

The Beginnings of the Institutional Treatment of Alcohol Dependence on Czech Territory in the Early 20th Century in the Context of Public Health



ŠEJVL, J., BARTÁK, M.

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

Citation: Šejvl, J. Barták, M. (2017). Počátky ústavní léčby závislosti na alkoholu v českých zemích počátku 20. století v kontextu veřejného zdravotnictví. *Adiktologie*, 17(4), 272–280.

BACKGROUND: *The institutional treatment of alcohol dependence in the Czech Lands at the beginning of the 20th century reflected similar abstinence-oriented therapeutic interventions which were applied abroad at the same time. The approach, which aimed at establishing and developing such therapeutic facilities in this country, was motivated not only by caring for people with dependence issues but also by the effort to educate different target groups about the risks related to alcohol.* **AIMS:** *To consider the early stages of the institutionalized institutional treatment of alcohol dependence on Czech territory in the context of the determinants of the health of addicted patients at the societal level and to compare the first activities aimed at establishing a therapeutic establishment of this type with the concept of alcohol-specific public health policies.* **METHODS:** *Qualitative analysis was used to collect and evaluate the data, which was compiled according to the time and thematic formulae in the context of the establishment of the first institutionalized treatment facilities and the initial efforts to de-*

scribe the determinants of health in relation to the public health paradigm. **RESULTS:** *While approaches to the treatment of alcohol dependence and the teetotal movement in the Czech Lands did not explicitly exhibit the characteristics of public health interventions as described in the public health literature of the 19th and early 20th centuries, the practical approach to this issue and measures proposed to address various problems corresponded with the basic notions of what we understand today as public health interventions in the field of the prevention and treatment of alcohol dependence.* **CONCLUSIONS:** *At the beginning of the 20th century, the teetotal movement in this country promoted a pragmatic approach focused on alcohol-related preventive activities such as the reduction of the availability of alcohol and treatment programmes involving both abstinence-oriented approaches and follow-up recovery. Thanks to the people who advocated them, these approaches can be considered alcohol-specific public health interventions as we understand them today.*

KEY WORDS: ALCOHOL – HISTORY OF TREATMENT – PUBLIC HEALTH – KONAŘÍK – ALCOHOL ADDICTION

Submitted: 2 / OCTOBER / 2017

Accepted: 17 / OCTOBER / 2017

Grant support: Institutional support was provided by Charles University, the Progres No. Q06/LF1 programme, and by the Ministry of Health of the Czech Republic, Grant No. NDP-655-71397.

Address for correspondence: Jaroslav Šejvl / jaroslav.sejvl@lf1.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

Počátky ústavní léčby závislosti na alkoholu v českých zemích počátku 20. století v kontextu veřejného zdravotnictví



ŠEJVL, J., BARTÁK, M.

Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze

Citace: Šejvl, J. Barták, M. (2017). Počátky ústavní léčby závislosti na alkoholu v českých zemích počátku 20. století v kontextu veřejného zdravotnictví. *Adiktologie*, 17(4), 272–280.

VÝCHODISKA: Institucionální ústavní léčba závislosti na alkoholu od počátku 20. století na našem území reflektovala obdobně orientované léčebné intervence aplikované v té době v zahraničí. Přístup zaměřený na vznik a vývoj takových léčebných zařízení na našem území byl motivován nejen péčí o závislé, ale i snahou edukace o rizikovosti alkoholu směrem k různým skupinám. **CÍLE:** Reflektovat počátky institucionalizované ústavní léčby závislosti na alkoholu na našem území v kontextu determinant zdraví u závislých pacientů na celospolečenské úrovni a dále komparovat první aktivity směřující k založení takového léčebného zařízení s pojetím veřejného zdraví v oblasti alkoholu. **METODY:** Byla použita kvalitativní analýza dokumentů, které byly sestaveny podle časového a tematického vzorce v kontextu vzniku prvních institucionalizovaných léčebných zařízení a počátků deskripce determinantů

zdraví ve vztahu k paradigmatu veřejného zdravotnictví.

VÝSLEDKY: Přístup klíčových osobností k léčbě závislosti na alkoholu a abstinenci hnutí nevykazuje explicitně znaky veřejnozdravotních intervencí tak, jak jsou popisovány v tehdejší literatuře, ale praktický přístup k této problematice s návrhy opatření a řešení různých otázek naplňuje svým obsahovým pojetím dnešní chápání veřejnozdravotních intervencí v oblasti prevence a léčby závislosti na alkoholu. **ZÁVĚR:** Na počátku 20. století abstinenci hnutí na našem území prosazovalo pragmatický přístup, zaměřený na preventivní aktivity spojené s alkoholem – snížení dostupnosti alkoholu a léčebné programy orientované nejen na abstinenci pojetí léčby, ale i následnou udržovací abstinenci. Díky osobnostem, které tento přístup prosazovaly, považujeme jejich přístup za veřejnozdravotní intervence tak, jak je chápeme v dnešním pojetí.

KLÍČOVÁ SLOVA: ALKOHOL – HISTORIE LÉČBY – VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ – KONAŘÍK – ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Došlo do redakce: 2 / ŘÍJEN / 2017

Přijato k tisku: 17 / ŘÍJEN / 2017

Grantová podpora: Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a projektem Ministerstva zdravotnictví ČR: Příprava a spuštění veřejnozdravotního centra se zaměřením na alkohol, NDP-655-71397.

Korespondenční adresa: Mgr. Jaroslav Šejvl / jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz / Klinika adiktologie 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 SPOLEČENSKÉ PODMÍNKY ZÁJMU O LÉČBU ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU NA PŘELOMU 19. A 20. STOLETÍ

„Alkohol jest olej pro lampu chudých duchem; čím méně má někdo spirititu, tím více se snaží dolévatí spiritusu“ (Barth, 1913, p. 21).

