

Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Sborník přednášek ze 4. Memoriálu pánů profesorů . J. Matiegky a J. Malého, který vám předkládáme, navazuje na předchozí číselně i tématicky. Memoriály se konají na počest zakladatele československé antropologie prof. J. Matiegky a jeho žáka prof. J. Malého, jejichž působení bylo také spjato s městem Mělníkem. Již v r. 1935 (Filosofie somatoantropologická) shrnul prof. Matiegka poznatky o antropologii, vědě o člověku v nejširším slova smyslu. A tento odkaz je pro nás zavazující.

Setkávání mladých antropologů po třech letech se stalo tradicí, od prvního v r. 1999 až dodnes.

Témata memoriálů byla vybírána tak, aby zahrnovala dvě základní oblasti studia antropologie-biologickou a kulturně sociální a vyjádřila specifické rysy výzkumů člověka jako biologické a sociokulturní bytosti. Ani zaměření 4. Memoriálu se neodchýlilo. Motto „Antropologie 21. století“ zahrnuje všechny aspekty dnešního pohledu na studium lidské variability v kontextu sociálně kulturním, filosofickém i biologickém. Předkládané příspěvky Sborníku nás přesvědčují o důsledném přístupu mladých antropologů ke studiu širokého pojetí vědecké disciplíny, která ve 20. století zaznamenala velký rozvoj biologické části v rámci interdisciplinárních oborů jako ekologie, etologie a genetiky. Kulturní antropologie přinesla nové poznatky o nativních kulturách jejich rozmanitosti a právu na původní způsob života jejich společností.

Při ukončení konference na mělnické radnici jsem použila s mírnou nadsázkou i pokorou výrok Horatia: Nec scire fas est omnino - A ani nesmíme znát všechno.

Uspořádání 4. Memoriálu stejně jako předchozích by se neuskutečnilo bez přispění a pomoci zúčastněných organizací, FHS UK (finanční prostředky z VZ) a Př F UK.

Největší zásluha i dík patří městu Mělníku, jeho představitelům p. starostovi Mgr. M. Neumannovi a p. Mgr. Z. Jansové, kteří vytvořili pro druhý den Memoriálu tvůrčí prostředí a nezapomenutelně přátelskou atmosféru.

Praha – Mělník B. Škvařilová

Česko-peruánský systém léčby drogové závislosti

Miroslav Horák

This case report, based on the field-work among the clients of therapeutical communities in Peru and Czech Republic, contains the results of the preliminary research of the drug addiction treatment by traditional Amazonian medicine. The main goal of the investigation was to find out if there exist other efficient methods of the rehabilitation of dependency on non-alcoholic drugs (opiates and stimulation drugs) than substitution (with methadone, subutex etc.) which currently prevail in Europe and is mostly abused by long-term users. The application of purging and psychoactive plants in the treatment was observed in the Peruvian setting and according to the statistical data was found that 30% of internees left the rehabilitation in its definite or conditional phase, as soon as achieved the conditions defined by therapists. 51% left voluntarily to re-enter if necessary. Due to the comparative approach there were also multiple conceptual parallels observed among the both therapeutical institutions. The most of them were systematic and organizational nature.

Úvod

Tato studie, shrnující poznatky preliminárního specifického výzkumu léčby drogových závislostí a tradiční medicíny peruánské Amazonie, prezentuje srovnání dvou systémů rehabilitace toxikomanie v terapeutických komunitách na území České republiky a Peru. Odlišné sociálně-kulturní podmínky přirozeně stojí za největším rozdílem v koncepci léčby těchto zdravotnických zařízení, ovšem jejich organizace je založena na totožném základu, charakteristickém shodným množstvím klientů, analogickými terapeutickými technikami a obdobnou délkou procesu rehabilitace. I přesto ale mezi oběma modely existují odlišnosti, které je třeba brát v potaz. Z tohoto důvodu se tato studie, rozdělená do tří částí, zaměřuje primárně na: 1) analýzu rozdílů mezi oběma terapeutickými programy, 2) tematický popis klientského systému, 3) výsledky preliminárního výzkumu.

Analýza rozdílů mezi oběma terapeutickými programy

První studovaný systém léčby byl pozorován v Takiwasi, Centru pro rehabilitaci toxikomanů a výzkum tradiční medicíny (Tarapoto, Peru), jenž funguje na bázi domorodého léčitelství peruánské horní Amazonie (Luna, L. E. 1986). Centrum, které je nevládní neziskovou organizací, má do dnešních dnů více než patnáctiletou zkušenost s léčbou drogově závislých pomocí léčivých rostlin (Giove, R. 2002).

