

Magdalena Rowicka*Krótką interwencja (brief intervention) dla problemowych użytkowników metamfetaminy – adaptacja programu w Polsce*

OTWARTY PROTOKÓŁ

Według Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii drugą co do częstotliwości stosowania substancją psychoaktywną w wielu krajach europejskich jest amfetamina i jej pochodne (*Amphetamine-type stimulants*, ATS) (EMCDDA, 2023). Od 2021 roku 30% osób zgłaszających się po raz pierwszy na terapię zaburzeń używania substancji w Polsce stanowią użytkownicy amfetamin (EMCDDA, 2021). Pomimo rozpowszechnienia używania amfetamin (w tym metamfetaminy), brakuje informacji o skutecznych oddziaływaniach terapeutycznych kierowanych specyficznie do tej grupy użytkowników.

Tymczasem sami użytkownicy (osoby używające szkodliwie i osoby z uzależnieniem) niechętnie podejmują terapię, trudno jest im utrzymać abstynencję, a nawet zmniejszyć intensywność używania (Lee i Rawson, 2008). Sama terapia jest o tyle trudna, że nie zidentyfikowano do tej pory substancji farmakologicznej, która wspierałaby ten proces zdrowienia. Poza brakami w obszarze terapii, nie dysponujemy w Polsce ani oddziaływaniami profilaktycznymi, ani oddziaływaniami redukcji szkód kierowanymi do użytkowników amfetamin.

Już dwadzieścia lat temu australijscy badacze borykali się z problemem rosnącego używania amfetamin w sposób problemowy i w związku z tym opracowali i testowali protokół krótkiej interwencji opartej o założenia podejścia poznawczo-behawioralnego z elementami dialogu motywującego (Baker, i in., 2005). Wyniki badań w Australii były bardzo obiecujące – pokazały że udział w krótkiej interwencji zmniejsza używanie, zwiększa motywację do zmiany i poprawia dobrostan psychiczny (Baker, 2005).

W 2019 roku Komisja Europejska zwróciła uwagę na rosnący problem związany z używaniem metamfetaminy i zaprosiła międzynarodowe zespoły badawcze do występowania o dofinansowanie projektów mających na celu

zapobieganie używaniu, nadużywaniu i uzależnieniu od metamfetaminy.

W 2020 roku badacze z Polski, Czech, Słowacji, Niemiec i Litwy otrzymali dofinansowanie na realizację projektu IMPRESA, którego celem było celu zapobieganie używaniu, nadużywaniu i uzależnieniu od metamfetaminy poprzez dogłębne zrozumienie specyficznych potrzeb w regionie, zaprojektowanie i wdrożenie „szytych na miarę” oddziaływań profilaktyki selektywnej, wskazującej i/lub redukcji szkód. W każdym z krajów biorących udział w projekcie zidentyfikowano region, który był szczególnie dotknięty używaniem metamfetaminy, w Polsce wskazano region Jeleniej Góry, W Czechach był to region Pragi, a w Niemczech – region miasta Chemnitz (w pobliżu granicy z Czechami). Obszar wyznaczany przez te miasta jest obszarem, którego dotyczyły donie-

sienia prasowe (konfiskaty metamfetaminy i prekursorów do jej nielegalnej produkcji, czy wykrycia nielegalnych laboratoriów, w których ją produkowano).

W ramach projektu IMPRESA badacze dokonali przeglądu światowej literatury – artykułów naukowych, w których opisywano skuteczność oddziaływań profilaktyki selektywnej i wskazującej, a także redukcji szkód w obszarze związanym z metamfetaminą. Zidentyfikowano 41 takich interwencji (zostały one pokrótce opisane w raporcie z projektu). Równolegle, badacze dokonali analizy sytuacji każdego z regionów – zidentyfikowali to, kim jest użytkownik metamfetaminy w danym regionie, jakie ma potrzeby, ale także jakie region ma potrzeby wynikające z kosztów, które ponosi.