Problematika nadměrného užívání alkoholu se na konci 19. a počátku 20. století dostává do popředí zájmu nejen lékařských kruhů, ale rovněž širší odborné a laické veřejnosti. První systematické písemné zmínky o užívání alkoholu, zejména se zaměřením na rizika „pítí kořalky“, se v naší literatuře objevují počátkem 19. století (Šejvl & Miovský, 2017, p. 136). Teprve druhá polovina 19. století a první dekáda 20. století znamenají vznik a rozvoj specifických léčebných zařízení pro závislé na alkoholu. Institucionalizovaná ústavní zařízení vznikají zejména ve Švýcarsku, Německu a Švédsku. Se vznikem a rozvojem specializovaných ústavních zařízení pro léčbu závislostí na alkoholu jsou pořádány v evropských městech protialkoholní kongresy a vycházejí monografie popisující zkušenosti s jednotlivými léčebnými přístupy. Již na počátku 20. století se v odborné literatuře na našem území objevuje definice alkoholismu a osoby závislé na alkoholu – alkoholika: „Objevila se u něho naprostá slabost vůle, neschopnost odporovati příležitostem, ukázala se choroba se všemi zlými následky – ukázal se alkoholismus. Nešťastník sluje pak lékařským názvem alkoholik“ (Konařík, 1908, p. 2). „Alkoholik je nemocným člověkem a zdraví se o něho musí starati, i když je vyléčen, aby nemoc se nevrátila“ (Konařík, 1909, p. 11). Miovský et al. (2015) zdůrazňují, že z pohledu historického vývoje se péče odehrávala zejména s akcentem na svépomocné skupiny, které zahajují svou činnost od poloviny 19. století.

Room, Babor a Rehm (2005) upozorňují, že alkohol a problémy s ním spojené existovaly již ve starověkém Řecku, Palestině nebo Číně. Také zdůrazňují, že tématu abstinence se dotýkají všechna hlavní světová náboženství. Není bez zajímavosti, že alkohol se – v různé formě – objevuje na mnoha místech i v Bibli; slovo „vinice“ se ve Starém zákoně objevuje 94krát a Novém zákoně 23krát, slovo „víno“ se ve Starém zákoně objevuje 54krát a v Novém zákoně 9krát; „hrozno“ v kontextu alkoholického vína se objevuje ve Starém zákoně 18krát a v Novém zákoně 3krát.

Pozoruhodný je volně převyprávěný příběh z knihy Genesis¹. „Když se Noe chystal založit první vinici, přišel za ním dábel a zeptal se: „Co tu sázíš?“ Noe řekl: „Vinici.“ „A jaké má vlastnosti“, vyzvídal dábel. „Sladké jsou její plody“, vysvětloval Noe, „ať čerstvé nebo sušené, a víno, jež se z nich vyrábí, oblažuje srdce, neboť je psáno: a víno dává radost lidskému srdci člověka“ (srov. Žalm 104:15). Dábel mu řekl: „Pojď, budeme se o vinohrad starat společně!“ „Prosím“, řekl

Noe. Co však učinil dábel? Přivedl jehně a zařízl ho pod vinným keřem, potom přivedl lva a zařízl ho, pak prase a nakonec opici, které také na vinici zařízl! Potom spolu pokropili celý vinohrad krví poražených zvířat, aby se do něj upila, a dábel Noemu vysvětlil: „Napije-li se člověk vína trochu, je prostý, jako nevědoucí jehně, mírný jako ovečka; napije-li se pořádně, je jako lev a domnívá se, že nemá na světě rovného, napije-li se přespříliš, je jako prase a potřísní se. Úplně opilý se podobá opici: vstává, poskakuje, směje se, vede nemístné řeči a vůbec neví, co by ještě udělal.“ I bylo to poučení z Noemova² flámu pro všechny časy (Ravik, 2006, pp. 36–37).

Bible obsahuje jak morální imperativ vztahující se k užívání alkoholu: „A neopíjejte se vínem, což je prostopášnost“ (Ef 5:18), „Hospodin promluvil k Áronovi: „Když budete vcházet do Stanu setkávání, nebudeš ty ani tví synové pít víno ani jiný kvašený nápoj, abyste nezemřeli. To je věčné ustanovení pro všechna vaše pokolení: Rozlišujte mezi svatým a nesvatým a mezi čistým a nečistým a učte syny Izraele všem ustanovením, která jim Hospodin vydal skrze Mojžíše“ (Lv 10: 8 – 11); tak i preventivní přístup: „Té ženě se ukázal Hospodinův anděl a řekl jí: „Hle, byla jsi neplodná a bezdětná, ale počneš a porodíš syna. Proto teď dávej pozor, abys nepila víno ani pivo a nejedla nic nečistého. Hle, počneš a porodíš syna. Jeho hlavy se nesmí dotknout břitva, protože bude už od matčina lůna zasvěcen Bohu jako nazír. On začne zachraňovat Izrael z rukou Fílištínů“ Sd (13:3–5). Zde není bez zajímavosti, že tímto synem byl Samson, jehož životní příběh se zaměřením na sociální exkluzi, problematiku celibátu u katolických kněží a závislost na alkoholu zpracoval Konařík ve svém románu Dalila (Konařík, 1906). Zázrak a mystérium křesťanské církve, jehož součástí je krev – víno, naši společnost provází do dnešních dní³.

Ve státech s protestantskou křesťanskou tradicí bylo zaměření na abstinenci zvláště silné v 19. století, kdy se objevují, mimo jiných tlaků na jednotlivce, také pokusy zavést celonárodní prohibice. Když tyto snahy ztratily na síle, bylo dosaženo nového kompromisu. V alkoholu nebylo dále spatřováno ohrožení pro všechny, ale pouze pro malou subkulturu alkoholiků, v dnešní terminologii osob závislých na alkoholu. V té době se také péče o tyto osoby stává předmětem práce lékařů a úkolem vědy je odhalit podstatu závislosti jako klíče pro léčbu a prevenci (Room, Babor & Rehm 2005, pp. 519–530).

