

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: **Specializace ve zdravotnictví**

Studijní obor: **Adiktologie**



Nela Hlavicová

Léčebné přístupy k závislosti na alkoholu v průběhu století – komparační studie Velkých Kunčic a Apolináře

Treatment approach in alcohol addiction in the Hundred Year - comparative study of Velke Kuncice and Apolinar

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Šejvl

Praha, 2018

Prohlášení:

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

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

V Praze, 3. 12. 2018

NELA HLAVICOVÁ

Identifikační záznam:

HLAVICOVÁ, Nela. *Léčebné přístupy k závislosti na alkoholu v průběhu století – komparační studie Velkých Kunčic a Apolináře [Treatment approach in alcohol addiction in the Hundred Year - comparative study of Velke Kuncice and Apolinar]*. Praha, 2018. 52 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaroslav Šejvl.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Jaroslavu Šejvlovi za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a důvěru, podnětné připomínky a podporu při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji také své rodině za podporu během celého studia.

ABSTRAKT

Východiska: Léčba závislosti na alkoholu dosáhla úrovně, kdy je potřeba instituce, která tuto léčbu zastřeší, definuje, zrealizuje a analyzuje její výsledky. Přes potřebu sledování trendů je také nutné vracet se k již vytvořeným pravidlům, abychom neztratili výsledky již získaných činností v oblasti léčby.

Cíl: Komparace vývoje léčebných přístupů k závislosti na alkoholu v průběhu století, a to konkrétně léčebnými přístupy P. Bedřicha Konaříka, které uplatnil v léčebně Velké Kunčice, a léčebnými přístupy v léčebně u Apolináře v době působení lékaře Jaroslava Skály.

Metody: Analýza byla provedena ve formátu jednoduché historické komparace institucí, kdy byla provedena identifikace historických pramenů a základní review dokumentů. Došlo k jejich vyhledání pomocí portálů Národního muzea a jednotlivých oblastních archivů. Byla provedena systematická rešerše materiálů, která se k daným léčebným zařízením a jejich osobnostem vztahuje. Po provedené rešerši bylo následně provedeno vyhledání těchto dokumentů a jejich fixace pomocí technických prostředků, datové setřídění a jejich obsahová kvalitativní analýza. Pro dosažení cíle byly využity metody deskripce jednotlivých aspektů a komparační analýza.

Výsledky: Léčebné přístupy protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích a protialkoholního oddělení Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy mají společné parametry a jejich aplikace vykazuje shodné prvky.

Závěry: Komparační analýzou jsem dospěla k závěru, že P. B. Konařík zřízením a hlavně realizací léčebny ve Velkých Kunčicích položil nejen základy pro další generaci, ale hlavně dokázal tyto základy pojmout moderně a lidsky. Analýza také ukázala, že jsou vazby mezi léčebným přístupem B. Konaříka a J. Skály, zda jsou záměrné nebo náhodné, nelze zatím prokázat.

Klíčové pojmy: Velké Kunčice, Apolinář, závislost na alkoholu, léčebný přístup

ABSTRACT

Background: The treatment of the alcohol addiction has achieved a level where there is needed an institution that will control its treatment, define it, process it and evaluate its outputs. Although it is necessary to follow new trends it is also necessary to use already defined sets of rules so that the previous results obtained during the treatments activities are not lost.

Aim: To compare development in the treatment approaches of the alcohol addiction during the century focused on treatment approaches of the P. Bderich Konarik, which were used in the Velke Kuncice facility and with the treatment approach of the Apolinar facility during the Jaroslav Skala's leadership period in the facility.

Methods: The analysis was processed in the format of a simple historic comparison of the institutions where there was carried out identification of the historic information and a basic review of the documents. They were found using the National museum interfaces and the local areal archives. A systematic evaluation of the information connected with the treatment facilities and their staff was processed. After this evaluation the documents on the topic were found and they were fixed using the technical means ; they were sorted and a their content and quantitative analysis was carried out. To achieve this goal the description methodology of the individual aspects and a comparative analysis were used.

Results: The treatment approaches of the alcoholic addiction treatment facility in Velke Kuncice and in the alcohol addiction treatment facility in the psychiatric clinic of the faculty of the general medicine within the Charles University are of the similar parameters and their application shows similar elements.

Conclusion: The comparison analysis indicates that the P.B. Konarik achieved with foundation and realization of the treatment facility in Velke Kuncice not only laid foundations for the future generations but also succeeded in modernizing and humanize these foundations. The analysis also showed the there is a connection between the treatment approach of the B. Konarik and J. Skala – it is not possible to define yet if these are intended or arbitrary.

Key words: Velké Kuncice, Apolinar, alcohol addiction, treatment network

OBSAH

1	ÚVOD.....	10
2	METODOLOGIE.....	12
2.1	CÍL.....	12
2.2	METODY ZÍSKÁNÍ A TVORBY DAT.....	13
2.3	METODY ANALÝZY DAT.....	13
2.4	ETIKA.....	14
3	TEORETICKÁ ČÁST.....	15
3.1	TERMINOLOGICKÉ UKOTVENÍ, VÝCHODISKA.....	15
3.1.1	Bedřich Konařík – zakladatel léčebny Velké Kunčice.....	15
3.1.2	Jaroslav Skála – zakladatel léčebny Apolinář.....	16
3.2	ALKOHOL – PŘEDMĚT ZÁJMU.....	18
3.2.1	Historie alkoholu.....	18
3.2.2	Charakteristika alkoholu.....	19
3.2.3	Účinky alkoholu.....	20
3.3	ZÁVISLOST.....	21
3.3.1	Definice závislosti.....	21
3.3.2	Faktory podmiňující vznik závislosti.....	23
3.3.3	Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti.....	23
3.4	LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU.....	26
3.4.1	Detoxifikace – počáteční fáze léčby.....	26
3.4.2	Abstinenční syndrom.....	27
3.4.3	Ústavní léčba.....	28
3.5	VZNIK ZAŘÍZENÍ VELKÉ KUNČICE.....	28
3.5.1	Souvislosti předcházející vzniku léčebny.....	28
3.5.2	Vznik zařízení a popis zařízení.....	29
3.6	VZNIK ZAŘÍZENÍ APOLINÁŘ.....	31
3.6.1	Souvislosti předcházející vzniku léčebny.....	31
3.6.2	Vznik zařízení a popis zařízení.....	31
4	PRAKTICKÁ ČÁST.....	34
4.1	Komparační analýza – Léčebné přístupy léčebny Velké Kunčice a Apolinář.....	34
5	DISKUZE.....	46
6	ZÁVĚR.....	49

7	SEZNAM LITERATURY	50
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	52

POUŽITÁ TERMINOLOGIE

V bakalářské práci jsou porovnávány dvě léčebny, a to Léčebna spolková pro alkoholiky v čís. p. 48 ve Velkých Kunčicích zřízená a protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, pro lepší přehlednost a spád jsou používány termíny Velké Kunčice a Apolinář.

POUŽÍVÁNÍ JMEN

Dále jsou v práci uvedeni představitelé těchto léčeben, a to P. Bedřich Konařík a doc. MUDr. Skála Jaroslav, CSc., protože jsou neustále zmiňováni, je v některých částech pro přehlednost textu používáno pouze jejich příjmení Konařík a Skála.

1 ÚVOD

„Prosil jsem často přátele. Pošlete mě někam, kde bych se léčil. Pobudu tam dva tři roky, vyléčím duši, pozvednu nemocnou vůli, - ale byli hluší“ (Konařík, 1922).

Nadměrná konzumace alkoholu je v každém historickém období označována jako problematická činnost člověka. Uvědoměním si, že alkohol sám závislost nezpůsobuje, ale že musí být přítomna další řada faktorů, aby člověk trpěl alkoholismem, vede ke vnímání této otázky z hlediska komplexnosti celého problému.

První definice pijáctví, která je připisována Benjaminu Rushovi v roce 1784: „Opilství je porucha vůle... z počátečního zvyku se později stává nutnost“ (Sournia, 1999), již ukazuje přístup k tomuto pojetí. Dále v roce 1849 švédský lékař Magnus Huss definoval pojem alkoholismus jako nadměrné požívání alkoholických nápojů. A konečně WHO definovala závislost na alkoholu jako nemoc v roce 1951 a v roce 1974 zavedla termín „problémy související s alkoholem“ (Popov, 2003).

„Jde o souhrnný název, který zahrnuje celou škálu negativních zdravotních a sociálních důsledků konzumace alkoholu týkajících se jak konkrétního jednotlivce, tak i malých skupin (např. rodiny) nebo i celé společnosti“ (Popov, 2003). Problém je tedy definován a je potřeba jej řešit.

V souvislosti s tímto vymezením došlo také k vývoji léčebných přístupů k závislosti na alkoholu, které se posunuly až k vytvoření samostatných ústavů, jež se léčbou této nemoci zabývají.

Potřebou zřídit protialkoholickou léčebnu se zabýval Benjamin Rush, následně J. R. Turner, jehož projekt výstavby léčebny v roce 1848 skončil požárem. V roce 1857 v Bostonu vzniká první opravdový léčebný ústav. V roce 1887 je již v USA 50 takových ústavů. V rámci Evropy je první léčebna zřízena v Německu v Lintorfu u Düsseldorfu roku 1850. Následuje Švýcarsko roku 1855, roku 1883 Anglie, Francie v roce 1900 (Skála, 1957).

Prvním takovým ústavem na území českých zemí byla léčebna Velké Kunčice, kterou založil v roce 1911 Bedřich Konařík. Tato léčebna zanikla v průběhu první světové války v roce 1915. V roce 1922 byl přijat zákon 86/1922 Sb., kterým se omezuje podávání

alkoholních nápojů a znovu vyvstala potřeba zřídit léčebnu. Ta byla otevřena v roce 1923 v Tuchlově, opět se na jejím chodu podílel Bedřich Konařík jako ředitel léčebny. Svoji činnost ukončila v roce 1938 v důsledku Mnichovské dohody. V roce 1948 bylo otevřeno samostatné protialkoholní oddělení Psychiatrické kliniky Fakulty všeobecného lékařství Univerzity Karlovy, kde byl pověřen vedením Jaroslav Skála (Skála 1957).

Založení obou subjektů předcházely komplikace spojené s prosazením léčby pro lidi, na které společnost nazírala nedůvěřivě. Bedřich Konařík byl nucen založit Křížový spolek, aby získal podporu státu. Když se angažoval sám, nebyl vyslyšen. Naopak Jaroslav Skála měl podporu zaměstnavatele, ale zase vybavení a personál na počátku nebyly příliš adekvátní.

S vývojem léčeben dochází také k postupnému rozvoji léčebných přístupů, které využívají různé metody léčby, jež jsou více či méně úspěšné a vytváří souhrnné léčebné programy od počátku k současnosti, zaměřené na komplexitu člověka.

2 METODOLOGIE

2.1 CÍL

Tato práce se zabývá komparací vývoje léčebných přístupů k závislosti na alkoholu v průběhu století, a to konkrétně léčebnými přístupy P. Bedřicha Konaříka, které uplatnil v léčebně Velké Kunčice, což zahrnuje období 1911-1915, a léčebnými přístupy v léčebně „U Apolináře“ v době působení lékaře Jaroslava Skály v období 1948-1982.

Cílem je výstup z analýzy jednotlivých přístupů a jejich vývoje v obou léčebnách, porovnat je a vyhodnotit jednotlivé parametry obou přístupů. Popsat jednotlivé přístupy v každém zařízení, využití metod, terapií, organizace chodu, personálního zajištění atd. Porovnat, zda jsou aplikovány v obou léčebnách a jak jsou aplikovány.

Vyústěním pak může být přínos pro budoucí rozvoj léčby závislosti na alkoholu – v podobě porovnání, popisu vývoje a možnost inspirace, třeba v některých oblastech návrat ke kořenům.