Dla przykładu – w Niemczech stwierdzono, że największą grupę użytkowników metamfetaminy stanowią osoby



spędzające czas w klubach muzycznych; na Litwie – osoby uczestniczące w festiwalach muzycznych. Natomiast w Polsce zidentyfikowano nieco inne grupy – osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, bezrobotni lub osoby pracujące zmianowo i wykonujące monotonne zadania (np. praca w fabryce, bycie kierowcą ciężarówki). W ślad za odmienną specyfiką osób używających metamfetaminy w każdym z analizowanych regionów będą pojawiały się inne potrzeby.

Przykładowo, osoby używające metamfetaminę w klubach lub na festiwalach muzycznych zgłaszały potrzeby związane z zasadami bezpiecznego używania i możliwością weryfikacji substancji, podczas gdy użytkownicy w Polsce zgłaszali potrzebę poradnictwa psychologicznego, w tym kształtowania kompetencji psychospołecznych i wsparcia w próbach ograniczenia używania.

W związku z powyższym w Polsce zaadaptowano program krótkiej interwencji, który wydawał się być najlepszą odpowiedzią na zgłaszane potrzeby.

CO SKŁADA SIĘ NA PROGRAM KRÓTKIEJ INTERWENCJI POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ KIEROWANEJ DO UŻYTKOWNIKÓW METAFETAMIN (AMFETAMIN)?

Program składa się z bardzo szczegółowego protokołu, który zawiera opis czterech spotkań. W ramach projektu IMRPESA (i jego lokalnej kontynuacji – IMPRESA 2.0) przetestowano ten protokół i wyniki ewaluacji pokazały, że udaje się go w pełni zrealizować podczas czterech sesji wraz z osobami, które można by określić jako problemowi użytkownicy metamfetaminy (czyli nawet z osobami, które doświadczają już negatywnych konsekwencji używania w obszarze poznawczym). Bardzo dużą zaletą tego protokołu (jak i każdego programu, do którego opracowano protokoły) jest szczegółowy opis każdego kroku – realizator otrzymuje nie tylko opis celów każdego spotkania, ale i szczegółowe materiały, jak poszczególne cele realizować. To bardzo pomocne, zwłaszcza dla osób, które nie mają jeszcze wieloletniego doświadczenia pracy daną metodą.

Sesja pierwsza poświęcona jest budowaniu motywacji i opiera się na metodach Dialogu Motywującego. Pierwszy

krok polega na wy tłumaczeniu powodu interwencji, a następnie włączane są różne strategie i narzędzia do wywołania języka zmiany, w tym m.in. bilans zysków i strat, spersonalizowana informacja zwrotna, omówienie obaw, ryzyka, kosztów, refleksja na temat przyszłości czy wartości. Do każdego z tych punktów opracowano kartę pracy wraz z instrukcją (np. do bilansu zysków i strat), jak i przykładowe informacje oraz treści, jakich może użyć osoba prowadząca interwencję:

1. Poproś klienta, aby opowiedział Ci o pozytywach związanych z zażywaniem i zapisz je w odpowiednim kwadracie. Użyj na przykład następujących pytań: „Opowiedz mi o zażywaniu. Co w tym lubisz? Jakie czerpiesz korzyści z zażywania?”
2. Zastanów się razem z klientem, jak bardzo istotne są dla niego/niej przytoczone korzyści i poproś o przypisanie każdej z nich ważności. Zapytaj na przykład tak: „Jak WAŻNE to jest dla Ciebie? Gdybyś miał(a) powiedzieć, że 0 oznacza 'nieistotne', a 10 'bardzo ważne', ile punktów dałbyś(dałabyś) temu konkretnemu aspektowi?”
3. Powtórz ćwiczenie, omawiając mniej pozytywne aspekty zażywania i oceń, jak ważne są one dla klienta. Poproś go/ją o ich zapisanie w odpowiednim kwadracie siatki. Posłuż się następującym zdaniem, by zacząć: „A co po drugiej stronie? Jakie są Twoje obawy związane z zażywaniem?”
4. Następnie przejdź do omówienia pozytywnych i mniej pozytywnych aspektów ograniczania. Zapisz te informacje w odpowiednim kwadracie. Dyskutując o każdym ze wspomnianych przez klienta aspektach, zapytaj, jak ważny jest on dla niego/niej (fragment protokołu).