Zakladatel americké psychiatrie Benjamin Rush (viz Rush 1823) byl jedním z prvních, kteří věřili, že alkoholismus není otázkou vlastní vůle, ale je způsoben alkoholem jako takovým. Rush tak zpochybnil v té době rozšířenou představu, že alkoholismus je morální selhání. Zatímco do té doby byla závislost na alkoholu řešena jako kriminální

1/ Při citaci biblických knih jsou standardně použity zkratky těchto vycházející z ekumenického překladu Bible.

2/ Srov. např.: Gn 9:20; Jan 2:3, 9–10.

3/ Mk 2:24–25; Mt 26:26–29.

čin nebo v psychiatrických institucích, Rush přispěl k náhledu na ni jako na nemoc, která může být léčena (souhrnně viz Katcher, 1993). Je známo, že Rush spatřoval problém v tvrdém alkoholu. Pití piva, vína a cideru za problém nepovažoval (Gold & Adamec, 2011).

Cílem předkládaného článku je reflexe uplatnění veřejnozdravotních principů v léčbě závislosti na alkoholu v rámci konstituování prvních ústavních léčebných zařízení s využitím dobových poznatků. Článek nabízí diskusi veřejnozdravotní perspektivy, přehled vzniku prvních zařízení, přístupů k léčebnému procesu a následující péči. Hledáme paralely pro rozvoj veřejnozdravotního přístupu ke studiu, prevenci a léčbě závislosti na alkoholu v současnosti.

● 2 VEŘEJNOZDRAVOTNÍ PERSPEKTIVA

Z dostupných pramenů nelze najít jednoznačné a přímé vztahy mezi zakládáním prvních institucí a veřejným zdravotnictvím, které v té době řešilo primárně problémy, které se týkají infekčních onemocnění. Na druhou stranu jsou zde patrné určité paralely s tehdejšími pojetím těchto oborů. Zcela zásadní je skutečnost, že zakladatelé prvních léčebných zařízení v mnohém anticipovali budoucí vývoj veřejného zdravotnictví a jeho výkladových rámců a přístupů.

Přístupy průkopníků léčby závislých na alkoholu i Konaříka, Šimsy, Kabrhela a Foustky (Miovský et al., 2015) a dalších jsou bezesporu právě veřejnozdravotním přístupem. Paralely mezi přístupem „otců zakladatelů“ (Winslow) a tehdejšími poznáním oboru veřejného zdravotnictví spatřujeme především v populačním přístupu (Konařík, 1908, p. 13, Šimsa, 1923, pp. 1360–1362), zaměření na epidemiologické otázky (Konařík, 1908, p. 11–12) nebo ústavní léčbu (Konařík, 1909, p. 15) a také společenské hodnoty, které v té době zdůrazňoval též obor veřejného zdraví (Winslow, 1920, pp. 23–33; Foerster, 1913, pp. 110–112).

Samostatnou otázkou byla oblast podpory pití alkoholu ze strany politiků a veřejných činitelů. „*Těžko by bylo najít nějakých zásluh naší politiky o hnutí abstinentní, naproti tomu možno jí vytknouti mnoho hříchů proti němu. Stačí-li připomenouti, že u nás „džbánková politika“ jsou slova zcela běžná, stačí připomenouti, jakou úlohu hraje pivo při všech volbách*“ (Schiesl, 1912, p. 33).

Konařík pracoval ve svých spisech a později v praxi s koncepty zdraví a jeho determinant, modelem nízkého práhu, behaviorálními intervencemi a dalšími přístupy, které jsou charakteristické pro veřejné zdraví až v pozdějším období (Detels et al., eds., 2011). Uvědomoval si veřejnozdravotní, tedy celospolečenský rozměr problému alkoholu ve vztahu ke zdraví, snažil se pozitivně působit na determinanty zdraví u pacientů léčebny (Konařík, 1909, p. 4) i na celospolečenské úrovni. Dnes bychom mohli říci, že pro své záměry se snažil mobilizovat veřejně politické aktéry a rozhodovatele (Konařík, 1908, p. 3). Konařík se z dnešního pohledu věnoval spíše vzdělávání ve zdraví a prevenci (mi-

nimálně sekundární a terciární), částečně také podpoře zdraví (Konařík, 1909, p. 12). Volil pro to kreativní přístupy, kdy řadu doporučení neformuloval v odborných textech či sděleních, ale v beletrii.

● 3 VZNIK PRVNÍCH SPECIALIZOVANÝCH LÉČEBEN PRO ZÁVISLOST NA ALKOHOLU V EVROPSKÉM KONTEXTU

V roce 1888 vznikla ve Švýcarsku kolem Dr. Augusta H. Forela⁴ pracovní skupina, jejímž cílem bylo navrhnout vybudování léčebny pro závislé na alkoholu (die Heilanstalt für Alkoholiker). Již v následujícím roce 1889 byla léčebna Ellikon otevřena. Léčebna byla otevřena ve městě Ellikon an der Thur⁵. Na našem území v této době existovalo jediné, byť nespécifické, zařízení, kde bylo možné absolvovat léčbu závislosti na alkoholu, ale dostupnost léčby byla komplikovaná, neboť byla plně hrazena pacienty. Bylo to zařízení MUDr. Jana Šimsy v Krči, které se ale primárně zaměřovalo na nespécifickou léčbu nervových onemocnění.

