SPRÁVY

ZKUŠENOSTI Z POBYTU V INDII

Moje cesta do Indie začala vlastně už více než před deseti lety. Tehdy jsem začal korespondovat s Bihar School of Yoga, postupně jsem tam začal posílat odborné práce týkající se jógy, vycházející v různých lékařských časopisech, i práce vlastní.

Pozvání k návštěvě Indie jsem mohl využít až nyní. Spojil jsem dovolenou za r. 1988 a 1989, sáhl hluboko do svých úspor a vydal se na cestu. Během osmi hodin jsem se ze zimní Prahy dostal do tropické Bombaje. Odtud jsem po určitých komplikacích po železnici a dosti nepohodlně putoval 1800 km na severovýchod do města Munger v indickém státě Bihar. Vlastní jógové centrum dnes tvoří šestipatrová, architektonicky odvážně řešená stavba s komplexem okolních budov. V době, když jsem přijel, tam probíhal kurs jógy pro lidi se zdravotními problémy, kteří kromě běžného medicínského léčení hodlali využívat i jógu. Kurs byl čtyřtýdenní a na jeho závěr dostal každý z účastníků seznam doporučených praktik podle svých potřeb. Další kurs učitelů jógy, rovněž čtyřtýdenní, jsem mohl absolvovat v plném rozsahu. Cena kursu byla pro Indy 600 rupií a pro západní frekventanty 1000 dolarů – tento poplatek mi byl vzhledem k předchozí spolupráci prominut. Během svého pobytu jsem měl možnost podílet se na odborné práci centra. Psal jsem populárně naučné články pro místní časopis a spolu s australským kolegou jsme napsali brožuru o západních a východních přístupech k léčbě depresí a anxiety. Mohli jsme přitom využívat dost dobře zařízenou knihovnu s řadou svazků týkajících se východní i západní medicíny. Zdá se, že tradiční indické lékařství, ač vycházelo z odlišných teoretických předpokladů, předjímalo v léčebné praxi moderní léčebné přístupy jako systémový přístup nebo léčbu reciproční inhibicí. V tradičních indických spisech lze nalézt i postup blízký averzívní terapii u závislosti na alkoholu. V době mého pobytu se připravovalo v Mungeru lékařské sympozium, pro toto sympozium jsem napsal práci o specifických nárocích lékařské profese a možném využívání jógy u zdravotníků. Sympozia samotného jsem se již zúčastnit nemohl, ale můj příspěvek byl pro sympozium natočen na videozáznam. Centrum plánuje pětiletou prospektivní studii týkající se využívání jógy v léčbě bronchiálního astmatu; tento projekt měl tvořit podstatnou část zmíněného sympozia.

Jedna z prvních věcí, o kterou mě požádala redaktorka tamního časopisu, byla práca o léčbě závislostí a možném využití jógy v této indikaci. Je to problém pro Indii dosti aktuální. Podle informací místních lidí se zneužívání alkoholu stává problémem u hindského obyvatelstva středních vrstev. Zneužívání cannabis je běžné, typický pach marihuanových cigaret bylo možno cítit ve vlaku a cannabis si dokonce neodepřeli ani indičtí cestující v letadle Aeroflotu na cestě z Dillí do Taškentu. Zneužívání tabáku má, podobně jako u nás, i v Indii epidemické proporce. Velmi časté je žvýkání betelu, typický indický trafikant nosí ve svém přenosném krámku kromě cigaret a zápalek i

betelové listy, arekové oříšky a nehašené vápno k přípravě svitů ke žvýkání. V rozporu s údaji o malé škodlivosti cannabis se lze setkat s lidmi abúzem cannabis těžce poškozenými, kteří připomínají naše osoby závislé na alkoholu ve IV. stádiu dle Jellineka. Místní obyvatelé potvrzují, že u mnohých z nich dochází k deterioraci intelektových schopností.

Během svého pobytu jsem neměl možnost přímo participovat v některém odvykacím programu. Domnívám se, že aby byl takový program účinný, měl by brát v úvahu specifika indické společnosti a kultury – např. silné rodinné vazby v rámci početných a rozvětvených rodin.

Obyvatelé jógového centra v Mungeru byli prakticky ze všech kontinentů, po Indech tam převažovali Australané, poměrně početně byli zastoupeni i západní Němci, bylo možno se zde setkat s Italy i s Jihoameričany a Severoameričany. Australský kolega, s nímž jsem spolupracoval, působil devět měsíců v roce jako všeobecný lékař v Austrálii a na tři měsíce přijížděl do Indie zdarma zajišťovat lékařskou účast na kursech jógy pro zdravotně oslabené i podílet se na výzkumu. Tento kolega věnoval ze svých prostředků centru elektroencefalograf. Během mého pobytu v Mungeru navštívil centrum na cestě z Nepálu přední finský rodinný terapeut dr. B. Furman, který přednáší i v USA a také se zúčastnil Kongresu rodinné terapie v Praze. Když jsem se vrátil domů, našel jsem v poště jeho dosti avantgardní práci Glasnost v psychiatrii. Podnět k návštěvě centra vyšel patrně od jeho manželky. Ta pracuje jako rehabilitační sestra a navštívila Munger již před lety.

Denní program začínal pro většinu obyvatel a hostí centra mezi 5. hodinou ráno a 6,30 a končil mezi 19. a 20. hodinou. Značný důraz byl kladen na karmajógu, tedy práci, která je chápána nejen ako prostředek k dosažení hmotných výsledků, ale i jako cesta k rozvoji osobnosti a sebezdokonalení. Z psychoterapeutického hlediska by se dalo říci, že zde tělesná i duševní práce sloužila mimo jiné k pevnému zakotvení v zevní realitě a jako protiváha introspektivních aspektů jiných jógových technik. Při vlastní výuce jógových technik byla velmi zdůrazňována opatrnost a postupnost, např. podle mých učitelů, i u zcela zdravých lidí by se stoj na hlavě (širšásana) neměl učit dříve nežli po dvou až třech letech pravidelného praktikování jiných cviků.