Druhý systém reprezentuje Renarkon (Ostrava, Česká republika), který nabízí komplexní spektrum služeb pro závislé od roku 1997. Tato organizace zahrnuje: centrum primární prevence, dvě regionální kontaktní centra (Ostrava, Frýdek-Místek), terénní program, terapeutickou komunitu v Čeladné – Podolánkách, rodinnou, sociální a vzdělávací poradnu, doléčovací centrum a absolventský klub.

Primární rozdíl mezi centry je dán odlišným typem centralizace. V Takiwasi všechny fáze rehabilitace: desintoxikace, osobnostní restrukturalizace i resocializace, probíhají v jednom místě, jenž se nachází na periférii hlavního města regionu San Martín (vyjma diety, která je držena ve formě sociální izolace na pozemcích centra v tropickém deštném pralese). Praxe v Renarkonu je založena na spolupráci řady různorodých zařízení: desintoxikace bývá realizována ve formě interní hospitalizace v psychiatrické léčebně (po dobu přibližně 15 dnů) a resocializaci zajišťuje doléčovací centrum, které zabezpečuje dočasné ubytování a terapeutické služby.

Pro vstup do terapeutických komunit Takiwasi a Renarkon, kde byl prováděn výzkum formou klientské stáže, je nutné ukončit veškerou konzumaci drog. Požadavek totální abstinence je, spolu se zákazem intimních a sexuálních vztahů, jedním z kardinálních pravidel obou center, i když v Renarkonu existují výjimky v případě konzumace tabáku a kofeinu. Situaci komplikuje také skutečnost, že Renarkon není narozdíl od Takiwasi komunitou pouze mužskou, nýbrž nabízí terapii rovněž ženám starším 18 let.

Ústřední rozdíl mezi oběma zařízeními je dán odlišným typem medikace. Před internací v terapeutické komunitě Renarkon absovují klienti závislí na heroinu desintoxikační léčbu substituty (metadon, subutex), syntetickými opiáty, které napomáhají minimalizovat abstinenci syndrom (Brands, B. 2002). V případě konzumace stimulačních drog (amfetaminu nebo metamfetaminu) je substituce vyloučena, tudíž se přistupuje pouze k aplikaci psychofarmak a antidepresiv, je-li to nevyhnutelné.

Proces léčby v Takiwasi je charakteristický aplikací přírodních léčiv v průběhu celého rehabilitačního procesu, který stejně jako v České republice trvá od 9 do 12

měsíců (De Leon, G. 2000). V úvodní části léčby pacient požívá po dobu přibližně jednoho měsíce léčiv s purgativním (tj. pročišťujícím) účinkem a poté začíná participovat na léčení s rostlinami psychoaktivními, kdy pije ayahuasku (Mabit, J. 2002).

Typy medikace v obou terapeutických střediscích, ovlivněných odlišným kulturním a sociálním zázemím, značně kontrastují. Evropský přístup, založený na klasifikaci drogové závislosti jakožto mentálního onemocnění (ICD, DSM IV), neakceptuje skutečnost, že návyk brát drogy je možné pozitivně transformovat v průběhu změněných stavů vědomí vyvolaných požitím léčivých rostlin, a to i přesto, že tento typ léčby naprosto eliminuje potřebu aplikace drog po skončení terapie, problém, který při ambulantní substituční léčbě může přetrvávat léta (Mabit, J. 1992).

Hodnota substituce se naopak zakládá na eliminaci rizik způsobených intravenózním užíváním drog a na snížení kriminality, ovšem závislost pokračuje a její mechanismus zůstává stále týž: jen jedna ilegální droga je nahrazena jinou substancí legální.

Tematický popis klientského systému

Vzmemme-li v potaz fakt, že 14 ze zkoumaného vzorku 20 internovaných osob v obou komunitách absovovalo již jinou předcházející léčbu, budou nás jistě zajímat motivy, pro něž se závislí rozhodli vstoupit do terapeutické komunity a jaký typ terapie nabízí každé z center. Potamžto přitom budeme sledovat, jaké zde existují zásadní odlišnosti v interakci: doktor/terapeut – klient/pacient.

Ačkoli je drogová závislost dle dokumentů Mezinárodní zdravotnické organizace definována jako určitý typ onemocnění, v České republice je zvykem užívat termín "klient", hovoříme-li o osobě závislé, a pojmenování "pacient" je vnímáno jako pejorativní. Na první pohled pouze odlišné jméno. Po podrobnější analýze ovšem uvidíme, že odkazuje na mnohem závažnější problém socio-ekonomické povahy (Turner, B. 1995).