Existence léčeben typu švýcarského Ellikonu (1889) a švédského Eolshällu (1897) motivovala P. Bedřicha Konaříka, který reprezentoval Křížový spolek pro zřízení a udržování léčebny pro alkoholiky na Moravě, k zahájení činnosti vedoucí k založení obdobné léčebny na Moravě. Léčebný systém a přístup k závislým pacientům byl založen nejen na zásadách humanity, respektu k člověku, ale i na respektu k svobodné vůli přijít se léčit a kdykoli moci léčbu svobodně – bez následků opustit. Hlavní myšlenkou bylo přijetí paradigmatu Rushova pojetí alkoholismu jakožto nemoci: „*Pacient, když je strážliv, slibuje, přísahá, že se polepší, a při první příležitosti klesá zase. Dostavují se výčitky porušeného slibu, přichází stud, bázeň a ubožák, aby to vše otupil a ohlušil, pije dvojnásob. Co s ním? Necháme-li ho, upije se, nebo uvrhne všechny v bídu a neštěstí!*“ (Konařík, 1908, p. 2). V kontextu racionálního popisu situace alkoholika vydává monografii „Bude Ellikon též na Moravě?“, kde se hned v úvodu zamýšlí nad smyslem existence specifického ústavu zaměřeného pouze na léčbu závislosti na alkoholu. Zajímavé je, že v podstatě neuvažuje o možnosti zajištění léčby v případě výskytu duálních diagnóz (srov. Kalina & Vácha, 2013). Při deskripci základních principů, na nichž by léčba závislosti na alkoholu měla být založena, používá obdobná myšlenková schémata, která jsou aktuální i v našem současném adiktologickém přístupu (srovnej Köhlerová & Čablová, 2013; Čablová et al., 2015) – „*po zřízení ústavů, v nichž by chorobná náchylnost k pití, opilství, změnou životasprávy, která je více méně k léčení žádoucí, mohly býti vyléčeny. ... Hlavně by se jednalo o zřízení ústavu pro léčení*

4/ Auguste Henri Forel (1. září 1848 – 27. července 1927) byl švýcarský myrmekolog, neuroanatom, psychiatr a eugenik. Je považován za spoluzakladatele teorie neuronů.

5/ Protialkoholní léčebna je plně funkční do dnešních dnů a je pojmenována po svém „otci“ zakladateli – Forel Klinik, AG.

nemajetných alkoholiků. Kdyby tu ústav byl, došlo by i k normám, jichž by bylo k působnosti jeho třeba“ (Konařík, 1909, p. 2). Problematikou výživy alkoholiků a mizivou výživovou hodnotou piva, které „bylo kdysi vyhlášováno za tekutý chléb“ se zabýval i Šimsa (1923). Pro úplnost uvádíme, že výživová hodnota dnešního světlého piva je přibližně 236,62 kcal na 0,5 litru.⁶

Hlavním cílem Konaříkových monografií bylo, jak to sám definoval: „... vzbudit zájem kompetentních osobností pp. poslanců zemských a říšských, žurnalistiky, a celé veřejnosti pro akci, zahájenou na zbudování a vydržování „léčebny pro alkoholiky“ v lesích blíže Prostějova“ (Konařík, 1908, p. 3). Z tohoto důvodu odkazoval i na principy dobré praxe, na kterých byla a dosud je založena švýcarská léčebna Ellikon a švédská léčebna Eolshäll. Argumentačně byl orientován na racionální přístup k řešení problému alkoholismu: „... čím více se staví vězení, tím více se páše zločinů, čím více blázců, tím více bláznů, a čím bude více léčeben pro alkoholiky, tím více bude alkoholiků. A jaký důsledek by byl této nelogické věty? Nebudeme-li stavěti blázců, budeme méně bláznů, nebudeme-li budovat věznic, bude méně zločinců, nebudeme-li zřizovat léčebny, bude méně alkoholiků ... Jaká to směšnost! Slabí budou vždycky v lidstvu, a těch slabých se musíme a budeme muset vždycky ujímati. Že roste zločinnost, že roste počet choromyslných, že se šíří alkoholismus, to je pravda, kdo by to popíral? Ale šíří se toto zlo proto – že snaží se lidstvo je vyléčit a odstranit? To jistě ne! Příčiny vězí jinde. Rozumí se, že musí lidstvo předejít zločinnosti, vzrůstu choromyslných a alkoholismu, ale kdyby všechny páky nasadilo, všem případům nepředejde, a kterým tedy nepředěšlo, poněvadž vplynuly železnou nutností – ty musí se snažit vyléčit. Společnost musí brániti vzrůstu alkoholismu mravní výchovou domácí, školní, výchovou mládeže, zákony přísnými o výrobě lihovin, spolky střídmosti, školou, kazatelnou, tiskem, – ale všemu alkoholismu přece neubrání, – ten zbytek musí se léčiti v léčebnách. Toť jediné správná logika“ (Konařík, 1909, p. 15–16).

Důsledky alkoholismu nedopadají jen na „píjáka“ samotného, a nekončí ani jeho smrtí, ale ve svých resultujících škodách jimi trpí i celá společnost. Širší vymezení alkoholismu se tedy netýká pouze zdravotní stránky (výdaje zdravotního pojištění, soukromým lékařům, obcím, zemím a státu), ale rovněž sociální (úmrtnost, zvýšený počet choromyslných, trestná činnost, vzrůst onemocnění tuberkulosy a pohlavních nemocí, degenerace potomstva, lhostejnost k pokroku a sociálním reformám) a životní otázky celé společnosti, kdy tato je poškozována mravně (musí se problematikou zabývat filosofové, učitelé, kněží a právníci), hospodářsky (zvýšené výdaje z rozpočtu ministerstva financí), ve svých výživových oblastech a všeobecné výchovy (školský systém a učitelé) (Šimsa, 1923, pp. 1360–1362).