Součástí dosažení cíle je:

- terminologické ukotvení tématu jako východisko,
- deskripce léčebných přístupů a jejich definování hlavními představiteli,
- studium odborných a historických dokumentů a publikací,
- komparační analýza shromážděných informací,
- aplikace získaných znalostí během studia a promítnutí do uvedeného problému.

2.2 METODY ZÍSKÁNÍ A TVORBY DAT

Analýza byla provedena ve formátu jednoduché historické komparace institucí, kdy byla provedena identifikace historických pramenů a základní review dokumentů, které byly použity pro tuto práci. V prvním kroku došlo k jejich vyhledání pomocí portálů Národního muzea a jednotlivých oblastních archivů. Dále byla provedena systematická rešerše materiálů, které se k daným léčebným zařízením a jejich osobnostem vztahují, a to za využití portálů Ústavu vědeckých informací 1. LF UK – UKAŽ, EBSCO, Web of Science. Po provedené rešerši bylo následně uskutečněno vyhledání těchto dokumentů a jejich fixace pomocí technických prostředků, datové setřídění a jejich obsahová kvalitativní analýza. Dokumenty byly z technického zařízení uloženy na diskové zařízení, kde s nimi bylo dále pracováno – byly shluknuty do trsů podle místa jejich autora, data jejich vzniku, místa, ke kterému se vztahují a podle taktických celků v kontextu jejich vzniku a zaměření. Jednotlivé prameny byly následně v druhém řádu setříděny podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu a vývoje ve vztahu k léčebnému zařízení Velké Kunčice a osobě P. Bedřicha Konaříka a Apolináře a osobě MUDr. Jaroslava Skály, a léčebných přístupů těchto zařízení (Miovský, 2006). Dokumenty byly získány zejména v archivech: Státní okresní archiv Frýdek-Místek a Státní okresní archiv Olomouc, které patří pod Zemský archiv v Opavě. Dále byly dokumenty získány z knihovního archivu Národního muzea, oblastního archivu v Terezíně, obecního úřadu Kunčice pod Ondřejníkem a Čeladná. Knihy byly získány z antikvariátů v České republice, dále byly získány materiály z Kliniky adiktologie.

2.3 METODY ANALÝZY DAT

Metody využití v práci jsou deskripce, analýza dokumentů, komparace a komparační analýza.

Získaná data po následné obsahové analýze byla podrobena komparaci a komparační analýze.

Výzkumný postup zahrnuje:

- a) specifikaci předmětu srovnávání, což jsou léčebné přístupy dvou léčen,
- b) vymezení srovnávaných vlastností (znaků a kontextuálních proměnných), tím je ve vztahu k této práci myšlen popis atributů, parametrů jednotlivých přístupů,
- c) posouzení komparability, zda-li jsou tyto léčebné přístupy srovnatelné,

- d) určení konkrétních technik srovnávání – ve vztahu k práci se jedná o deskripci, hledání stejných parametrů,
- e) způsob zhodnocení získaných informací a systematiku výstupů.

Komparační metoda může být použita k deskripci zkoumaných jevů nebo k hledání kauzálních a funkčních souvislostí a následností, popř. k predikci a prognóze (Linhart & Vodáková, 2017).

2.4 ETIKA

Jde o teoretickou práci. Dodržování obecných etických pravidel pro psaní absolventských prací (korektní citace atp.) je samozřejmostí. Dále vzhledem k druhu práce, není tuto kapitolu nutné rozvádět. Ačkoliv nelze upřít, že dodržování etických zásad je jednoznačně důležité.

3 TEORETICKÁ ČÁST

3.1 TERMINOLOGICKÉ UKOTVENÍ, VÝCHODISKA

Potřebu léčeben vyvolávají důsledky pijáctví, které působí na společnost. Vychází z paradigmatu Rushova pojetí pijáctví jako nemoci. Piják se točí v kruhu. Když je střízlivý uvědomuje si nevhodnost svého chování a slibuje, že už pít nebude, ale nemůže slib dodržet, napije se a má výčitky, stydí se, a proto pije znovu. Proto je potřeba pomoci takovému člověku důležitá. Sám situaci nevyřeší. Na českém území je zbudováno během století několik léčeben, před první světovou válkou léčebna Velké Kunčice, se vznikem samostatné republiky léčebna v Tuchlově a následně po druhé světové válce Apolinář. Tím, že vznikají nová a nová zařízení, která reagují na vzniklou potřebu společnosti, lze hledat návaznosti mezi léčebnými přístupy těchto zařízení, mezi jejich vývojem a upřednostňováním různých druhů terapií.

3.1.1 Bedřich Konařík – zakladatel léčebny Velké Kunčice

P. Bedřich Konařík se narodil 13. dubna 1878 v Halenkově v domě čp. 13, okr. Vsetín, v početné rodině oděvnického mistra. Jeho matka Terezie, rozená Foltýnová, byla dcerou vsetínského kožešníka (Šrubař, 2000). Po maturitě na gymnáziu ve Valašském Meziříčí v roce 1899 začal studovat bohosloveckou fakultu v Olomouci, kterou absolvoval v roce 1903 a téhož roku byl vysvěcen na kněze. Do roku 1904 působil jako kooperátor ve Velkém Újezdě u Olomouce. Potom se stal kaplanem v Prostějově u faráře Dostála. Úzce také spolupracoval se svým bratrem, se kterým se společně věnovali protialkoholním aktivitám. Následně založili Křížový spolek pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky. Také hodně cestoval po Evropě a získával zkušenosti s léčebnými přístupy k alkoholismu. V říjnu 1910 odchází do Velkých Kunčic, kde pracuje na spuštění léčebny, ve které se stává jednatelem. Po zrušení léčebny se vrátil k duchovní práci. V letech 1911 až 1914 vydával měsíčník Ochrana lidu, který sloužil jako informační leták při přednáškách. V roce 1922 odchází do Prahy a věnuje se činnosti v abstinenčním hnutí. Posléze pracuje na protialkoholním referátu Ministerstva zdravotnictví a odpovídá za dokončovací práce v Tuchlově. Zde se také po spuštění podílí na jejím chodu jako ředitel. Činnost léčebny končí v roce 1938 a Konařík se vrací do Prahy.

Konařík celý život publikoval, psal články, knihy, divadelní hry a věnoval se překladatelské činnosti. Napsal mnoho publikací, např. *Léčení alkoholismu u nás a v cizině*, své zkušenosti z provozování léčebny ve Velkých Kunčicích vepsal do románu *Hospic u zlaté hvězdy*. Konařík také napsal knihu *Dalila*, která se věnovala proti-celibátnímu postoji. Z informací o osobním životě víme, že se oženil s Emou Hellmanovou a narodil se jim syn Radim. Před svatbou ukončil Konařík kněžskou službu.

Konařík během svého života řešil otázku přístupu k církvi, ve které nesnášel pokrytecké přístupy a netajil se tím, proto byl také ve své publikační činnosti různě cenzurován. Sám Konařík se s církví smířil až před smrtí.

Bedřich Konařík zemřel v Praze po krátké nemoci 28. února 1944 (Šejvl, 2017).

3.1.2 Jaroslav Skála – zakladatel léčebny Apolinář

Narodil se 25. května 1916 v Plzni, rodiče byli zajímaví lidé a dbali na jeho vzdělání a podporovali v něm zdravou ctižádost. Po maturitě na gymnáziu v Plzni v roce 1935 Jaroslav Skála pokračoval ve studiu na lékařské fakultě v Praze a zároveň na Institutu tělesné výchovy a sportu. Ten absolvoval v roce 1939, avšak studia na lékařské fakultě již nestihl dokončit – okupanti uzavřeli vysoké školy. Nastoupil tedy jako učitel tělocviku na reálce v Plzni. Lékařskou fakultu dokončil až po válce v roce 1946. To už byl ženatý a měl dceru Zuzanu, rok a půl na to se mu narodil syn Martin. Manželství ale nebylo šťastné, rozpadlo se v roce 1955.

Původně se ucházel o místo na interní klinice, poté v Ústavu tělovýchovného lékařství, nakonec byl přijat až na pražské psychiatrické klinice (Skála, 1997).

Dne 10. září 1948 přišel Dr. Skála do budovy vedle kostela sv. Apolináře v Praze spolu s několika pacienty – alkoholiky z psychiatrické léčebny. Tím zahájilo činnost protialkoholní oddělení. To vedl Dr. Skála až do svého odchodu do důchodu v roce 1982. Během svého působení vypracoval komplexní léčebný program závislostí. V roce 1951 inicioval založení záchytné stanice – prvního zařízení svého druhu na světě. Zabýval se i výzkumem, prevencí a léčbou závislostí na psychoaktivních látkách. Založil a v letech 1956-1981 vedl Sekci pro otázku alkoholismu a jiných toxikomanií, v roce 1993 se stal spoluzakladatelem Společnosti pro návykové nemoci v rámci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Popov, 2008).

V roce 2001 stál u zrodu Pražské vysoké školy psychosociálních studií (PVŠPS), která se tak stala v historii naší země první soukromou vysokou školou (zakončenou bakalariátem), která poskytuje vzdělání v tomto studijním programu. Zároveň se stal jejím čestným rektorem.

Kromě léčby alkoholismu se zabýval i psychoterapií, kterou označoval za svoje hobby. Od roku 1953 pracoval v psychoterapeutické sekci Psychiatrické společnosti, v roce 1982 byl pověřen jejím vedením. Od roku 1968 založil 20 výcvikových komunit. Do roku 1994 stál v čele Společnosti pro psychoterapii a rodinnou terapii, kterou spoluzakládal a vedl do roku 1994. Své pacienty tak nejen léčil ze závislosti, ale pomáhal jim najít i novou životní náplň, aby nesklouzli zpět.

Velkou roli v jeho životě hrál sport – již ve dvanácti letech vstoupil do Sokola a od roku 1932 se zúčastnil všech sletů a spartakiád (aktivně do roku 1948). I ve svých léčebných metodách užíval sportu. Již na přelomu 50. a 60. let zjistili skotští vědci, že kdo se pravidelně věnuje namáhavějšímu sportu, vytváří si endorfiny sám a nepotřebuje je dostávat v tabletách. Součástí léčby byl především běh, podle schopností pacienta se postupně uběhnutá vzdálenost zvyšovala.

Dr. Skála byl autorem více než 140 odborných publikací. Za své celoživotní dílo byl v roce 2002 vyznamenán medailí Za zásluhy II. stupně.

Jaroslav Skála zemřel doma přirozenou smrtí 26. listopadu 2007 v Praze (Popov, 2008).

3.2 ALKOHOL – PŘEDMĚT ZÁJMU

3.2.1 Historie alkoholu

Alkohol je rozporuplná látka, je lidmi oslavována i zatracována. Může být jak zdrojem inspirace, tak i příčinou zhouby. Lidé znají alkohol od počátku svého vývoje. Proces kvašení souvisí s výskytem obilí a ovoce, takže se lze domnívat, že člověk na účinky alkoholu přišel již v neolitu. O užívání alkoholu nacházíme informace z historických artefaktů ze starého Egypta v dochovaných papyrech, o dalších se zmiňuje Chammurabiho zákoník v Mezopotámii. Následuje Řecko s pitím medoviny a pěstováním vína, to se dozvídáme od Homéra, Euripida. Platón poučuje, jak má člověk pít v průběhu života, do osmnácti let nic, do třiceti let umírněně a po čtyřicítce bez omezení. Sama bible obsahuje 200 zmínek o pití vína. Víno je považováno za nápoj od boha a má pro člověka velký význam (Sournia, 1999).

