo požadavkům slušnosti, mravnosti a zdravotnictví plnou měrou vyhověno.
6. O přijatých chovancích vede se stálý záznam, obsahující data osobnostní, diagnosu, způsob zavedeného léčení a docílený výsledek. Záznam tento koná řídicí lékař a zprávy o chování chovanců doplňuje mu podle potřeby správce.
Na základě těchto dat podává řídicí lékař výroční zprávy c. k. okresnímu hejtmanství.
7. Výše poplatků ošetřovacích: I. třída – 6,- korun denně / II. třída – 3 koruny denně + u obou tříd poplatek pro lékaře 10,- korun a obsluhu 4,- koruny měsíčně.
Prádlo v obou třídách dle ujednání. Tyto poplatky platí chovanci sami, neb rodiny jejich, bratrské pokladny hornické, pojišťovny a nemocenské pokladny. Za prvý čtvrtrok se platí předem, za dobu další měsíčně napřed.

8. S chovanci jedná veškerá správa šetrně, důsledně, vlídně a s vyloučením prostředků donucovacích. Ústav poskytuje chovancům plné zaopatření, tj. dobrou stravu a byt s otopem a osvětlením, dle úmluvy též čištění prádla a zvláštní obsluhu.
9. Léčení v ústavu trvá nejméně 6 měsíců nepřetržitých. Výjimečně déle, až po celý rok, je-li toho zapotřebí dle úsudku řídicího lékaře.
10. Při přijetí chovanců vyžaduje se od nich domovský list, vysvědčení mravů od obce domácí a vysvědčení lékařské, po případě též vysvědčení nemajetnosti neb chudoby.
11. Chovanci přijatí, neb jejich právní zástupci, neb vydržovatelé vydávají ústavu revers, že umluvené poplatky správně platiti budou a že se vzdávají nároku na jejich vrácení části zaplacené a nesužité v případech, kdyby chovanec z ústavu samovolně se vzdálil aneb vyloučen byl z příčin hrubého porušování domácího řádu.
12. Chovanec do ústavu přijatý dá písemný závazek, že bude domácí řád zachovávat.
13. Do ústavu mohou přijati býti také úplně bezplatně aneb s úlevou v poplatcích osoby chudobné, aneb nemajetné, když ústav bude požívati subvencí z veřejných fondů a pokud toho připouštěti budou hmotné poměry ústavu.
14. Ku podstatnější změně v místnostech ústavních, způsobu léčení a normativech jest zapotřebí schválení c.k. místodržitelství (Konařík & Vrtal, 1911c).

Dokumenty uvedené jako příloha č. 1 až č. 4 byly zaslány c. k. místodržitelství v Brně a komplexně schváleny dne 11. dubna 1912, a to pod č. j. 24 779.

Příloha č. 8

Léčebna Tuchlov

Stejně, jako u léčebny ve Velkých Kunčicích, byla i v Tuchlově náplň činnosti stanovena vnitřními předpisy.

Kuratorium

Sestavení kuratoria

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. vnitřní 12/10–1922 č. 75884/22–6). Zřízením, udržováním a vedením ústavu pověřeno jest kuratorium, následující cílů výdělečných.

V kuratoriu zasedají nejméně čtyři členové Čs. Abst. Svazu, jmenování jeho říšských 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 (ANM. Fond: Abstinentní svaz. Inv. č. 8).

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 újmou po stránce hospodářské a finanční, aby budovy byly udržovány, a schvaluje výdaje 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 chorobných 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 přijati pacienti, pouze je-li dostatek místa.
 - b) Nepřijímají se mladí pijáci pod 18 let, slabomyslní, epileptici, zločinné osobnosti, lidé stížení nakažlivou chorobou a spustlá individua.
 - c) Plat za pobyt v léčebně jest určen dle dvou tříd. 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 být i totožný se správcem ústavu.

Pokladník přijímá měsíčně od správce ústavu opisy denníku 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 Křemýž ve zdravé krajině úplně osamocen uprostřed ohraničeného parku. Nejbližší železniční stanice jsou Duchcov, Teplice – Šenava, 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 schátralá. 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 rodním 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 45 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. Též jakékoli návštěvy se odmítají. Opustí-li pacient ústav samovolně během měsíce, propadá splacený obnos k dobru ústavu (ANM. Fond: Abstinentský svaz. Inv. č. 8).

Řídící lékař

Zásadní abstinentský, 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 rozhodně kuratorium.

Práva:

Má mimo ordinanční pokoj právo nejméně na jednu světnici. Výši cestovného a honorář určuje mu kuratorium (ANM. Fond: Abstinentský svaz. Inv. č. 8).

Správce – ředitel

Abstinentský nejméně se středoškolským vzděláním, znatel léčebných ústavů abstinentských. Bydlí trvale v ústavě.

Povinnosti:

1. Vyjednává předběžné přijetí pacientů, vede korespondenci a účty za pomoci kancel. síly. Doplňuje 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 řídicího 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 kuratoriem, 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 (ANM. Fond: Abstinentský svaz. Inv. č. 8).