Samostatnou problematikou bylo nazírání společnosti na alkoholiky na konci 19. a na počátku 20. století. Konařík v tomto ohledu přijal následující pragmatický přístup: „Ještě krátce předtím považováni byli pijáci v Evropě za nevyléčitelné. Jedině trestů se u nich používalo⁷. Lidstvo nechávalo tyto ubohé členy hynouti. Až pak se poznalo, že pijáci jsou nemocnými lidmi, a že je lze vyléčiti⁸“ (Konařík, 1909, p. 3). Důvodů, pro které člověk začne nadměrně užívat alkohol, je velmi široké spektrum. Konařík (1908) taxativně vymezuje jen ty nejmarkantnější: „Buď byl sveden dotýčený k pití špatným příkladem, nebo chtěl v pití utopiti svou bolest, zapomenout na rodinnou afféru, na nezdar v obchodě, v lásce, na prohry, nebo vypěstoval u sebe docela obyčejným vysezováním v hospodě bez hlubších příčin nápadnou nestřídnost v pití lihovin“ (Konařík, 1908, p. 2). Nutnost založení léčebny odůvodňuje položením racionální otázky, jak lze pracovat s člověkem, který je alkoholikem – „Kam s ním?“ „Do blázince se nehodí, do nemocnice nesmí, do káznice ho přece nedáme, na polepšovnu je starý! Co s ubožákem? Kdyby aspoň byl nějaký ústav, který by nebyl ani blázincem, ani nemocnicí, ani vězením, ani polepšovnou! – tak vzdychá si mnohá rodina“ (Konařík, 1908, p. 3). Považuje za bezpodmínečně nutné, aby léčba závislosti na alkoholu probíhala ústavní formou ve specializovaných léčebných zařízeních: „... nemocný je doma ponejvíce podrážděný, nedůvěřivý, práce vytrvalé málo schopen. Jeho jednání je nebezpečné. Poměr k rodině bývá napjatý, někdy se rodina bojí zakročiti, nebo má nepravý soucit s pacientem a falešný pojem o cti, nebo hledí na věc příliš černě a pozbude zmužilosti. Někdy je konečně takové množství nepříznivých vlivů (zvláště veselých kumpánů), že veškerá námaha rodiny je u alkoholika marná. Nemocná vůle pijáková nevyléčí se rodinnými záchranými prostředky, třeba sáhnouti k léčení radikálnějšímu – v léčebně“ (Konařík, 1909, p. 3). Bylo tedy nutné pro orgány státní správy jasně vydefinovat, jaký účel má protialkoholní léčebna plnit. Specifický popis smyslu léčebny rozhodoval o tom, zda bude léčebna povolena, či nikoli. „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, p. 15).

MUDr. Jan Šimsa se, nejen na základě své vlastní praxe ve svém sanatoriu v Krči, ale i v rámci spolupráce s P. Bedřichem Konaříkem v tuchlovské léčebně, zabýval riziky, které „z pití lihových nápojů pocházejí:

6/ <https://www.kaloricketabulky.cz/pivo-sv-12/>

7/ Srov. např.: Zločinnost a alkoholismus (Konařík, 1913, p. 51–54).

8/ Srov.: lz 42:3.

a) různé choroby tělesné, jako porušené trávení, vady srdeční, nervové a svalové, záchvaty mrtvice, zvětšení jater, vodnatelnost, křeče, bolesti údů, chorobná otylost nebo nápadné hubnutí z poruch výživy, a.j.,

b) různé poruchy činnosti duševní, jako: dráždivost, nervosnost s velice měnivou náladou, ohrubení citů, lhostejnost – úpadek inteligence – až choromyslnost nebo šílenost, buď přechodná, nebo trvalá (zblbnutí)“ (Šimsa, 1923, p. 1358).

Cílová skupina pro léčbu závislosti na alkoholu měla být co nejširší, samotná léčba měla být dostupná co nejširší veřejnosti – dostupnost pro všechny vrstvy obyvatelstva, a to včetně pro nemajetné „... musí být přístupný i chudším, kteří za mírný poplatek a docela i zdarma budou přijati na léčení“ (Konařík, 1908, s. 13). Konařík dobře znal problematiku jednotlivých sociálních vrstev (Konařík, 1917) a jejich rizikovost užívání alkoholu, a byl si vědom její závažnosti zejm. v sociálně vyloučených skupinách obyvatel; byl si vědom i resultujících následků ve zdravotní, sociální, rodinné a výchovné rovině. Námitky, které se myšlenice vzniku specializované ústavní léčby pro závislé na alkoholu objevovaly, byly Konaříkem racionálně vyvráceny (srov. Šejvl & Mišovský, 2017, pp. 138–140).

● 3 / 1 Význam specifické ústavní léčby

Aby léčebné zařízení bylo schváleno a aby byla šance na získání zemské subvence na její provoz, bylo nezbytné definovat význam ústavní léčby. Cílem léčebny bylo alkoholikovi (pacientovi) nabídnout porozumění pro jeho utrpení, možnost abstinence, azyl a pracovat s ním s ohledem na jeho nemoc. V léčebně byl rovněž chráněn před „zhozným vlivem dosavadním“ a lehce nalézal naději v lepší budoucnost (Konařík, 1909, p. 3). Léčba byla založena na několika základních faktorech.

Základem přijetí pacienta do léčebného procesu bylo zahájení absolutní abstinence, neboť střídme pití alkoholu je pro alkoholika nemožné, a „nezbývá mu ničeho, chce-li být zachráněn, leda úplně se zřeknouti všech lihovin“⁹ (Konařík, 1909, p. 3). Společně se Šimsou zastává názor, že je nutné „bojovati i proti střídému pití lihovin vůbec“ (Šimsa, 1923, p. 1362).

Délka léčebného pobytu byla stanovena na 6 měsíců, a jen ve zcela výjimečných případech mohla být ředitelstvím ústavu zkrácena (Konařík, 1909, p. 4). Pacient se mohl kdykoli v průběhu léčby rozhodnout o jejím předčasném ukončení a odejít. Jeho odchod neměl vliv na možnost vrátit se k léčbě, a pokud byla v léčebně volná kapacita, mohl opětovně nastoupit léčebný proces. Nebylo možné ovšem navázat na předchozí léčení, ale celý léčebný pobyt začínal od začátku.

Pacienti byli povinni při pobytu v léčebně dodržovat tzv. domácí řád. Ten byl založen na „pravidelném způsobu života, (který je) spojený s přiměřenou prací v domě, v dílnách, v zahradě a na poli, při jednoduché, ale pečlivě připravené a živné stravě“ (Konařík, 1909, p. 4). Dílny plnily v léčebně dvojí základní funkci. První s ohledem na to, že léčebný pobyt byl buď jen zčásti, nebo zcela zdarma: Konařík považoval za nezbytně nutné, aby ti pacienti, kteří toho jsou schopni, svou prací částečně pokryli výlohy ústavu zejména na otop, stravu apod. (Konařík, 1908, p. 13). V dílnách zahájil svoji profesní kariéru v roce 1910 Ferdiš Duša. Působil zde jako „pracovní terapeut“ při práci s pacienty. Ti vyráběli památkové a ozdobné předměty, hračky a keramiku (Bogar, 2008, pp. 23–24).