Objev alkoholu je připisován Arnaudovi de Villeneuve žijícímu ve 13. Století. Ale nebyl zřejmě jediný, některým alchymistům se podařilo alkohol izolovat již dříve. Lékař a filosof Raymond Lulle nazval alkohol jako „aqua vitae - voda života“ pro své povzbuzující účinky. Od roku 1498 byl alkohol prodáván v lékárnách jako lék na různé neduhy a nemoci, ať už to byly potíže mechanické, kožní vyrážky či jiná onemocnění. Na konci 16. století se alkohol konzumoval již v celé západní Evropě, od té doby nízkoprocentní (do 14%) alkohol byl vyměněn za destiláty s obsahem 50% koncentrací. Tyto vyvolávají opilost rychlejší za levnější peníz a způsobují také mnohem rychleji návykovost. Každou zemi prezentoval jiný nápoj vyráběný díky dostupným surovinám, kterých měla dostatek, místním zvykům nebo jen podle chuti (Sournia, 1999).

Další posun v konzumaci alkoholu znamená vznik hospod či hostinců apod., které nebyly již určeny k pouhému prodeji alkoholu, ale k posezení u alkoholu, popíjení veřejnému. Celý obchod s alkoholem - výroba, obchod, doprava a další přidružené činnosti - znamenal velký zdroj příjmů v podobě daní i pro jednotlivé panovníky a potažmo země, což ostatně přetrvává až do dnešních dní (Sournia, 1999).

S rozmachem užívání alkoholu a vyšším výskytem pijáctví a jeho důsledků si začínají osvícení lidé uvědomovat, že je to problém, který nejen ničí jednotlivce, ale škodí také společnosti.

Magnusem Hussem byl vytvořen nový pojem alkoholismus označený jako intoxikace a zařazen mezi tento druh nemocí. (Sournia, 1999)

Alkoholismus se rozšiřuje v medicínské oblasti, lékaři se mu začínají věnovat, dávají si věci do souvislostí – fyzický stav pijáků, nové nemoci, stav mysli, následky pití. Také začínají vznikat různé spolky prosazující abstinenci. Hledají se opatření proti pijáctví, a to dodnes.

3.2.2 Charakteristika alkoholu

Neodborný termín „alkohol“ typicky poukazuje na ethylalkohol (ethanol). Ethanol (C_2H_5OH) je hlavní psychoaktivní složka alkoholického nápoje. V širším slova smyslu je termín „alkohol“ také používán jako odkaz na alkoholický nápoj (Kalina et al., 2015).

Psychotropní účinek je zprostředkován ovlivněním několika neurotransmitterových systémů – dopaminergního, noradrenergního, GABAergního a opioidního. Jedná se o látku se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity. Aplikuje se požitím *per os*. Jiné způsoby aplikace jsou možné, ale málo obvyklé. Alkohol dobře prochází biologickými membránami, rychle se vstřebává z trávicího traktu a prochází hematoencefalickou bariérou do mozku (Kalina et al., 2015).

Konařík (1934) popisuje líh jako jed, který není pro organismus nijak výživný. Nezastupuje ani bílkoviny, tuky ani škrobové látky, a tudíž není žádnou potravou. V pivě se nachází 3 – 5 % lihu, v kořalce 20 – 40 % lihu, ve víně 8 – 15 %.

Problematikou výživy alkoholiků a mizivou výživovou hodnotou piva, které „bylo kdysi vyhledáváno za tekutý chléb“ se zabýval i Šimsa (1923).

Podle Skály (1957) obsahuje pivo 1,5 % – 5 % ethylalkoholu a vyrábí se ze sladového extraktu s přísadou chmele. Víno obsahuje 7 – 12 % ethylalkoholu; červená vína jsou silnější než bílá. V čistém stavu je ethylalkohol (ethanol, C_2H_5OH) bezbarvá tekutina s palčivou chutí, osobitou vůní a vzniká při kvašení cukru působením kvasinek, kdy kvašení může probíhat až do koncentrace cca 14 % alkoholu, při vyšších koncentracích jsou kvasinky ničeny vlastním produktem.

3.2.3 Účinky alkoholu

„Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je vliv prostředí nebo dispozice. Stav po požití alkoholu se nejčastěji projeví jako prostá opilost (ebrieta, ebrietas simplex). Malé dávky působí stimulačně, vyšší tlumivě. Na počátku se dostavuje zlepšení nálady, pocit sebevědomí a energie, později dochází ke ztrátě zábran a kritičnosti. Postupně se dostavuje únava, útlum a spánek“ (Kalina et al., 2015).

Konařík (n.d.) uvádí: „Jak působí lihoviny na vnitřní ústrojí těla?“

- Líh se ihned rozvádí do krve a působí rozpadávání se a ničení krvinek; při řídkém a velmi mírném pití není tak nápadná škoda, neboť zničené částky se brzy nahradí novými,
- žilky a tepny trpí nejvíce; u většiny pijáků zvápenatí, stávají se křehkými, rozšiřují se, hadovitě se kroučí a snadno se trhají; protrhne-li se taková žilka u mozku, nastane krvácení do mozku; proto také mnoho nestřídmých náhle umírá,
- nestřídmým pitím lihovin zvápenatí poklopy srdeční a stěny srdeční ztloustnou – tím se stane celá srdeční svalovina křehkou; celé srdce obrůstá a prorůstá tukem, činnost srdce se tím neužitečně zvětšuje – to vede ke klepání srdce, jeho slabosti a ochrnutí – druhá příčina předčasných a náhlých úmrtí,
- nemoci žaludku – špatné trávení, nechut k jídlu, pálení, zvracení a křeče, zvětšení žaludku, následují průjmy a zácpy, nakonec vředy, rakovina,
- játra – po delším pití lihovin se změní v hrubou tučnou hmotu, z počátku se zvětšují, pak se scvrkají, následuje zánět jater, což vede ke žloutence nebo vodnatelnosti,
- u ledvin způsobuje nemoc „kámen“,
- souchotiny.

„Abyste mi rozuměli: každý piják netrpí všemi těmi nemocemi. Někoho postihne ta, jiného zase druhá nemoc, dle toho, které vnitřní ústrojí jest u něho slabší a vlivu lihovin přístupnější“ Konařík (19?).

„Jak působí lihoviny na soustavu nervovou?“

- Nestřídmé pití lihovin dráždí nervy, působí rozčilení, ale i jejich ochabnutí,
- způsobuje zánět mozkových blan, jemných cév a čivných buněk,

- zatemnění úsudku a rozumu, zhoršení paměti, ochabnutí vůle,
- u mnohých velikých pijáků se dostávají všelijaké děsivé klamy, zvláště tzv. „můra“,
- delirium tremens (piják je celý sklíčený, v noci vidí hrozné věci, duchy, čerty, obludy, zdá se mu, že ho všichni pronásledují, celý se třese, nejí, nespí nebo úplně zešílí),
- „padoucnice“ (= epilepsie),
- atrofie mozku (Konařík, n.d.).

S výše uvedeným se v podstatě ztotožňuje i Skála a uvádí dopady na zdraví člověka v oblastech infekcí, nádorů, poruchy a nemoci žláz s vnitřní sekrecí, poruchy výživy a přeměny látek, poruchy nervové, oběhové soustavy, dýchací soustavy, trávicí soustavy, močové soustavy, kůže, svalů (Skála, 1987).

3.3 ZÁVISLOST

3.3.1 Definice závislosti

Sournia (1999) uvádí, že pojem alkoholismus vytvořil Magnus Huss již v roce 1849. Ten přistupuje k alkoholismu jako k nové teorii a novému přístupu k poruchám organismu, které do té doby nebyly systematicky uspořádány. Připouštěl, že nadměrné a dlouhodobé konzumování alkoholických nápojů bývá příčinou řady duševních chorob.

Konařík (n.d.) vidí závislost takto: „Hůře jest, požívá-li ho člověk pravidelně a ve větším množství, anebo v nápojích v nichž je málo rozředěn (kořalky, rumy, 25 % - 70 % líhu)... A myslím, že není mezi vámi nikoho, kdo by chtěl popírat, že člověk, který se opije, dopouští se těžkého hříchu. – Já však mám na mysli něco, co dříve musím povědět, abychom si rozuměli. Říkává se, že pouze ten je opilcem, nestřídmým, na kom je to nápadně vidět, kdo nemůže stát na nohou, kdo křičí, nadává, atd. Ne, pouze taková nestřídmost mi netane na mysli. Jsou lidi, kteří prodělavši několik počátečních opiček, zvyknou na svůj nápoj tak, že jej polknou velikou mírou, aniž se opili. Takoví lidé sedí celé večery a noci při pivě, víně nebo kořalce, vypijí 8 – 10 – 15 sklenic a nevidět toho na nich. Nanejvýš, že jsou v povznesené náladě. Takovým byste nesměli říci, že jsou opilci. Takoví lidé zrovna tak si hubí a ničí své zdraví, jako onino nápadní opilci. Je to tzv. nestřídmost schovaná, zakuklená.“ A definuje

člověka závislého na alkoholu takto: „Objevila se u něho naprostá slabost vůle, neschopnost odporovati příležitosti, ukázala se choroba se všemi zlými následky – ukázal se alkoholismus. Nešťastník sluje pak lékařským názvem alkoholik“ (Konařík, 1908).

Skála definuje diagnózu závislosti jako nejednoduchou, nesnadnou a její pečivé provedení považuje za důležité, opírá se o zhodnocení abnormního konzumu (abúzu), tedy množství a frekvence, dále o zhodnocení závislosti - abúzu nutkavého charakteru a konečně zhodnocení důsledků a škod na tělesném i duševním zdraví a ve společenských vztazích souvisejících s abúzem alkoholu. Sám používal rozeznávání pěti typů abúzu, respektive závislosti na alkoholu od typu alfa až po typ epsilon (Skála, 1987).

Moderní pojetí lze převzít podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO). Znaky závislosti jsou definovány takto: „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);

- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení“ (Nešpor, 2000).

3.3.2 Faktory podmiňující vznik závislosti

Faktory podmiňující vznik závislosti jsou takové skutečnosti, které vedou ke vzniku a k rozvoji závislosti na psychoaktivních látkách. Nikdo z nás není vůči návykovým látkám imunní, každý se s nimi dříve či později setká. Jsou však jedinci, kteří reagují na návykové látky více než pozitivně a rozvoj závislosti je u nich rychlejší nebo jsou situace, které užití návykové látky podnítí.

Víme, že závislost je jev, který vzniká na základě více příčin (multikauzálně), ale každá příčina má různou váhu u daného jedince (Klimentová & Kliment, 2002). Podle Urbana (1973) jsou to tyto základní faktory:

- farmakologické (droga a její charakteristika),
- somatické a psychické (organismus a osobnost),
- environmentální (prostředí),
- percipitující (podnětové).

Působení a účinnost uvedených faktorů se podmiňují.

3.3.3 Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti

Příčiny závislosti na alkoholu nebo drogách jsou velmi komplexní a doposud nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo předpoklady pro její vznik. Nejkomplexnější model této komplexní nemoci předpokládá, že člověk je celistvá bytost, a tudíž věnuje pozornost tělu, vlastnostem naší psychiky, ale i způsobu, jak se formujeme v mezilidských vztazích a ve vztahu k tomu, co je zdrojem naší víry. Prochází jeho jednotnými aspekty.

Biologie člověka hledá faktory, které by vysvětlovaly individuální dispozice závislosti, která se vyvíjí na úrovni genetického přenosu a dědičných dispozic. Tyto faktory jsou obvykle přeceňovány, neboť toto onemocnění je většinou považováno za duševně léčitelné

onemocnění. Psychologické aspekty se týkají především raných stadií evoluce, perinatálních traumatických příhod, duševních poruch, poruch osobnosti a narušení emocionálních a kognitivních funkcí. Je zvažována úloha rodiny, vztahy s ostatními a zejména s úřady; je popsán proces společné závislosti v dysfunkčním sociálním prostředí. Spirituální aspekty souvisí se smyslem bytí, vztahy k druhým a tím, co je mimo naše individuální Já.