Dle statistických dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti se v České republice aktuálně vyskytuje přibližně 30 200 problémových uživatelů návykových látek (EMCDDA). Ve skutečnosti zde ale funguje pouze 12 terapeutických center, integrovaných v A. N. O. (Asociaci nestátních organizací), které splňují požadavky Evropské federace terapeutických komunit a které fungují díky fi-

nanční podpoře Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Vezmeme-li v potaz skutečnost, že poplatky „klientů“ za terapii pocházejí ze státní pokladny, jelikož většina z nich se nachází ve stavu hmotné nouze nebo jim byla navržena ústavní léčba, zjistíme, že situace je alarmující.

Další problém představuje rostoucí počet konzumentů substitutů v rámci ambulantní léčby. Substitučních center je v České republice celkem 14 (včetně dvou vězeňských), přičemž dle aktuálních dat vydaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky se tohoto typu léčení v roce 2007 účastnilo 1064 osob, z toho 58% programu s metadonem a zbytek se subutexem (buprenorfinem). Není přitom nezvyklé, že klienti zahajují léčbu opětovně. 8% osob tak učinilo dvakrát po sobě. Stejně jako v případě psychoterapie, i zde je léčba klienta hrazena ze zdravotního pojištění.

Možnost předepsat subutex má každý praktický lékař, který je o vydání povinen informovat Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Jelikož se tak ale v řadě případů neděje, je medikament značně zneužíván. V České republice se odhaduje počet přibližně 3120 uživatelů subutexu, ovšem vyčíslet, kolik osob medikament užívá pro osobní potřebu a kolik s ním obchoduje na černém trhu, je naprosto nemožné. Ministerstvo zdravotnictví se komplikovanou situací pokouší řešit zavedením suboxonu, léku, který snižuje atraktivitu injekčního užívání opiátů, neboť abstinenci příznaky léčí jen po sublingválním užití. Je však třeba podotknout, že problémy klientů by se stěžejší staly řešitelnými bez systémové terapie, která substituční léčbu doprovází. Z rozhovorů s klienty Renarkonu vzešel jednoznačný závěr, že proto, aby bylo možné v léčbě závislosti dosáhnout úspěchu, není jiné cesty než úplné abstinence v terapeutické komunitě.

Existují různé techniky, které napomáhají klientům pochopit jejich problémy a které jim nabízejí funkční strategie, jak se znovu adaptovat v sociální sféře. Aby terapeutické komunity zajistily efektivitu léčebného programu, poskytují rehabilitaci současně max. pouze 15 osobám. V Renarkonu stejně jako v Takiwasi je zvykem, že každá osoba svého individuálního terapeuta a vedle toho se účastní skupinových aktivit.

Základním pilířem terapeutického procesu v obou komunitách je ergoterapie. Je logické, že činnosti, které jsou zde vykonávány, se zčásti liší, což je dáno odlišným geografickým umístěním léčeben. Renarkon se nachází v Beskydských horách, Takiwasi v peruánské džungli – obě komunity jsou značně vzdáleny městskému ruchu. Klienti/pacienti organizovaně pracují převážnou část dne, aby zajistili bezproblémový chod domů, a zbytek času věnují společným aktivitám.

V Renarkonu jsou to různorodá skupinová sezení, kde klienti řeší komplikované situace, které vyvstaly v průběhu denního zaměstnání, nebo dilemata, která vyplynula z pohovoru s individuálním terapeutem (většina terapeutů jsou bývalí uživatelé drog, tzv. ex-useři). Ve srovnání s Takiwasi (kde terapeut je především léčitelem), je zde způsob vykládání problémů mnohem více verbálního a racionálního charakteru. Co se spektra činností týče, terapie v Takiwasi se může bezpochyby pochlubit rozmanitější šíří provozovaných terapeutických technik (např. muzikoterapie, jóga, rodinné konstelace).

Díky shodně aplikovanému systémovému přístupu neexistuje v obou centrech rozdíl v psychoterapeutické péči, ovšem ostatní léčebné metody se výrazně liší. Rehabilitace drogově závislých v Renarkonu je značně ovlivněna biomedicínou, která v současnosti dominuje nejen v celé České republice, nýbrž také v celé Evropě, kde je drogová závislost považována za onemocnění organického původu a je léčena psychofarmaky. Holistický přístup, uplatňovaný v Takiwasi, popírá primát biologických faktorů a akcentuje také ostatní úroveň problematiky závislosti, zejm. úroveň spirituální (Sieber, C. L. 2003). V kombinaci s aplikací přírodních produktů představuje komplexní léčba v Takiwasi skutečnou alternativu pro léčbu toxikomanie.