Konařík se zabýval i myšlenkou, jak mohou pacienti pracující v dílnách v případech, že si sami nehradí léčebný pobyt, přispět k provozu léčebny. Zvažoval, že část výdělku z práce pacientů bude použita pro spoření, které dostanou při výstupu z léčebny. Systém práce byl odlišný od běžné „tovární“ práce s přestávkami, byla „přerušována zábavou a společenským životem, pohybem v přírodě a procházkami.“ (Konařík, 1908, p. 13–14).

Cílem léčebného zařízení bylo „netoliko posílení nemocného proti nebezpečí alkoholismu, ale vrátiti mu též ztracený cit mravní a náboženský. Proto výchova je náboženským duchem vedena, na principech ovšem protestantských. Leč bere se zřetel i k jiným konfessím, a všichni pacienti, kteří byli jiné konfesse, než protestantské cítili se v ústavu jako doma. ... Také častějšími přednáškami o abstinenci jsou pacienti poučováni a povzbuzováni. Pěstuje se zpěv, též klavíru a harmonia možno použít. Různými zábavami, společnými procházkami a průvody při slavnostních příležitostech jest prázdný čas příjemně vyplňován“ (Konařík, 1909, p. 4). „Vánoční a novoroční zábavy, zpěvy a dramatické pokusy, řeči, přednášky, společenské hry, předčítání dopisů propuštěných, vyléčených chovanců – to vše střídá se příjemně s prací“ (Konařík, 1909, p. 12).

Kalina a Vácha (2013) uvádějí, že duální diagnózy přinášejí do léčebných programů nemalé komplikace. Je na místě zabývat se otázkou, jací pacienti z diagnostického hlediska byli na počátku 20. století přijímáni do léčebného zařízení. Jak jsme již uvedli, Konařík odmítal přijímat jiné pacienty než ty, kteří měli jen diagnózu závislosti na alkoholu. Z dnešního pohledu bychom tedy mohli uvést, že léčebna nepřijímala pacienty s duální diagnózou, pokud přijmeme ustálený úzus, že duální diagnózou je souběh poruchy z užívání návykové látky a jiné psychické poruchy (Kalina & Vácha, 2013, p. 105). Rovněž tak zmiňovaní autoři diskutují nad obsahem léčby takových pacientů. Konařík k práci s pacienty uvádí, že „někdy je ovšem práce s nimi velmi těžká. Mnohdy si pacient myslí, že se s ním špatně nakládá; bývá rozmrzen a místo vděčnosti projevuje nedůvěru a nechuť. Ale má-li ředitel pravý takt, dovede-li v pravý čas mlčeti a v pra-

9/ Konařík obecně používá pojem lihovina jako synonymum pro všechny v úvahu přicházející alkoholické nápoje; srov. „... oddaného nestřídému pití lihovin (piva, vína nebo kořalek)“ (Konařík, 1908, p. 2).

vý čas promluvit, získá si přece pacienta“ (Konařík, 1909, p. 12). Práce s pacienty s duálními diagnózami je komplikovaná do současné doby – i) omezení v zapojení do léčebného procesu a snížená schopnost profitovat z něj; ii) častý zdroj rizikových situací, které mohou vést k relapsům či jiným komplikacím; iii) výrazné komplikace při neabstinování a iv) zátěž a nároky na personál, který musí být schopen pracovat se všemi typy poruch a onemocnění (Miovská et al., 2008, p. 81–82).

● 3 / 2 Přístupy k léčbě

Významným faktorem určujícím efektivní možnost léčby byla dobrovolnost ze strany pacienta. Konařík se klonil k modelu „otevřených dveří“, tak jak se jím inspiroval ve Švýcarsku a Švédsku. Naopak model „zavřených dveří“ nepovažoval za šťastný, neboť záleželo na vůli pacienta léčit se, a nikoli jej v hospici zavírat proti jeho vůli (srov. Konařík, 1921). „*Léčebna jest otevřena a na chovance nečiní se žádný železný nátlak. Léčení staví se na svobodné vůli a na přesvědčení jednotlivců, že každý musí si hleděti pořádku a sám se přičiňovati, aby byl vyléčen. Jiných disciplinárních prostředků, kromě propuštění z ústavu, a to jen u živlů bezohledných a vzpurných, se nepoužívá, poněvadž ústav není polepšovnou, nýbrž léčebnou*“ (Konařík, 1909, p. 4).

Kromě „pracovní terapie“, která se zaměřovala nejen na práci v dílnách, ale rovněž na práci na polích, v lese, se zvířaty v léčebně a v drobných řemeslnických pracích v budovách ústavu, se ústavní léčba zaměřovala i na (opětovné) osvojení si základních životních návyků. „*Vedle pravidelného způsobu života je nesmírně důležité zaměstnání pacientů. Někteří vstoupivše do ústavu, jsou skoro neschopni práce, ale poměrně za krátký čas dostaví se chuť k jídlu a síly podlomené se vracejí. Pokud jen možno, zaměstnávají se chovanci pod širým nebem. Mimo to pracují chovanci též velmi rádi v dílnách ve svých řemeslech, neb při hospodářství. Důležité je, aby pacient začal o sobě přemýšleti a do sebe jíti. Celá mravní změna musí vyjít z nitra, jakožto následek zdravého náboženského života. Svědomí musí se obouzeti a plná pravda musí se chovanci postaviti před oči tak, jak to doma nebylo možno učiniti. Přivede-li se chovanec k sebepoznání, pak jest též na cestě chopiti se pravé pomoci, jež mu v pozdějším boji jest nejlepší ochranou*“ (Konařík, 1909, p. 12).