Biologická úroveň

Biologické příčiny a souvislosti jsou zkoumány již od 60. let, kdy se začala v mezinárodních klasifikacích objevovat diagnóza alkoholismu. Za biologické faktory mohou být považovány některé problematické okolnosti v průběhu těhotenství matky dítěte (např. pokud matka sama užívala a plod se takto setkal s účinky drog již před narozením). Rovněž sem můžeme zařadit okolnosti porodu a také celý psychomotorický vývoj dítěte v postnatálním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů (Kalina et al., 2003a).

Psychologická úroveň

V rámci této úrovně je zkoumán vliv psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj zneužívání návykových látek a pro rozvoj závislosti. Podobně jako předešlé, psychogenní faktory můžeme najít již v období nitroděložního vývoje a období porodu. Jedná se však o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuálně působilo nějaké biologické poškození. Pokud například žena prožívá těhotenství jako stresovou událost, přenáší se informace tohoto stresu i na plod. Pokud začne užívat na tlumení stresu tlumivé látky, stejným způsobem se tato informace přenesou na plod a vytváří jakýsi imprint o efektu tlumivě působících látek při prožívaném stresu. Mezi významné faktory můžeme zařadit také úroveň postnatální péče (péče o harmonický vývoj dítěte), vývoj a diferenciaci potřeb dítěte a jejich přiměřené uspokojování, podporu v období dospívání (Kalina et al., 2003a).

Sociální úroveň

Sociální oblast je zdrojem nejvíce rizikových faktorů právě proto, že společnost formuje jedince po celý jeho život. Sociální úroveň se tedy zaměřuje na kontext, ve kterém se vše děje. Všimá si vlivu vztahů s okolím, které formují zrání jedince, případně toto zrání brzdí či deformují. Jde o širokou škálu od nejobecnějších okolností jako je rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, až po specifitější ovlivňování, jako kvalita konkrétních rodinných vztahů, případně absence

rodiny. V současné situaci, kdy se mnoho rodin rozpadá a dospělí na své děti nemají dostatek času, mladiství hledají identifikační vzory mimo rodinu a přirozeně vyhledávají silné jedince nebo skupiny, které by jim nabídly pocit přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti. Takto se místo rituálů pozitivně formujících zraní mladého člověka vytvářejí rituály spíše ponižující a důstojnosti zbavující, kterým pak říkáme šikana, nebo rituály kolem jehly a braní drog (Kalina et al., 2003a).

Spirituální úroveň

Spiritualitu můžeme definovat jak vztah k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jedná se o intimní oblast přímého prožitku toho, co se nachází za každodenním úsilím, co tomuto úsilí dává smysl a co dává smysl životu vůbec. V posledních letech je pozorovatelný velmi častý výskyt potřeb spirituálního naplnění. Tato potřeba je pravděpodobně vyvolána řadou jevů, převážně konzumním uspokojením spojeným s absencí duchovních hodnot (Kalina et al., 2003a).

Konařík definuje závislost na alkoholu z důvodu selhání ve víře a odklonu od ní, spatřuje v tom, že člověk pitím zahání pocit viny, ale také se zabývá situací, kdy v důsledku pití alkoholu je víra člověkem zanedbávána. Popisuje, že se piják cítí vůči bohu provinilý a je-li takto vychováván, myslí tím ve víře v Boha od dětství, je to pro něj traumatické, že nezvládá být dle náboženství dobrým člověkem. „Mnozí pitím pozbyli víry a pijí dále, aby výčitky svědomí utlumili, že od víry odpadli“ (Konařík, 1934).

Konařík se zabývá návratem k víře, znovunalezením víry nebo obratem k víře jako nástrojem k posílení léčby. Předpokládá, že víra člověka posílí v setrvání plnění náročného úkolu a umocní efekt výdrže. „Tady vám posílá matinka kořalku, protože byste bez ní neoral. Ale já až budu oráčem, nebudu pít. Kdo pije kořalku, přijde do pekla.“ Oráč se zarazil a ptal se: „A to já se také dostanu do pekla, Stáňo?“ Chlapci bylo přece oráče líto. Rozvažoval chvíli a pak řekl lítostivě: „No vy přijdete možná jenom do očiště. Ale jisté to není.“ Oráč vyprávěl dlouho tuto historku a přiznal se, že toho dne po prvé v životě mu kořalka nechutnala“ (Konařík, 1922). Nicméně upozorňuje na rizika vnucování víry lidem, kteří nejsou víře nakloněni, pak je nutné jim nejprve ukázat výhody, smysl náboženství a jeho efekty na léčbu. Je i zmiňováno, že člověk je považován za vyléčeného, pokud začne trvale abstinovat a obrátí se k víře, nicméně to Konařík sám vyvrací příklady klientů, kteří se vyléčili a na víru se neobrátili. Z dnešního pohledu není nutné, aby se člověk stal věřící ve smyslu

věřit v Boha, stále však platí, že víra v léčbě pomáhá, ať už je to víra v sebe, ve vyšší smysl života.

Vondráček (1935) definuje duši jako „souhrn čtyř funkcí: 1. vnímání, 2. myšlení, 3. cítění, 4. chtění. Jinými slovy míním to, co, když onemocní, stává se předmětem bádání psychiatrie... Příčinu toxikomanie u lidí je vyložiti hledáním štěstí. Jen fantasie může dáti člověku to, po čem touží, nikdy skutečný život... Lidé věřili a snad dosud někteří pošetilci věří v možnost skutečného stoprocentního štěstí a tak vznikla legenda o vyhnání z ráje a očekávání posmrtné blaženosti“. I takto lze vnímat spiritualitu, štěstí, upokojení, pozitivní přístup.

3.4 LÉČBA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

3.4.1 Detoxifikace – počáteční fáze léčby

Detoxifikace může začínat procesem vyloučení toxických látek z těla (detoxikace – vystřízlivění); následně se jedná o léčbu směřující k obnově fyziologických funkcí organismu i po jednorázovém nadměrném užití alkoholu. Z hlediska terapie jde o prvním stadium v léčbě závislosti na alkoholu; odehrává se nejlépe pod dozorem lékaře v detoxikačním středisku. Je ordinován klid, množství tekutin, vitamíny a další živiny (Hartl & Hartlová, 2000).

Lze tedy říci, že detoxifikace v moderním pojetí je léčebná metoda, jejímž účelem je zastavit užívání alkoholu nebo návykové látky u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení pro tuto proceduru je obvykle detoxifikační centrum či jednotka. Tradiční detoxifikace se prováděla ve speciálním léčebném zařízení nebo na lůžkovém oddělení všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Klient je přijat ještě intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní poté, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak hrozí vysoké riziko relapsu. Odvykací stav po odnětí alkoholu může být velmi vážný a život ohrožující. Dostavuje se již po několika hodinách absence alkoholu, vrcholí druhým dnem a odeznívá v následujících pěti dnech. U 3-5% pacientů se rozvinou křeče nebo delirium.

Příznaky detoxifikace: třes jazyka, očních víček nebo rukou, pocení, nespavost, bolesti hlavy, nauzea či zvracení, tachykardie nebo hypertenze, neklid, malátnost, slabost, zrakové, sluchové, nebo hmatové halucinace a iluze, grand mal křeče.

Smyslem detoxifikace je učinit odvykací stav lépe zvládnutelný, nikoliv nutně potlačit všechny jeho příznaky. Existuje mnoho způsobů a schémat detoxifikace. Mohou být dlouhodobé (vícetýdenní), střednědobé, nebo ultrakrátké (kombinovaná detoxifikace). Mezi nejvyužívanější metody patří např. detoxifikace metadonem, clonidinem, bufrenorfinem, symptomatrické detoxifikace, nebo detoxifikace bez medikace. Pokud hrozí, že si propuštěný klient vezme dávku alkoholu, na niž byl předtím nastavený, měl by začít s nízkou dávkou, jinak může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování. Důležitou podporou detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči (Kalina et al., 2001). V rámci detoxifikace může u klienta nastat abstinенční syndrom.

Konařík (1934) ve své knize uvádí, že na počátku léčby je nutné zcela vysadit alkohol, v žádném případě nedoporučuje pozvolné vysazení, jak bylo některými osobnostmi prosazováno s odkazem na nastalé delirium tremens. Dále uvádí informace, které se vztahují na první měsíc pobytu, kdy pacient v důsledku odnětí alkoholu trpí odvykacími příznaky, které jsou zmírňovány různými léčebnými postupy: farmakologické, rehabilitační a další. Tzn., že již byla známa detoxifikace, i když nebyl použit přímo tento termín.

Konařík nebyl používání léků nakloněn, omezil se pouze na podpůrné prostředky a prostředky na léčbu nemocí, kterými pacient trpěl, nicméně žádné léky nesměly obsahovat alkohol.

3.4.2 Abstinенční syndrom

Podle Kaliny a kol. (2001) je abstinенční syndrom neboli odvykací syndrom/stav „soubor různě závažných a různě kombinovaných příznaků, které se objevují po vysazení nebo snížení dávek psychoaktivní látky (drogy), která byla užívána opakovaně, dlouhodobě a/nebo ve vysokých dávkách. Příznaky odvykacího stavu nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nebo jinou duševní poruchou. Přítomnost odvykacího syndromu je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti. Odvykací syndrom se u různých látek liší, velmi zjednodušeně lze ale říci, že řada příznaků má opačný charakter než účinek dané látky.“

3.4.3 Ústavní léčba

Léčba v lůžkovém zařízení obecně (jako protiklad léčby ambulantní) nebo v užším smyslu léčba na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program. Může jít – podle délky – o léčbu krátkodobou nebo střednědobou. Dlouhodobá léčba obvykle probíhá jako pobyt v terapeutické komunitě a hovoříme spíše než o ústavní o rezidenční léčbě. Pro ústavní léčbu v nemocnici či léčebně jsou indikováni klienti s vysokým potenciálem pro relaps, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi (Kalina et al., 2001).

Konařík horoval pro ústavní léčbu, od počátku si uvědomoval, že je nutné vytvořit pro klienty nemocné alkoholismem zvláštní druh instituce. „Do blázince se nehodí, do nemocnice nesmí, do káznice ho přece nedáme, na polepšovnu je starý! Co s ubožákem?“ (Konařík, 1908).

Konařík definoval léčebnu následovně: Léčebna má být útočištěm všech těch nešťastníků, kteří – ať už patří ke kterémukoli stavu nebo povolání, - rádi by ze své vášně pijácké vybědli. Léčebna tedy nebude ani polepšovnou, ani vězením, ale nemocnicí pro lidi s nemocnou vůlí, pro lidi, kteří dobrovolnému léčení se podrobí, a kteří kromě pijáctví nejsou jinak zvrhlí, a zbídačení, a schátralí. Pacient musí být v jiném ohledu zachovalý, aby se léčebna nestala polepšovnou“ (Konařík, 1909). Léčebnu považoval za radikální léčbu a chápal, že musí být alkoholik vytržen z prostředí, které mu pití umožňuje, připomíná atp.

Skála také uvádí výhody ústavní léčby, které podle něj převažují nad negativy: záruka abstinence, možnost převýchovy a intenzivní psychoterapie individuální, skupinová, kolektivní, medikamentózní léčba, neschopenka, možnost přemýšlení o komplikacích, které alkohol přináší do života (Skála, 1957).