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 abstinentský 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 (ANM. Fond: Abstinentský svaz. Inv. č. 8).

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 sčítují se koncem měsíce.
5. Jakékoli návštěvy příbuzných a známých jsou omezeny a povolují se pouze v nejvyšší nutnosti. Návštěvy není dovoleno v ústavě zdržeti se 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 nepřerušuj. Nedodržení těchto pravidel může mít za následek omezení vycházet 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 zpříjemnit.
10. Pamatuj ve všem na účel svého pobytu v ústavě, posílení 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 vyvěsena (ANM. Fond: Abstinentský svaz. Inv. č. 8).

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 jak se dostavuje tesknost, 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 neznepokojujte. Dopisujte mu však pravidelně, aby se necítil opuštěný. Neposílejte mu do ústavu potraviny, nápojů, peněz. Každým porušením našich pokynů vydáváte v nebezpečí úspěšnost léčby. Už dnes odstraňte z domu všechny opojné nápoje a sami se jich odřekněte. Váš pacient musí po návratu z ústavu žít úplně bez lihočin a jeho rodina musí mu předcházeti dobrým příkladem. Staňte se členy Československého Abstinentského 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 lihočinám. Nehostěte doma nikoho opojnými nápoji. Šetrně, ale rázně ho vzdalte všech pokušení a příležitostí k porušení úplné zdrženlivosti. Vytrvá-li, nezapomeňte na náš ústav, vzbuzujte mu příznivce a dobrodince. Jednou za rok podejte nám zprávu o vyléčení, jak se chová, jak dodržuje zdrženlivost od lihočin.

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 léčit 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 stopařské, druhé dvě pro čistější a nehluké zaměstnání.
7. Koupelna, prádelna.
8. Pohostinka pro členy kuratoria.
9. Trakt pro I. tř. upraven tak, že v zadu 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 čištění 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 nutná 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 výmínečně přijaty 2–3 pacientky, uspořilo by se ovšem mnoho na hospod. silách (ANM. Fond: Abstinentsní svaz. Inv. č. 8).

Příloha č. 9

„Šimsovo“ Desatero proti pijáctví

1. Kořalka nemá naprosto žádné výživné ceny, litr piva nenasytí ani tolik jako krajíček chleba a výživná cena vína je též zcela nepatrná.
2. Nápoje ty obsahují jed, alkohol (líh), který nejen nezahřívá a neposiluje, ale naopak stravuje ty tělesné síly pracujícího člověka, snižuje jeho výkonnost a tím i jeho příjmy, překáží jeho postupu a činí jej mnohdy předčasně neschopným ku práci.
3. Pití oslabuje rozvahu, pozornost, hbitost a obratnost a stává se tak příčinou velice četných úrazů, poranění a neštěstí při práci.
4. Pravidelné pití zaviňuje mnoho tělesných i duševních nemocí, usnadňuje vznik chorob jiných, zvláště souchotin¹⁰¹, prodlužuje jejich trvání a ztěžuje uzdravení.
5. Vysedáváním v hospodách ztrácí se mnoho času, jehož by možno bylo použítí ku práci (modrý pondělek¹⁰²), k osvěžení a odpočinku v přírodě či v rodině nebo k vlastnímu vzdělání.
6. Pití stojí mnoho peněz, jichž by se dalo použítí k zlepšení bytu, stravy, šatu atd. nebo ušetřítí pro případ potřeby a nemoci.
7. Pití svádí ke karbanu, hádkám a zločinům, přivádí před soud a do vězení, ničí domácí štěstí, rozvrací rodiny a dohání mnohdy k zoufalství.
8. Pití rodičů mstí se často na dětech. Děti pijáků bývají slabé, neduživé a duševně zakrnělé.
9. Nejlepším stanoviskem jest vůbec nepít piva, vína ani kořalky.
10. Nejlevnějším a nejzdravějším nápojem je čistá voda a mléko.

Děti nesmějí dostat ani kapky lihovin za žádných okolností (Šimsa, 1923, p. 1364).

¹⁰¹ Souchotiny, rovněž úbytě či oubytě. Dřívější označení pro tuberkulózu.

¹⁰² (Zlo)zvyk, který se vyvinul z masopustního pondělí, kterému se někdy přezdívalo „žravé“ nebo „modré.“ Protože bylo v masopustní úterý volno, a den před pondělím rovněž volno, některé profese proto v masopustní pondělí rovněž nepracovaly. Pak se z tohoto (zlo)zvyku stalo pravidlo pro všechny pondělky v roce (Fučík & Pokorný, 2009).

Příloha č. 10

Obrazová příloha

Obrázek 1: Protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích

(obec Kunčice pod Ondřejníkem, 2014)



Obrázek 2: Inzerční leták protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích

(Zemský archiv v Opavě, fond: Karel Dostál, 2017).



Obrázek 3: Tuelhlovská léčebna

(Zemský archiv v Opavě, fond: Ladislav Zamykal, 2017).



Obrázek 4: Budova léčebny v Istebném nad Oravou – stav v roce 2018

(fotografie autor).