Konařík se rovněž zabýval riziky opětovného užívání alkoholu. Definoval možné příčiny návratu k užívání alkoholu následovně – „*v ústavu měli mravní oporu, neměli pokušení a příležitosti, ale po návratu domů bylo jim teprve ukázati svou mravní sílu. Jestliže měli mravní oporu ve své rodině, ve svém úřadě neb zaměstnání, jestliže zůstali ve spojení mravním s ředitelstvím léčebny, jestliže vstoupili do místního, neb nejbližšího abstinentního spolku, pak bylo vyhráno. Pokušení, i když se dostavovalo, nemělo pro pacienta přitazlivosti, prošel ohněm nástrahy a příležitosti a náprava byla dokonalá. Další léčení po návratu z léčebny, ovšem léče-*

ni jen mravní, musí tedy přijati rodina, spolky abstinentní, a všichni rozumní lidé, kteří s pacientem přicházejí do styku. Pakli však příbuzní nemají naprosté péče a žádného zájmu na tom, zda pacient drží se abstinence – a ten při nějaké slavnostní náladě neb při rozčilení sáhne po svém nápoji – pak není vyloučeno, že tento první poklesek nebude prvním článkem řetězu nových utrpení, nové hanby a nových katastrof. Za velice důležité se má stálé spojení léčebny s propuštěnými pacienty“ (Konařík, 1909, p. 10–11).

● 3 / 3 Následná péče

Prvním krokem při přijetí pacienta do léčebny bylo důsledné odejmutí alkoholu a následná důsledná abstinence během celého léčebného pobytu. Pacient byl motivován obecně ke střídmu způsobu života. Významným rizikovým faktorem je návrat do běžného života a do původního prostředí. Zde Konařík považoval za vhodné, aby i rodina, do které se pacient vrací, byla abstinentní, a aby se pacient účastnil abstinenčního hnutí (Konařík, 1908, p. 7).

Další faktor, který významně koreluje se současným efektivním pojetím léčby závislosti, je následná péče. Za následnou péči sui generis můžeme považovat skupinu pacientů, kteří po ukončení pobytu v léčebně s jejími pracovníky a mezi sebou i nadále udržují alespoň písemný styk a podporují se v abstinenci. I v této oblasti našel Konařík inspiraci ve Švýcarsku. Sám definoval mezi dalšími povinnostmi ředitele léčebného zařízení i udržovat písemný styk s propuštěnými pacienty, který měl být založen na povzbuzení a radě: „*on musí pečovati velice o propuštěné chovance, aby ve světě, pokušení plném, pokusili se žíti jako zdraví, mravní členové človecenstva. ... proto mu nesmí být lhostejno, zda se drží dobře po vyjití z léčebny, zda žijí střídme nebo opět klešaji*“ (Konařík, 1909, p. 11). Odpovědnost za abstinenci svého občana měla do určité míry převzít i obec, kde pacient žil. Povinnosti obce „*z níž pacient pochází, musí dohlížeti (ovšem neurázlivě), aby chovanec propuštěný byl i nadále abstinentem, zvláště v tom případě, věnuje-li obec sama hmotnou obět na jeho vyléčení*“ (Konařík, 1909, p. 11).

Dalším faktorem je riziko lapsu, resp. recidivy – tedy pacient po návratu do svého prostředí nemá užívat ani malé dávky alkoholu, protože to zvyšuje riziko „*vzbouřiti nesmírnou touhu po alkoholu, které vyléčený piják nepadne odolává*“ (Konařík, 1908, p. 7). Konařík ve své monografii cituje Kabrhela, který upozorňuje i na riziko, že „*v prostředí neabstinentním se však snadno stane, že nejen sváděn a povzbuzován příkladem, nýbrž i slovy vybiten nešťastník takový se dá pohnouti k tomu, že alkoholu okusí, což může končiti osudně*“ (Konařík, 1908, p. 7).

● 3 / 4 Ochrana práv pacienta – právo na soukromí

Poněkud překvapivě již na počátku 20. století bylo nutné řešit otázku ochrany práv pacienta, resp. ochranu jeho sou-

kromí. Tato otázka byla spojena se stigmatizací léčby závislosti na alkoholu a s oblastí studu za vlastní závislost (za své vlastní selhání). Anonymita pacientů nebyla nijak systematicky řešena, a v tomto případě se jednalo o požadavek ze strany pacientů na vedení léčebny. V léčebně ve Velkých Kunčicích tento požadavek vyřešili poměrně snadno: „*Bude-li si pacient přát, aby jméno a stav bylo zatajeno, může se to lehce provést. Jediný ředitel může jméno pacientovo znáti, ostatním chovancům může se představit pod jménem přijatým. Proti něčemu takovému není paragrafu*“ (Konařík, 1909, p. 15).

● 3 / 5 Vybavení léčebny

Konařík požadoval, aby vybavení léčebny bylo vkusné, ale bez zbytečného přepychu. Bylo nutné, aby v léčebně byla jídelna, čítárna, dílny, koupelny a další. Pokoje určené pro spaní byly pro určitý počet pacientů společné. Ve výjimečných případech si mohl samoplátce uhradit jednolůžkový pokoj, pokud jím léčebna disponovala (Konařík, 1908, p. 13). „*V ústavu je zařízení centrální topení a osvětlení acetylenové. Vedení ústavu je svěřeno řediteli pod vrchním dozorem komitě ředitelského. ... Lékařský dozor obstarávají dva lékaři, kteří jsou v komitě, ale trvale v ústavu nebydlí. Při nějakém nenadálém případě lze zavolat telefonicky lékaře z blízké vesnice*“ (Konařík, 1909, p. 4).