3.5 VZNIK ZAŘÍZENÍ VELKÉ KUNČICE

3.5.1 Souvislosti předcházející vzniku léčebny

Bedřich Konařík usiloval o vznik léčebny, neboť ji považoval za velmi důležitou. Snažil se ukázat, že jiné země jsou v řešení problému modernější a chtěl uspět i na našem území.

Zjistil, že bude lepší vytvořit organizaci, která bude tento počín zastřešovat a usoudil, že bude úspěšnější. Založil tedy Křížový spolek společně s bratrem, jehož jménem získal budovu a pozemek a posléze i povolení léčebnu zřídit. Velkým problémem bylo financování léčebny, ačkoliv Křížový spolek měl poměrně dost členů, kteří platili příspěvky, které se používaly na chod léčebny. Veřejnost nebyla projektu nakloněna (ostatně tuto zkušenost čerpáme dosud), a tudíž nešlo financovat léčebnu z charitativních zdrojů jako v zahraničí.

Léčebné přístupy zhlédl v zahraničí zejména ve švýcarském Ellikonu a švédském Eolshällu (Šejvl & Miovský 2017).

3.5.2 Vznik zařízení a popis zařízení

Místem léčebny se stal statek Parmovice č. 48 ve Velkých Kunčicích u Frenštátu. „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. Celkově se náklady potom vyšplhaly na 120.000 korun.

Léčebna byla primárně přestavována 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“ (Šejvl & Miovský 2017).

Léčebna pro alkoholiky ve Velkých Kunčicích zahájila svou činnost v prosinci roku 1911. Konařík se snažil vzbudit zájem o alkoholismus u vlivných lidí, např. u poslanců. Zde také můžeme poukázat na vazby pátera Konaříka s T. G. Masarykem, kdy Bedřich Koňařík již

v době svých studií publikoval zajímavé texty. Jeho text „*Výchova na středních školách*“ vzbudil již v roce 1898 pozornost časopisu *Naše doba*, za jejímž vydáváním stál tehdy T. G. Masaryk. V listopadu 1911, na II. sjezdu protialkoholním ve Štýrském Hradci, vystupuje mladá aktivistka v boji proti alkoholismu, filozofka a profesorka Alice Masaryková (1879-1966), dcera T. G. Masaryka. Měla zde zajímavý referát o alkoholismu dětí školou povinných; nebylo to poprvé, kdy vystupovala na podobných setkáních a také se podílela na jejich organizování. Na tomto sjezdu za ní přišel také přítomný P. Bedřich Konařík, a seznámil ji s výstavbou a s existencí protialkoholního ústavu v Parmovicích, který byl o měsíc později zprovozněn. Současně Dr. Alici Masarykovou pozval k návštěvě. Ta nakonec přesvědčila celou rodinu včetně otce, aby pravděpodobně v říjnu 1913 Parmovice (Léčebna Velké Kunčice) navštívili, když se počátkem tohoto měsíce rodina zdržovala ve Valašském Meziříčí (Šrubař, 2000).

Sám Konařík pak o tomto setkání píše: „Přijel s chotí a oběma dcerami a dlouho si dal vyprávěti o léčení alkoholismu, o různých případech, které právě v ústavě byly. Po dvouhodinové návštěvě odjely dámy na nádraží kočárem a já jsem doprovázel vzácného hosta pěšky. Rozhovořil se svým jedinečně strhujícím způsobem a při řeči, nevím již opravdu dnes, při kterém bodu rozhovoru, vzpomněl své matky a řekl: *Moje maminka – Bůh jí tam dej nebe – říkávala. Privil to s takovou tradiční, moravsky zbožnou úctou a vírou, že jsem se až údivem a radostí zachvěl. Viděl a cítil jsem, že to nebyla bezmyšlenkovitá fráze, ale že to šlo z hloubi srdce věřícího ve věčnou odplatu*“ (Konařík, 1913). T. G. Masaryk sám údajně praktikoval úplnou abstinenci na popud svého přítele Karla Kálala, který byl spisovatelem, šířitelem česko-slovenské vzájemnosti a učitelem ve Frenštátě. A ve svých předvolebních vystoupeních často proti alkoholismu hovořil. Dokonce si uvědomoval historické spojitosti, kdy například rozšířené pijáctví na Valašsku dával za vinu majiteli panství hraběti Illesházymu (1653-1689), když v roce 1663 nutil své poddané povinně odebírat ze své palírny kořalku, kdo neodebral, musel zaplatit suchou daň. Lidé radši pili, než platili (Šrubař, 2000). Bylo tedy vidět, že nebyla daná problematika vlivným lidem lhostejná.

Léčebna zanikla v roce 1915, není jasné přesné datum, zřejmě v důsledku probíhající I. světové války. Její vznik ale položil základy k vývoji institucionalizované ústavní protialkoholní léčby, a to jak principy organizační, sociálně adaptační, resocializační a

spirituální, které jsou aktuální dodnes, tak zkušenostní náloží a entuziasmem neztratit člověka, který ztratil vládu nad svým životem, ovlivněným závislostí (Šejvl & Miovský, 2017).

Léčebna byla určena pouze mužům, její kapacita byla po celou dobu trvání 20 lůžek. Délka léčebného pobytu se pohybovala v rozmezí 6-12 měsíců. Nebyl nikterak ukotven nárok na léčbu a ta mohla být kdykoliv pacientem ukončena.

Provoz léčebny se dělil na správu a zabezpečení chodu a léčebnou oblast. V rámci terapií byla samozřejmá práce v zimě v dílnách a po zbytek roku v lese a na polích, tím se částečně pokrylo i financování provozu léčebny.

Léčebna pro alkoholiky není nemocnicí, „lazaretem ve vlastním toho smyslu“, proto tak není zařízena. Dvě vzdušné spárny, společná jídelna, dílna, pokoj pro nemocné, koupelna, modlitebna, pokoj ředitelů – kvůli slabým finančním poměrům. V projektovaném novém pavilonu jsou separátní pokoje pro zámožné, jídelna, čítárna, zábavní síň, pokoj pro lékaře, více dílen, kaple (Konařík, 1910).

3.6 VZNIK ZAŘÍZENÍ APOLINÁŘ

3.6.1 Souvislosti předcházející vzniku léčebny

V srpnu 1946 nastoupil Dr. Skála na Psychiatrickou kliniku Lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Díky svým jazykovým schopnostem byl vyslán do Bruselu na konferenci, kde zjistil, jak alkoholismus působí problémy po celém světě, což ho velmi zaujalo. Následně zjistil informace o hnutí Anonymních alkoholiků a aversivní léčbě. Prvním impulsem bylo založení KLU Su – Klubu lidí usilujících o střízlivost. K němu došlo 5. února 1948, sdružoval pacienty a absolventy odvykací léčby. Tyto skutečnosti ho postupně dovedly k vytvoření samostatného oddělení pro léčbu alkoholismu (Skála, 1997).

3.6.2 Vznik zařízení a popis zařízení

Založení nejstaršího specializovaného oddělení pro léčbu závislostí proběhlo v roce 1948, bylo to v budově u kostela sv. Apolináře a založil jej MUDr. Jaroslav Skála. Toto protialkoholní oddělení nadále spadalo pod Psychiatrickou kliniku Lékařské fakulty Univerzity

Karlovy. Začínalo se s 10-12 lůžky, za další 4 roky jich již bylo 40. Slibně se rozvíjející kontakty s AA přerušil Vítězný únor 1948, další kontakty nebyly žádoucí z důvodů spirituálních prvků v programu 12 bodů AA, které byly v rozporu s oficiální ideologií. Pracoviště se postupně rozšiřovalo o další lůžka a oddělení.

Součástí oddělení v Apolináři se od roku 1951 stala protialkoholní záchytná stanice. Jako zdravotnická instituce byla pražská záchytka prvním zdravotnickým zařízením svého druhu na světě. Záchytka byla v Apolináři až do roku 1993, kdy byla přemístěna do jiné pražské nemocnice a namísto ní vzniklo první detoxifikační lůžkové oddělení v ČR. Na tomto oddělení se léčí pacienti s odvykacími stavy (abstinenčními syndromy) v úvodu léčby závislostí. V roce 1967 bylo v Apolináři otevřeno Středisko pro děti, mládež a rodinu, které sloužilo současně jako krajská ordinace pro mladistvé s problémy působenými alkoholem a jinými drogami. Od roku 1971 začala pracovat pobočka pro léčbu žen v Lojovicích, první zařízení svého druhu v naší zemi. Po přemístění tohoto oddělení do Prahy pokračuje dále komplexní léčba závislých žen v rámci samostatného oddělení u Apolináře. Z protialkoholního oddělení se později konstituovalo Oddělení léčby závislostí Všeobecné fakultní nemocnice (Apolinář, 20 lůžek), kde se léčili i pacienti závislí na jiných drogách. Oddělení se dále rozšířilo o několik ambulantních programů: v roce 1996 jsme otevřeli specializovanou ambulanci pro pacienty závislé na alkoholu, v následujícím roce (1997) zahájil v Apolináři svoji činnost první metadonový substituční program na území ČR a v roce 2002 byla otevřena ambulance pro pacienty závislé na nealkoholových drogách. Vedle léčby pacientů a výuky budoucích lékařů, psychologů, adiktologů a jiných zdravotníků se v Apolináři realizovaly také klinické výzkumy zaměřené zejména na léčbu závislostí. Apolinář je nejstarší, nepřetržitě fungující zařízení pro léčbu závislostí v České republice, které bylo modelem pro většinu později založených institucí v naší zemi. Logickým vyústěním všech uvedených aktivit byla snaha pokračovatelů v díle Jaroslava Skály o založení klinického pracoviště. K tomu došlo počátkem roku 2012, kdy spojením Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze vznikla Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN. Jednalo se o zcela unikátní spojení dvou doposud samostatných pracovišť zahrnujících jak lékařskou, tak nelékařskou část adiktologických profesí angažujících se v tomto nově konstituovaném oboru. Právě díky propojení lékařské i nelékařské části se klinika stala koncepčně ojedinělým pracovištěm svého druhu ve střední

Evropě a průkopníkem integrativního přístupu jak z hlediska diagnostiky, tak preventivně-léčebné péče a sektoru vymáhání práva nebo drogové politiky. Jedná se o pracoviště, na kterém jsou testovány nejnovější přístupy a léčebné metody (Miovský & Popov 2013).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Komparační analýza – Léčebné přístupy léčebny Velké Kunčice a Apolinář

Velké Kunčice

Přijetí do léčebny

Řediteli ústavu byla zaslána žádost o přijetí a společně s ní lékařské vysvědčení o pacientovi (zhotovené podle dotazníku), z kterého muselo vyplývat, že pacient „není dosud tělesně alkoholismem zničen, že je duševně zdravý, a v ohledu mravním, že nemá sklonů k perverzi a zločinnosti, může být přijat.“

Pacient musel podepsat písemný závazek, že zůstane v léčebně rok (výjimečně 10 měsíců), a že se podrobí domácímu pořádku a všem rozkazům ředitele a lékaře. Stravné si musí zaplatit na čtvrt roku napřed – pokud uteče pacient z ústavu nebo musí být pro mravní delikt propuštěn, propadá zaplacené stravné k dobru ústavu. O přijetí ústavu nerozhoduje národnost nebo náboženství, přednost mají Moravané před jinými. Pacient se propouští po uplynutí léčebné doby, pokud však není do té doby uzdravení dost pevné, může se učinit nová smlouva na libovolnou dobu (Konařík, 1910).

Apolinář

Přijetí do léčebny

Pacient musí přijít dobrovolně. Je proveden úvod do pobytu prostřednictvím lékaře, později dalším odborným personálem: soc. pracovníci, psychologem atd.

Následně je vyšetřen: duševní a nervový stav, je provedeno vyšetření moči, krve a krevního obrazu, které je zopakováno i po léčbě. Je provedeno vyšetření: žaludku, jater, plic, srdce, očí, uší, zubů, nosu a krku, je provedeno EKG.