Výsledky preliminárního výzkumu

Mezi klienty/pacienty obou terapeutických komunit byl distribuován dotazník, založený na Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), DSM IV, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) a Likert scale (Guy, W. 1976), jehož cílem bylo zjistit aktuální stav internovaných, individuální míru přijetí terapie a osobní hodnocení aplikovaných léčebných metod. Viz tabulka č. 1.

Závěr

Z analýzy kvantitativních dat vyplynulo, že Takiwasi se vedle toxikomanie orientuje také na rehabilitaci alkoholiků (ačkoliv preferenční skupina pacientů není limitována a zahrnuje také osoby s jinými typy závislosti, např. ludopatie). Komunita Renarkon slouží pouze klientům závislým na nealkoholových substancích, kde většina je internována pro abúzus amfetaminu/metamfetaminu nebo opiátů (celkem 90%).

Osobní hodnocení léčebného procesu u klientů/pacientů poukázalo na 80-90% četnost dobrovolného rozhodnutí pro vstup do terapeutické komunity a na jejich vlastní motivaci, která se nelišila ve více než 20% případů, což bylo shledáno za redundantní.

Narozdíl od klientů Renarkonu pacienti Takiwasi prohlašovali, že konzumace drog jim způsobila značnou újmu, a to až v 90% všech případů; koncept morální újmy jakožto příčiny onemocnění je v jihoame-

rickém teritoriu značně rozšířený (Dobkin de Rios, M. 1984).

V Takiwasi, stejně jako v Renarkonu, není neobvyklá přítomnost osob s tzv. duální diagnózou (např. současný abúzus jiné substance, výskyt deprese či úzkostných poruch), což obecně představuje větší nároky pro terapeutický tým. V obou centrech ovšem nebyla v průběhu výzkumu pozorována žádná komplikace.

Efektivita léčby v Takiwasi byla negativně hodnocena pouze u 30% osob, zatímco v Renarkonu tomu bylo u 70% respondentů. Tento údaj značně koreluje s hodnocením aplikace léčivých rostlin v programu Takiwasi, kde 90% dotazovaných pacientů oceňovalo jejich zapojení do systému poskytnuté terapeutické péče.

Poděkování

Společenská prospěšnost terapeutických komunit Takiwasi a Renarkon je nevyjádřitelná, ačkoliv každá z nich užívá ve své praxi odlišných metod. Proto jim náleží nejen můj osobní dík za možnost zúčastnit se velmi působivé praxe a realizovat výzkum, nýbrž také speciální poděkování za podporu rozvoje vědeckého a medicínského poznání.

Mgr. et Mgr. Miroslav Horák

*Katedra obecné antropologie,
Univerzita Karlova, Praha*

E-mail: miroslav.horak@hotmail.com

Bibliografie

- Brands, Bruna et al. (2002). Literature Review: Methadone Maintenance Treatment/Recension la documentation: traitement d'entretien à la méthadone. Ottawa, ON: Health Canada.
http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html
- De Leon, G. (2000). The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method. Springer Publishing Company, Inc.
- Dobkin de Rios, M. (1984). Visionary Vine: Hallucinogenic Healing in the Peruvian Amazon. Waveland Press, Prospect Heights, IL.
- Giove, R. (2002). La liana de los muertos al rescate de la vida. Perú: Takiwasi.
- Guy, W. (1976). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology (Revised). Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare; Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, 193-198.
- Luna, L. E. (1986). Vegetalismo: Shamanism among the Mestizo Population of the Peruvian Amazon. Almqvist & Wiksell Internat.
- Mabit, J. (1992). De los usos y abusos de sustancias psicótropas y los estados modificados de conciencia. Revista Takiwasi, 1.
<http://www.mercurialis.com/EMC/PDF/Jacques%20Mabit%20-%20Usos%20y%20Abusos%20de%20Sustancias%20Psicótropas.pdf>
- Mabit, J. (2002). Blending traditions – Using indigenous medicinal knowledge to treat drug addiction. MAPS Newsletter 7, 2.
<http://www.maps.org/news-letters/v12n2/12225mab.pdf>
- Sieber, C. L. (2003). Enseñanzas y Mareaciones: Exploring Intercultural Health Through Experience and Interaction with Healers and Plant Teachers in San Martín, Peru. B. A. University of Victoria.
<https://dSPACE.library.uvic.ca:8443/bitstream/1828/261/1/MA-CSieber.pdf>
- Turner, B. (1995). Medical Power and Social Knowledge. London: Sage.