Podnebí v této Indie je velmi drsné, zimní teploty klesaly po západu slunce k 10°C; v době kdy jsem odjížděl, se začaly objevovat písečné bouře. Ty bývají střídány obdobím veder. Během veder prý byla v této části Indie zaznamenána vůbec nejvyšší teplota na celém subkontinentu.

Strava byla čistě vegetariánská, o něco méně kořeněná, než bývá v Indii zvykem. Základ tvořily rýže, placky z tmavé mouky, luštěniny a zeleniny.

Jediné návykové látky, s nimiž jsem se ve zmíněném centru setkal, byly čaj a při slavnostních příležitostech káva.

Nazpět z Indie jsem se vracel přes Nové Dillí, kde jsem byl necelé dva dny a odkud jsem letěl do Taškentu a vlakem přes SSSR nazpět do Československa. Moje cesta do Indie byla užitečná, i když ne vždy snadná. Kromě faktických poznatků jsem mohl alespoň trochu nahlédnout do života odlišné kultury a zamyslet se nad vlastním systémem hodnot. Řada věcí přestává být v jiném kulturním kontextu samozřejmá. Povzbuzující bylo i poznání, že jak v Indii, tak na zpáteční cestě jsem potkal řadu přátelských lidí, ochotných vyjít vstříc a spolupracovat.

MUDr. *K. Nešpor*
PL v Praze 8

JAK JE TO S DĚDIČNOSTÍ ALKOHOLISMU

V poslední době věnuje pozornost světový odborný tisk nedávným výzkumům ve Spojených státech, jež se zabývaly otázkami, zda je alkoholismus dědičný. Zajímavé shrnutí výsledků výzkumu přinesl International Herald Tribune.

Objektem výzkumu byly děti alkoholiků, který odhalil v jejich reakci na alkohol určité odchylky od normy, přičemž podle některých názorů právě zde může být vysvětlení toho, proč se alkoholismus tak často po rodičích „dědí". Tuto skutečnost dokazují empirická data a podle všeho – jak se nyní ukazuje – bude odhalena i její příčina. Autorka studie G. Kolatová píše, že se například ukázalo, jak ve srovnání s dětmi zdravých rodičů jsou děti alkoholiků podstatně odolnější vůči účinkům alkoholu. Po jeho požití byla u nich zjištěna menší

homonální reakce, měly menší pocit opilosti a tomu také odpovídala i jejich znatelněji lepší pohybová koordinace. Testy byly prováděny na vysokoškolácích a ukazuje se, že toto zjištění platí pro děti obého pohlaví. Prováděly se ovšem i jiné pokusy, při kterých zase vyšlo najevo, že děti alkoholiků, které samy nejeví sklony v pití, vykazují při elektroencefalografických vyšetřeních podobné výsledky jako alkoholici. Statisticky ukazují, že jedinci s těmito anomáliemi se stávají alkoholiky častěji než jiní.

Podle posledních informací je ve Spojených státech v současnosti kolem deseti miliónů alkoholiků a údajně dalších sedm až osm miliónů Američanů má velikou šanci alkoholu propadnout. Stále zřetelněji se jeví „rodinný" charakter výskytu této nemoci. Je pravda, že na vzniku alkoholismu se podílejí pochopitelně faktory sociální, ale zdá se být téměř dokázáno, že významnou roli zde hraje genetická predispozice. Například z dětí alkoholiků, jež byly adoptovány rodiči, kteří na alkoholu nejsou závislí, se podle některých studií stávají alkoholici ve 30 až 40 % případů, zatímco v celé populaci je takto postiženo jenom kolem 10 % jedinců.

Autorka studie G. Kolatová se zmiňuje rovněž o zajímavých pokusech, k nimž došlo na univerzitě v San Diegu, kde bylo podrobeno zkoumání 400 studentů, z nichž polovina měla otce alkoholika, ale žádný nebyl v době studie sám o sobě závislý na alkoholu. Děti alkoholiček byly přitom z výzkumu vyloučeny, neboť jejich genetická výbava mohla být narušena požíváním alkoholických nápojů v průběhu těhotenství. Během studie také žádný z dobrovolně přihlášených nevědel, do které skupiny byl zařazen, protože nealkoholické nápoje byly upraveny tak, že měly chuť i vůni alkoholu.

Výsledky těchto testů zcela potvrdily dřívější domněnky: děti alkoholiků mají vůči alkoholu po všech stránkách větší snášenlivost. Podobné výzkumy, jež se pro změnu soustředily na dcery alkoholiků, přinesly podobné výsledky.

Zcela opodstatněným důkazem dědičnosti alkoholismu jsou rovněž výzkumy elektrofyziologického chování mozku, které u alkoholiků a dětí alkoholiků projevuje velmi mnohé shodné znaky. Četnost abnormalit mozkových vln byla u dětí alkoholiků 30 až 35 %, zatímco u celé skupiny sledovaných – tedy potomků alkoholiků i na alkoholu nezávislých rodičů, nepřesáhla 1 %.

Pozoruhodné je také zjištění, že dědičná náklonost k alkoholismu se jeví ještě výraznější u těch alkoholiků, kteří pijí proto, aby potlačili zábrany. U dětí tohoto typu alkoholiků byly v 89 % případů zjištěny abnormality elektrofyziologického chování mozku.

A. J. Rychlík