Léčba trvá nejprve 3 týdny, následně se prodlužuje na 7-8 týdnů, pak na 2-3 měsíce a těžší případy na 4-6. Léčba nedobrovolná nařízená ONV či soudem trvala 7-12 měsíců.

Při selhání je na hlavním lékaři, zda je pacient vyřazen (Skála, 1957 a Skála, 1997).

Srovnání

Obě léčebny shodně pracují s principem dobrovolného vstupu i dobrovolného odchodu z léčebny. Obě také trvají na lékařském a psychiatrickém vyšetření při vstupu. V délce léčebného pobytu se liší, Konařík požaduje 10-12 měsíců, minimálně šest. Skála pak na začátku v týdnech následně 2-3 měsíce a na třech měsících se léčba ustálí.

Velké Kunčice

Léčebné principy

Hlavní zásadou je úplná abstinence od prvního vkročení do léčebny. Proto se musí pacient zříci všech lihovin stejně tak jako všichni zřízenci ústavu musí být abstinenty ze svého přesvědčení, aby nebylo nebezpečí svádění nebo zlého příkladu.

Další zásadou léčby je přísně regulovaná, pravidelná, fyzická práce, co nejvíce pod širým nebem, v zahradě, v lese, na poli. V zimě a za nepohody práce v dílnách (práce se dřevem, včelíny, hračky, atd.). Výroba uměleckých předmětů, kterou Konařík spustil ve druhém roce působení v Kunčičích. Třetím principem je zvedání pokleslé vůle, výchova pokleslého charakteru a to mravním a náboženským působením, přednáškami o alkoholismu a o zdravotnictví, výběrem vhodné četby. Vše je svěřeno řediteli ústavu, jenž musí všechn svůj čas věnovat ústavu, proto nesmí mít žádné vedlejší zaměstnání (Konařík, 1910).

Apolinář

Léčebné principy

Po dobu léčby úplná abstinence, kromě aktivit při farmakologické léčbě.

Farmakologická léčba: vitamínové injekce pro zlepšení fyzického stavu orgánů, postupně emetin vyvolávající zvracení – vypěstování podmíněné reakce, antabus, apomorfin.

Psychoterapie:

- individuální hovory s lékařem,
- přednášky spojené s alkoholismem,
- vedení deníků pacienta,
- zájmové kroužky,
- kulturní vyžití,
- podílení se na provozu záchytné stanice.

Tělovýchova: ranní rozcvičky, odpolední tělocvik.

Spoluspráva: schůze světnic a důvěrníků, ranní hlášení, páteční vizita a ukončení soutěže.

Pracovní terapie: začíná se na 20 hodinách, následně se prodlužuje 34

hodin týdně.

Čistota a úklid ubikací (Skála, 1957).

Srovnání

Použité metody léčby se v obou léčebnách shodují v oblastech: v absolutní abstinenci, pracovní terapii, přednáškové aktivitě, duchovním působení. Pracovní terapie má pro Konaříka velký význam i z praktických důvodů zabezpečení chodu léčebny. Rozcházejí se v psychoterapii, kterou Konařík v pravém slova smyslu neprovádí a hlavně ve farmakoterapii, kterou Konařík nedoporučuje a nepraktikuje. Naopak Skála využívá nových objevů a začíná s léčbou emetinem.

Velké Kunčice

Léčebný řád

Všichni chovanci a zřízcenci ústavu jsou pod přísným dozorem řídicího lékaře, pokud se týče správce jako jeho zástupce, a jsou všichni jeho nařízení se podrobiti.

Každý chovanec je povinen přijmout ochotně práci, kterou mu ve shodě s řídicím lékařem určí správce nebo s dorozuměním tohoto hospodář nebo zahradník.

Prosby a stížnosti mají se přednášeti řídicímu lékaři nebo v nepřítomnosti jeho správci jako zástupci jeho v místnosti k tomu určené; při stole a při práci nemá se o nich mluvit.

Kouření omezeno je na nejmenší míru, a sice v kuřelně, v zahradě a nikdy však přímo v léčebně.

Prvního čtvrt roku nesmí chovanec

Apolinář

Léčebný řád

Klient má nárok na zcela bezvadné lékařské vyšetření, vhodnou léčbu, dobré ubytování, přiměřené stavování, vlídné zacházení bez výčitek, co bylo dříve, atd. Vyžaduje se od něj mnoho povinností, které musí splnit.

Jsou-li nějaké problémy, potřeba s něčím se svěřit, ať si každý rozmyslí, zda si v té chvíli vybere některého, jak se tak často stává, nebo zda se obrátí na ošetřovatele, soc. pracovníci nebo lékaře. Nováčka ubezpečíme, že všichni chápeme jeho potřebu sympatií, že však sympatie spolupacienta jsou provázeny jen pochopením člověka, který byl ve stejných těžkostech jako on sám, z nichž si však také neuměl pomoci. Sympatie ošetřujících jsou naproti tomu provázeny zkušenostmi, získanými u mnoha

volně z ústavu vycházeti, potom jen s dovolením řídicího lékaře. Výlety do okolí konají se společně, nebo ve skupinách se správcem. 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. Posílání nebo donášení 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.

Dopisy, balíky a knihy chovancům došlé podléhají kontrole řídicím lékařem, neb správcem v zastoupení jeho.

Dáti si zasílání noviny do léčebny zpravidla se nedovoluje, poněvadž je zde postaráno sdostatek o časovou četbu. Vymínkou dává svolení řídicí lékař aneb v zastoupení jeho správce.

Každý chovanec použije lázeň aspoň jednou za týden, sprchy smí použít denně. Chovanci nesmějí míti u sebe ani peněz, ani jiných cenných věcí. Vše

podobných pacientů, léčených již dříve na oddělení. Tyto zkušenosti pak také umožňují správnější, třeba méně příjemný, ale již léčebně zaměřený pohovor a opravdovou pomoc. Řekne-li to však lékaři, toto svěřením již zapadá do celé léčby, která pak na základě jeho sdělení může teprve být upravena individuálně a co nejúčinněji. Klienti nesmí pěstovat falešnou solidaritu na oddělení, která zakrývá a zamlčuje přestupky jiných před lékaři, tak jak tomu bývá ve škole, na vojně apod. Zdůrazňujeme, že nežádáme, aby donášeli, ale aby především působili buď jako jednotlivci nebo celý kolektiv na provinilce. Teprve když provinilec odmítne ohlásit svůj přestupek, je povinností každého oznámit to celému kolektivu na světlici, předsedovy spolusprávy, ošetřovateli nebo lékaři.

Klient je poučen o tom, aby vycházel pokud možno dobře se všemi pacienty, a to i s těmi, kteří jsou mu méně sympatičtí, protože i oni sem přišli hledat pomoc a zaslouží si v tomto smyslu respektování.

Dále na jejich pracoviště bude poslán dotazník o jejich pracovním zařazení, pracovní výkonnosti, absenci atd., a že pochopitelně mezi několika dotazy je i

to uloží při svém vstupu do léčebny k uschování

u správce na písemné potvrzení.

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

Sváry, neslušné výrazy, národnostní, náboženské a politické třenice, zdržování v práci, svádění, posměšné poznámky

proti domácímu řádu a pod. se zakazují.

Neděle je určena k službám Božím, četbě, korespondenci, hrám a výletům (Konařík & Vrtal, 1911d)

otázky, zda pro pití nezanedbával práci.

Druhý dotazník, o němž soc. pracovnice pacienty informuje, je poslán blízkému členu rodiny, kterého nemocný označí, tedy nejčastěji manželce. Tento dotazník je dosti podrobný. Dále jsou pacienti ujištěni, že tím je vyčerpána veškerá korespondence, kterou o nich oddělení vede. Jen při skončení léčebného pobytu je poslána krátká lékařská zpráva příslušné poradně nebo ošetřujícímu lékaři. Sociální pracovnice vyzve také nemocné, aby sdělili event. svoje těžkosti v zaměstnání a v rodině, aby se jejich problémy mohly řešit hned za začátku. Význam pro ně má i upozornění, aby si cenné věci a větší částky peněz uschovali v pokladně odkud si je mohou po malých částech vyzdvihovat. Vycházky jsou povoleny až po 6 týdnech. Kouření je povoleno pouze u ohniště na zahradě. Návštěvy jsou povoleny, ale nesmějí nic donášet. (Skála, 1957)

Srovnání

V praktickém přístupu jsou léčebné řady podobné, odpovídají době, ve které je zařízení otevřeno. Návštěvy, balíky, pošta, kouření, mytí, apod. jsou jasně vymezeny a obsahují podmínky, které by mohly znesnadnit průběh léčby. Konařík se zaměřuje hlavně na to, aby se klienti chovali řádně, aby dodržovali slušný přístup, neničili věci, nenadávali si apod. Ve Skálově přístupu je pak zahrnuto i chování klientů v psychoterapeutické rovině – falešná solidarita, dotazníky v rozvinutější formě – do zaměstnání.

Velké Kunčice

Režim dne

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. Práce v dílnách netrvá déle než 8 hodin denně. Práce v zahradě, lese, na poli, zvláště v době pilně sklizni muže déle potrvati. Přes den se pobyt ve spárnách chovancům nedovoluje. Též přístup do kuchyně je nezaměstnaným zakázán. 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. Večeře je o 7. hodině. Po večeři nastává volná zábava, četba, hry, hudba, zpěv apod. 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 (Konařík & Vrtal, 1911d).

Apolinář

Režim dne

5,45 budíček, 6,00 rozcvička a po ní pomalý běh na zahradě cca 500-900 m, osobní hygiena, úklid, 7,10 snídaně. 7,30 Ranní schůzka komunity. 8,00-9,30 první pracovní blok, 10,00-11,30 druhý pracovní blok nebo vyšetření, laboratorní, somatické, psychologické nebo biologická léčba. Následuje oběd, odpolední program začíná ve 13,00 hod. a střídá se skupinová psychoterapie, přednáška s diskusí, elaborát, pohybové aktivity na zahradě nebo v tělocvičně, volná tribuna, přezkoušení ze studia, úklid, vyhodnocení soutěže, běh na zahradě, návštěvy o víkendu. Večerní program probíhal obvykle od 17,30-18,00 hod. a opět to byly aktivity psaní elaborátu, deníku, rozcvičky, socioterapeutický klub, kulturní hodinka, divadlo (od 7. týdne). 21,45 je klid na lůžku a ve 22,00 hod. zhášení a noční klid (Skála, 1987)

Srovnání

Denní program v obou zařízeních byl zaměřen na využití každé chvíle k řízené činnosti, a to společné. Jsou oba zaměřeny na disciplínu a regulaci odpočinku a lenošení. V obou zařízeních je věnováno málo prostoru, kdy pacienti mají prostor „myslet na napití“. Nicméně v Apolináři je řád propracovanější a více je zde prostor pro psaní a přemýšlení nad životem s alkoholem a bez alkoholu. Zase je nutné uvědomit si dobu a vývoj společnosti.

Velké Kunčice

Bodování

Veškeré přestupky trestají se důtkou, odepřením vycházek a odloučením od ostatních na nějakou dobu, konečně i vyloučením chovance z ústavu pro hrubé porušování tohoto řádu (Konařík & Vrtal, 1911d).

Apolinář

Bodování

Nejdříve se započalo s bodováním práce a pořádku. V průběhu času byly do bodování zahrnovány další a další body léčebného programu např. psaní deníku, psaní elaborátu ze skupin a přednášek, kulturní soutěže, plnění funkcí (důvěrník, nákupčí, apod.) Kolektivní vina při selhání jednotlivce je velmi zdůrazňována. Body jsou udělovány kladné a záporné. Odměnou nebo trestem byla regulace či odnětí vycházky. Také se používalo samostatné světnice (Skála, 1997).