● 4 DISKUSE A ZÁVĚR

Studium díla P. Konaříka nám nabízí jak zajímavý pohled na vývoj ústavní léčby závislosti alkoholu na našem území, tak i možnost hledat paralely jeho přístupu v dalším oboru, které se v jeho době rozvíjely, a to veřejném zdraví. Ačkoliv Konaříkovy práce veřejnozdravotní přístup explicitně nepojmenovávají, lze konstatovat, že Konařík měl pomyslný „prst na tepu doby“, kdy v některých ohledech pracoval

se stejnými východisky jako tehdejší veřejné zdraví, na straně druhé uplatňoval řadu přístupů veřejného zdraví, které tehdy nebyly formulovány či spíše využívány (pro dostupné poznání například pojmu determinanty zdraví, např. Schrutz 1899–1902; viz Hippokrates, 1993). Z dnešního pohledu bychom mohli uzavřít, že Konařík využíval přístup veřejného zdraví, využíval některé z dnešních typů veřejnozdravotních intervencí (srov. Keller et al., 2004) a ve své práci v podstatě v mnohém anticipoval vývoj oboru veřejného zdraví, a to minimálně v zahrnutí alkoholu jako vážného veřejně zdravotního problému s výrazným dopadem jak na závislé, tak i rodinu a společnost jako celek. Přístup Konaříka v mnohém naplňoval vymezení oboru veřejného zdraví, které navrhl C. E. Winslow, kde tento přístup není jen vědou, ale zároveň uměním. „*Tedy resumuji, pánové. Alkoholismus se nezamezí jen tak prostě cestou policejní a státní. Nutná součinnost mravních vlivů, a ty se právě mají uplatnit v léčebnách pro alkoholiky*“ (Konařík, 1908, p. 5). V případě Konaříka nejen uměním kreativním, ale také uměním možného.

Role autorů: Jaroslav Šejvl se podílel na tvorbě designu, metodologickém postupu, fixaci a analýze dokumentů a na zpracování obsahové části textu a jeho formálních úpravách. Miroslav Barták se podílel na analýze dokumentů, na zpracování obsahové a formální úpravy textu a na jeho finalizaci. **Konflikt zájmů:** Oba dva autoři bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: Jaroslav Šejvl designed the research and the methodology, analysed the relevant documents, and drew up the manuscript. Miroslav Barták was involved in the analysis of the documents and in the drafting and revision of the manuscript.

Conflict of interests: No conflict of interests.

LITERATURA / REFERENCES

- Bible (1984). Bible – Písmo svaté Starého a Nového zákona – Ekumenický překlad. ČSR: Ekumenická rada církví.
- Barth, J. Protialkoholní hlička. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „ostřízlivění“*. Praha: Nová Kultura. (1913).
- Bogar, K. (2008). *Muž s beraní hlavou. Ferdiš Duša a Frýdlant nad Ostravicí*. Frýdlant nad Ostravicí: Montanex, a.s.
- 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), pp. 204–214.
- Detels, R., Beaglehole, R., Lansang, M. A. & Gulliford, M. (2011). *Oxford textbook of public health*. Oxford University Press.
- Foerster, V. Mládež, lihoviny, charakter. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „ostřízlivění“*. Praha: Nová Kultura. (1913).
- Gold, M. S. & Adamec, C. (2011) Dr. Benjamin Rush and His Views on Alcoholism. Dostupné z <http://www.health.am/psy/more/dr-benjamin-rush-and-his-views-on-alcoholism/>, citováno 28. 9. 2017.
- Hippokrates (1993). *Aforismy: Prognostikon*; O vzduchu, vodách a místech = De Aere, Aquiset et Locis (2. vyd.). Praha: Alberta.
- Katcher, B. S. (1993). Benjamin Rush's educational campaign against hard drinking. *American Journal of Public Health*, 83(2), 273–281.
- Kalina, K., Vácha, P. (2013). Dual Diagnoses in Therapeutic Communities for Addicts – Possibilities and Limits of Integrated Treatment. [Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby]. *Adiktologie*, 13(2), pp. 144–164.
- Keller, L. O., Strohschein, S., Lia-Hoagberg, B. & Schaffer, M. A. (2004). Population-based public health interventions: practice-based and evidence-supported. Part I. *Public Health Nursing*, 21(5), pp. 453–468.
- Köhlerová, M. & Čablová, L. (2013). Nutriční terapie u klientů s alkoholovým postižením jater. *Adiktologie*, 13 (3–4), pp. 230–238.
- Konařík, B. (1906). *Dalila*. Prostějov: Nový Život.
- Konařík, B. (1908). *Léčebna pro alkoholiky*. Prostějov: Odbor československého svazu abstinentního v Prostějově a střídmostního spolku „Jablonský“.
- Konařík, B. (1909). *Bude Ellikon též na Moravě?* Brno: Zdravotnické rozhledy.

-
- Konařík, B. (1917). *Judita*. Olomouc: Eva.
 - Konařík, B. (1921). *Hospic u zlaté hvězdy*. Olomouc: Eva.
 - Konařík, B. Zločinnost a alkoholismus. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „ostřízlivění“*. Praha: Nová Kultura. (1913).
 - Martin, S. C. (Ed.). (2014). *The SAGE Encyclopedia of Alcohol: Social, Cultural, and Historical Perspectives*. Sage Publications.
 - Miovská, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada.
 - Miovský, M., Miller, P., Grund, C. J. - P., Běláčková, 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, pp. 527–538.
 - Ravik, S. (2006). *Biblické příběhy*. Praha: Levné knihy.
 - Room, R., Babor, T. & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The lancet*, 365(9458), pp. 519–530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17870-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17870-2).
 - Schiesl, J. Na ochranu mládeže před alkoholem. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „ostřízlivění“*. Praha: Nová Kultura. (1913).
 - Šejvl, J. & Miovský, M. (2017). Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915). *Adiktologie*, 17 (2), s. 134–146.
 - 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.
 - Rush, B. (1823). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: With an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them*. James Loring.
 - Winslow C., E. (1920) The Untilled Fields of Public Health. *Science*. 9;51(1306):23–33.
 - <http://www.smithsonianmag.com/history/chart-1790-lays-out-many-dangers-alcoholism-180954777/> citováno 28. 9. 2017.



V Indivior je každý jednotlivý pacient ve středu našeho úsilí. Naší vizí je, že jednoho dne budou mít pacienti na celém světě neomezený přístup k vysoce kvalitním způsobům léčby chronického relabujícího onemocnění závislosti a jejich komorbidit.

CZ-ALG-0316-02182

únor 2016

Indivior Česko s. r. o.
Pobřežní 394/12 • 186 00 Praha 8
Tel.: 00800 27081 901 (bezplatná linka)

www.indivior.com