Srovnání

Podle Skály bodovací systém usměrňuje negativní energii, odměňuje, trestá, gratifikuje, frustruje, aktivizuje, staví před konflikty a nutí k jejich řešení. Trestem je regulace či odnětí vycházky. Konařík nemá systém takto propracovaný ani to bodovacím systémem nenazývá, přesto lze z řádu a aplikace jeho nařízení vyčíst, že používá stejnou restrikcí.

Velké Kunčice

Úloha lékaře

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 abstinents.

Přijímá chovance na základě lékařského vysvědčení jejich po vyjednání materiálních podmínek přijetí mezi správcem a jimi, pokud se tyče jejich zástupců. Po přijetí do ústavu sám ještě jednou podrobí chovance důkladné prohlídce lékařské. O chovancích vede řídící lékař ústavu stálé záznamy obsahující data osobnostní, diagnosu, způsob zavedeného léčení a docílený výsledek. Na základě těchto dat podává výroční zprávy c. k. okresnímu hejtmanství. Při nahodile vypuknuvši chorobě u chovance má dbáti, aby i u léků pro onemocnělého chovance obešel se bez příměsí alkoholových. Musí od počátku vštěpovat každému chovanci, že jen úplná doživotní abstinence může jej zachrániti před

Apolinář

Úloha lékaře

Lékař uvádí klienta do pobytu. Provádí psychiatrické a somatické vyšetření. Vyšetřuje jeho zdravotní stav, odebírá biologický materiál, podává mu farmakologickou léčbu a je u ní přítomen. Provádí psychoterapii skupinovou i individuální účastní se spolusprávy, přednáškové činnosti, sportovní terapie. Zodpovídá za dokumentaci, kterou vede společně s dalšími určenými pracovníky. Dále zodpovídá za chod celého oddělení, za zajištění zdrojů jak materiálních tak lidských (Skála, 1987).

novým pádem. Studuje stále nové poznatky o alkoholismu a jeho léčení a udržuje styk s některými cizozemskými léčebnami. Ustanovuje administrativu ústavu jakost a množství stravy pro jednotlivé chovance, jakož i druh a dobu práce tělesné. Musí zachovávat jména chovanců a událostí ústavu v tajnosti (Konařík & Vrtal, 1911d)..

Srovnání

Nároky na řídicího lékaře mají stejnou podstatu v obou léčebnách – odborník, abstinents, který zodpovídá za zdraví klienta a jeho léčbu. Rozdíl je v tom, že Apolinář lékař i řídí, přestože se jedná o oddělení a má nad sebou další nadřízené, je Skála ten, který musí prosazovat všechny požadavky zařízení. Ve Velkých Kunčicích je tato zodpovědnost rozdělena mezi lékaře a správce.

Velké Kunčice

Personální obsazení

Léčebna disponovala 20 lůžky a měla: přímo v léčebně:

- správce,
- hospodáře,
- hospodyně,
- zahradníka,
- následně přibývá vedoucí umělecké činnosti,
- a dva lékaře mimo.

Základním požadavkem na personál je, že všichni musí být abstinenti, kromě

Apolinář

Personální obsazení

Na začátku byl Skála sám jako odborný pracovník, s ním pracovalo pět ošetřovatelů, dva medici, později i sociální pracovníci. Postupně přicházeli další odborní pracovníci. Oddělení má postupně až 43 lůžek s tímto kádrovým vybavením:

- 2 lékaře (včetně záchranné stanice a laboratoře pro určování hladiny alkoholu v krvi),
- 1 psycholog,

lékařů, kde jsou abstinenti, ale preferováni.
„Vedoucím lékařem byl jmenován obvodní lékař z Frenštátu pod Radhoštěm MUDr. František Formánek se stanovenou dojezdovou lhůtou 15 minut“ (Šejvl & Miovský, 2017).

- 1 sociální pracovnice,
- ½ pracovního terapeuta,
- 1 vrchní a inventární ošetřovatel,
- 1 ošetřovatel pro terapii,
- 3 ošetřovatelé pro dopolední a odpolední službu.

Skála nejprve nevyžadoval abstinenci u personálu, nicméně se neosvědčilo, když ošetřovatelé konzumovali alkohol. Dokonce i on sám nebyl abstinents zpočátku. Následně sám uznal, že je nutné jít příkladem (Skála, 1987).

Srovnání

Personální obsazení obou léčeben se vyvíjelo s dobou a potřebami každé léčebny. Co je podstatné, že Konařík si uvědomoval riziko spojené s konzumováním alkoholu personálem hned na počátku a zahrnul jej do pravidel. Skála zřejmě zpočátku tento aspekt podcenil nebo byl spojen s tím, jaký personál měl momentálně k dispozici. Nicméně postupem času se také dopracoval k tomu, že je nutné jít příkladem, tudíž personál musí abstinovat a také on s tím začal.

Velké Kunčice

Strava a nápoje

Jednoduchá, ale vydatná a výživná. Ráno káva nebo mléko s černým domácím chlebem. V poledne polévka, 250 g masa, zelenina, moučník, ovoce. Na svačinu sklenice mléka nebo kávy s chlebem. Na večeri polévka, zelenina, sýr, máslo, mléko, kaše, chléb, někdy též maso. Dva nebo tři dny týdně úplně bez masa. Přípustné bylo, aby se na útraty

Apolinář

Strava a nápoje

Také Skála je přesvědčen, že strava musí být výživná, považoval za důležité jíst maso. V léčebně byla nastavena správná životospráva s ohledem na stav a zdravotní potíže pacientů, tzn. dietní opatření se přizpůsobovala (Skála, 1997).

chovanců přilepšovalo na jídle, másle, cukru, atp. Za nápoje sloužila voda, kyselé mléko a „líhuprosté šťávy“ (Konařík & Vrtal, 1911d).

Srovnání

Obě léčebny kladly důraz na řádnou výživu pacientů, a to z toho důvodu, že pacienti měli v důsledku pití alkoholu mnoho zdravotních problémů, které ale také souvisely s nedostatkem výživy způsobené přímo pijáctvím. Řádnou životosprávu oba lékaři považovali za součást léčení. Strava byla přizpůsobena dané době a zvyklostem.

Velké Kunčice

Obsluha

Každý pacient se o čištění šatů a obuvi staral sám. Za mírný poplatek toto čištění obstaral domácí sluha. Na žádost a útraty pacientů přicházel holič z Frenštátu jednou týdně. Prádlo si mohl pacient posílat poštou domů, jinak se čištění obstaralo za mírný příplatek v léčebně. I správa obuvi a šatů se děla na útraty pacientů. Do ústavu si pacienti měli přinést alespoň 6 denních, 3 noční košile, 3 páry spodků, 8 – 10 párů ponožek, 8 – 10 kapesníků, 4 ručníky, 3 kravaty, 6 límců, šaty do práce, šaty nedělní, kartáč, hřeben, kartáček na zuby, mýdlo. (Konařík & Vrtal, 1911d)

Srovnání

Obsluha je podle Konaříka podrobně nadefinována, co má klient dělat, aby měl dostatek oblečení, jak může mít upravené vlasy, jak si nechat vyprat prádlo. Skála používá tuto činnost v rámci údržby prádla jako součást bodovacího systému, kdy jsou

Apolinář

Obsluha

Každý pacient se stará o sebe sám v rámci osobní hygieny. Péče o prádlo je prováděna v prádelně. Pacienti se ale starají o odnášení špinavého prádla do prádelny nebo si sami perou. V rámci bodovacího systému jsou zde určeny osoby – služba na prádlo, služba pračka.

zapojen klienti sami.

Velké Kunčice

Umístění léčebny

Statek Parmovice býval původně zájezdním hostincem, nový majitel zde choval koně, zřídil zde hostinec „U Zlaté hvězdy“. Součástí nemovitosti byly i sousední rozsáhlé pozemky – lesy, louky, pole a zahrady a to v celkové rozloze cca 42 hektarů. Blízko pozemku je tedy příroda, dostatečné zdroje vody, silnice spojující léčebnu s městem a železniční stanici (Šejvl & Miovský, 2017)

Srovnání

Konařík viděl přínos v přírodě nejen z důvodu pracovní terapie venku a tím v zabezpečení léčebny v její soběstačnosti, ale i v tom, že příroda, pohyb venku ne vzduchu blahodárně působil na zdraví klientů, toto zdůrazňoval i Skála a práci na sanaci venkovního prostoru Apolináře považoval za velmi dobrou terapii.

Apolinář

Umístění léčebny

Budova je umístěna v blízkosti psychiatrické léčebny, má 4 patra, je obklopena zahradou, na které se pracuje a cvičí, běhá. Dopravní obslužnost dobrá. V apolinářské zahradě se časem podařilo vybudovat celý sportovní areál. Pacienti běhali přímo v členitém terénu apolinářské zahrady (Skála, 1957)

5 DISKUZE

Obsahem analýzy jsou v cílech vybrané součásti léčebného přístupu obou léčebných ústavních zařízení, které se daly identifikovat, i přes to, že nejsou takto explicitně v dokumentech nazvány. Nicméně daly se podle určitých znaků takto klasifikovat.

Jedná se o tyto části:

- Přijetí do léčebny: obě specificky zaměřené institucionální léčebny jsou postaveny na principu otevřených dveří (open door systém vycházející z přístupu aplikovaném od r. 1888 v Ellikonu a od r. 1890 v EólsHall) a mají přibližně obdobný postup, když klienta přijímají.
- Léčebné principy: obě léčebny se zabývají léčbou komplexně: obnova fyzického zdraví a duševního zdraví, obnovení pracovních návyků, re-socializace.
- Léčebný řád: obě léčebny mají nastavený podrobný léčebný řád, aby klienti, ale i personál věděli, jaká pravidla se mají dodržovat.
- Režim dne: obě léčebny mají podrobně nastavený rozvrh dne od rána až do večera, aby všechny činnosti na sebe navazovaly a aby neměl klient moc času přemýšlet nad pitím.
- Bodování: obě léčebny mají nastaveny sankce za nedodržování léčebného řádu a režimu dne.
- Úloha lékaře: obě léčebny ji považují za velmi důležitou, rozlišují typ přístupu, trvají na znalostech o léčbě alkoholismu, na sebevzdělávání v odborné oblasti a na důslednosti, také na abstinenci.
- Personální obsazení: obě léčebny dbají na kvalitu personálu, obě definují každou funkci a obě kladou důraz na abstinenci pracovníků.
- Strava: obě léčebny se věnují výživě pacientů, považují ji za důležitou zejména ve vztahu k nemocem způsobeným alkoholismem.
- Obsluha: obě léčebny se zabývají čistotou, upraveností, úklidem, vše je řádně předepsáno a zajišťováno.
- Umístění léčebny: je považováno oběma představiteli za velmi důležité, oba upřednostňují samostatný objekt zasazený v přírodě, upravený interiér, upravený exteriér a možnost práce v okolí.

Je nutné vzít v potaz, že tato analýza se zaměřuje na oblasti, které jsou v obou léčebnách aplikovány. Skála má systém u Apolináře více propracovaný, ale z analýzy to nemusí být zcela zřejmé, protože je právě zaměřena na to, co by mohly mít obě léčebny společné. Není záměrem kvantifikovat všechny parametry léčebného přístupu u Apolináře.

V rámci interpretace výsledků komparační analýzy je nutné nejprve zohlednit několik aspektů, které ovlivňují zkoumané léčebné přístupy a které je nutné mít na zřeteli.

Ředitelem léčebny Velké Kunčice je kněz a má v týmu lékaře. Vedoucím Apolináře je lékař. Přístup k pacientovi je z tohoto hlediska jiný. To je také jedním z faktorů, že je Skála zpočátku zaměřen na medicínsky behaviorální aspekt závislosti a Konařík nikoliv, že Skála je nadšen zpočátku z vědeckých objevů v rámci farmakoterapie, zejména léčbou emetinem. I v průběhu let to zdůrazňuje např. v rozhovorech. V následujících letech sám ale uznává, že je důležitější psychoterapie než farmakoterapeutická léčba, sám se psychoterapii intenzivně věnoval.

Rozdílné historické události doby ovlivňují také léčebné přístupy obou aktérů. Léta 1911-1915 jsou těsně před začátkem I. světové války, křesťanství, víra v Boha je přirozenou součástí společenského a osobního života. Naopak vznik Apolináře je v poválečném období následujícím po II. světové válce, nástup dalšího totalitního režimu s komunistickou vládou v čele, i když je pamětníky uváděno, že Apolinář příliš pod vlivem nebyl, přesto dopad na spirituální stránku léčby určitě musel být (Skála, 1997). „V praxi to znamenalo nemožnost oficiální, otevřené činnosti Anonymních Alkoholiků v Československu, a to až do sametové revoluce v r. 1989“ (Miovský

Výroba uměleckých předmětů, kterou spustil Konařík ve druhém roce působení ve Velkých Kunčicích, pod dohledem odborného pracovníka, čtyřicetiletého výtvarného umělce Ferdiše Duši, by odpovídala dnešní arteterapii. V nácviu dovedností v dalších dílnách, košíkářské a keramické, lze spatřovat počátky ergoterapie. Stejně tak Skála využíval těchto metod prostřednictvím zájmových, kulturních a výtvarných kroužků.

Rozhovory lékaře a správce s chovanci pak mohou odpovídat pojetí individuální psychoterapie, ale to už je prostor pro podrobnější analýzu.

Dalším aspektem, kterým je nutné se zabývat, je, že oba představitelé hledali inspiraci a byli inspirováni v zahraničí. Uvědomovali si, že jde o praktické příklady nejen publikační, ale i reálná zařízení. Konařík byl inspirován léčebnami švýcarským Ellikonem a švédským Eolshälllem. První Skálův podnět k realizaci Apolináře a zaměření se na alkoholismus proběhl na konferenci v Bruselu, pak objevil informace z USA o hnutí Anonymních alkoholiků a o averzivní léčbě emetinem a dále se zahraničí věnoval celý svůj život, stejně jako Konařík.

Lze se zamyslet i nad tím, že oba představitelé jsou si podobní v mnoha aspektech: životní aktivita, kladný vztah k přírodě, pohybu, vzdělání. Jejich cílení na „nepopulární skupinu obyvatel“. Konařík je více tolerantní k recidivujícím pacientům než Skála. Také je odlišují zejména aspekty, které poskytuje doba a její možnosti.

6 ZÁVĚR

Principy, na kterých vystavěl Konařík svoji první léčebnu, byly ve své době velmi progresivní. Uvědomoval si, že ústavní léčba je budoucnost, jak se částečně vypořádat s alkoholismem. Osvěta spojená s alkoholismem jako nemocí celkovou, založením léčebny, prezentací probíhající léčby, dále její rozvíjení to všechno bylo základem pro budoucnost, tzn. i pro Apolinář a Skálu. Mnohé přístupy, principy, metody, aktivity se shodují a postupem času rozvíjejí. Je tedy vidět, že Skála měl na co navázat i co použít.

Ve vývoji léčby v Apolináři je zřetelný návrat k duševnímu a duchovnímu rozměru léčby, se kterou Konařík začínal, už jen tím, že bylo upuštěno od poměrně drastické farmakologické léčby emetinem a Antabusem a následně došlo k příklonu k psychoterapii až po moderní pojetí v rámci bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu závislosti a s tím spojenou léčbou.

Vývoj léčebných přístupů v Apolináři lze lépe doložit již z toho důvodu, že oddělení bylo založeno 1948 a přetrvalo dodnes. U Velkých Kunčic se jedná o „pouhé“ čtyři roky, můžeme však přihlídnout k následné práci B. Konaříka – působení v léčebně v Tuchlově. Výstupy z provedené analýzy ukazují, že rozvoj původních Konaříkových léčebných přístupů, které byly postupně aplikovány během následujících let, vede až k současnému stavu. Z tohoto hlediska lze konstatovat, že má stále co říct. Skálův přístup je obohacen o další aspekty související s modernizací, nicméně základní prvky jsou stále stejné.

Na základě porovnání skutečností vztahujících se k oběma léčebnám v rozsahu této bakalářské práce je vidět, že léčebné přístupy obou léčeben mají mnoho styčných ploch a protože jsou v čase umístěny za sebou, lze se domnívat, že jejich vývoj na sebe navazuje. Můžeme se také domnívat, že Skála na Konaříka navazuje a čerpá z něj, protože se o něm několikrát zmiňuje ve svých publikacích, tzn., že zná aplikace Konaříka, jeho práci a její aspekty. Nikde jsem zatím doposud nenašla, že by to Skála přímo sám někde zmínil nebo publikoval onu návaznost. Nicméně tento výzkum nemusí být ukončen v tomto stádiu.

7 SEZNAM LITERATURY

- Folprecht, J. (1993). *Lázně Skalka: Pohled do historie obcí Čeladné a Kunčic pod Ondřejníkem*. Frýdek-Místek: Jan Folprecht.
- Hart, P., & Hartlová, H. (2000). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Kalina, K. et al. (2001). *Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2003a). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2003b). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. et al. (2007). *Zaostřeno na drogy 1*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Klimentová, E., & Kliment, P. (2002). *Sociální deviace: studijní texty pro distanční studium*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Miovský, M., Popov, P., Šejvl, J. (2018). *Klinika adiktologie „U Apolináře“ v perspektivě 70letého vývoje*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN.
- Konařík, B. (n.d.). *Čtyři lidové přednášky proti alkoholismu*. Křížový spolek ve Velkých Kunčicích pod Radhoštěm.
- Konařík, B. (1908). *Léčebna pro alkoholiky*. Prostějov: Václav Horák.
- Konařík, B. (1909). *Bude Ellikon též na Moravě?* Brno – Zdravotnické rozhledy: Jos. Schmidt.
- 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. (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., (1922). *Hospic u zlaté hvězdy*. Olomouc: Eva.

- Konařík, B. (1934). *Léčení alkoholismu v cizině a u nás*. Praha: Československý abstinenci svaz.
- Linhart, J., Petrušek, M., Vodáková, A., Maříková, H. (1996). *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Vyd. 4. Praha: Portál. NIDA. (2008).
- Popov, P. (2003). *Závislost na alkoholu*. Psychiatr. pro Praxi, 2003; 1: 29-32
- Popov, P. (2007). Jaroslav Skála dokončil maraton. Dostupné z https://www.lidovky.cz/noviny/jaroslav-skala-dokoncil-maraton.A071129_000044_In_noviny_sko?klic=222676&mes=071129_0, citováno 6. 8. 2018.
- Popov, P. & Miovský, M. (2013). *Editorial*. Adiktologie, 13 (3–4), 188–189
- Skála, J. (1957). *Alkoholismus: terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum.
- Skála, J. (1997). *Lékařův maraton*. Praha: Český spisovatel.
- Sournia, J. CH. (1999). *Dějiny pijáctví*. Praha: Garamond s.r.o.
- 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.
- Šejvl, J. (2017). *Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík*. Adiktologie, 17(3), 173–176.
- Šimsa, J., Barth, J., Bruckner, J., Cmunt, E., Domin, K., Chvojka, A. et al. (1923). *Přírodní léčba a domácí lékař– 2. díl*. Praha: Nakladatelství F. Strnadel a spol.
- Urban, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.
- Šrubař, Z. (2000). Tomáš Garrigue Masaryk a naše obec. Příloha Obecních novin.
- Vondráček, V. (1935). *Farmakologie duše*. Praha: Mladá generace při Ú. J. ČS. L.

8 SEZNAM PŘÍLOH

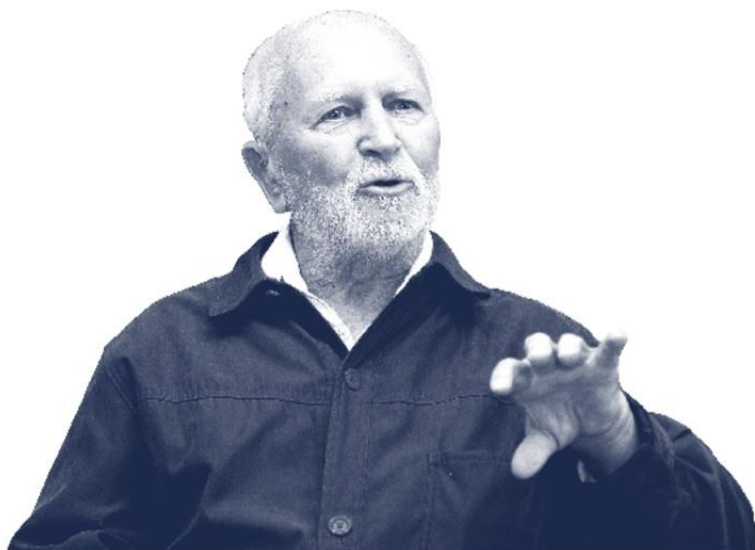
Příloha č. 1 Fotografie hlavních představitelů a léčeben

Příloha č. 1 Fotografie hlavních představitelů a léčeben



Obrázek 1: P. Bedřich Konařík

(Šejvl, 2017)

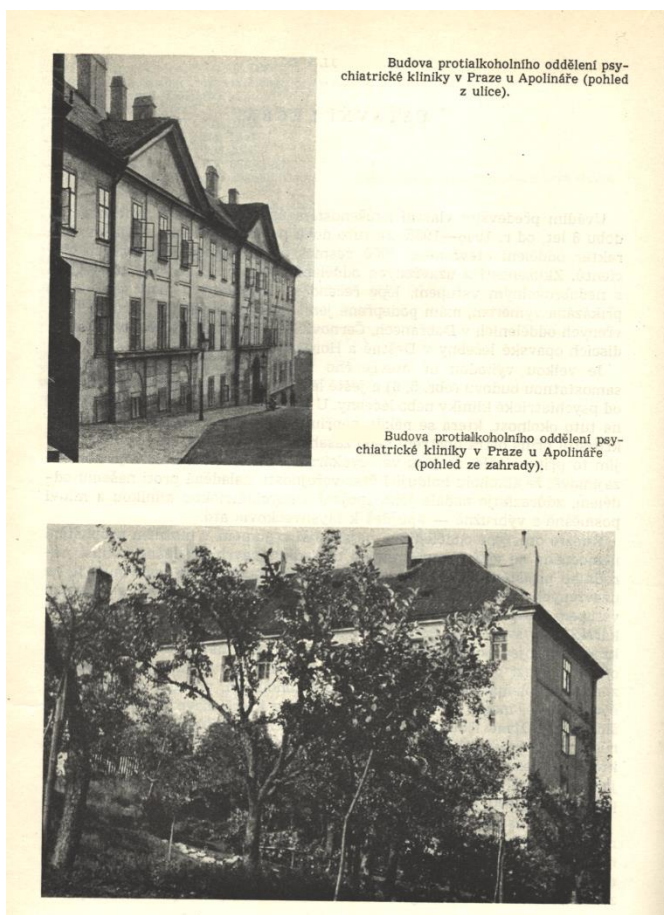


Obrázek 2: Doc. MUDr. Jaroslav Skála

(Kalina et al., 2007)



**Obrázek 3: Léčebna Křížového spolku Velké Kunčice pod Radhoštěm
(Folprecht, 1993)**



**Obrázek 4 Apolinář
(Skála, 1957)**