Ponadto w protokole opisane zostały typowe sytuacje, jakie można spotkać na tym etapie rozmowy, tj. opór – omówiono przykładowe przejawy oporu (podważanie autorytetu czy uczciwości terapeuty, prowokowanie, przerywanie, zaprzeczanie, zmiana tematu itp.), ale także sposoby, jak sobie z tym poradzić – poprzez stosowanie odzwierciedleń złożonych czy wyolbrzymionych.

Jednym z dodatkowych materiałów jest zestaw informacji o amfetaminach i ich wpływie na organizm – może to się okazać przydatne, jeśli osoba prowadzą-

ca będzie miała taką przestrzeń, aby zapytać klienta, czy chciałby się czegoś więcej dowiedzieć na ten temat.

Sesja pierwsza kończy się podsumowaniem podtrzymującym zaangażowanie klienta (np. poprzez prośbę o spreycyzowanie planu, czy podsumowanie korzyści wynikających ze zmiany) i zawarciem kontraktu.

Sesja druga jest poświęcona wypracowaniu strategii radzenia sobie z głodem i wypadkami. Rozpoczyna się od omówienia pracy domowej – dzienniczka chęci sięgania po substancję:

Omów dzienniczek chęci sięgnięcia po narkotyk. Zwróć uwagę, czy pojawił się jakiś schemat? Czy pojawiły się jakieś wewnętrzne bodźce stymulujące chęć zażycia? Wykorzystaj nowe informacje, aby wzmocnić motywację i zaangażowanie w zmianę.

Bądź świadomy, że ambiwalencja wciąż może być obecna. Jeśli spotkasz się z ambiwalentnym podejściem do zmiany zachowań związanych z amfetaminą, wykorzystaj techniki omówione w Sekcji 1 (na przykład powtórzenie tego, co powiedział klient, pytania otwarte, potwierdzanie, podsumowywanie, kontrolowanie oporu itp.). Jeśli klient jeszcze nie jest na etapie podejmowania działania do zmiany, kontynuuj wzmacnianie motywacji, wykorzystując techniki omówione wcześniej. Modyfikuj plan sesji w zależności od sytuacji (fragment protokołu).

Następny krok to omówienie tego, czym jest głód i przejście do przedstawienia różnych technik radzenia sobie z nim – behawioralnych, poznawczych i opartych o relaksację i wizualizację. Przykładem tej ostatniej może być zachęcenie klienta do porównania uczucia głodu do fali i wyobrażenia sobie, że się na niej płynie aż dopływa się do brzegu, gdzie fala znika.

Kolejnym krokiem i ćwiczeniem jest opracowanie planu na wypadek pojawienia się głodu. Taki plan obejmuje identyfikację sytuacji podwyższonego ryzyka i zaplanowanie sposobów, aby tej sytuacji unikać albo aby sobie z nią poradzić. W ramach ćwiczenia klient opisuje różne sytuacje podwyższonego ryzyka, a następnie osoba realizująca interwencję prosi, aby zidentyfikował takie sytuacje, których można łatwo uniknąć (np. używanie w domu – nie trzymanie amfetaminy w domu). Następnie omawia się sytuacje, których nie sposób uniknąć i wtedy należy zachęcić klienta do stosowania technik przytoczonych

powyżej. W ramach pracy domowej osoba prowadząca interwencję może zachęcić klienta, aby przetestował unikanie sytuacji i wdrażanie różnych technik po to, aby omówić ich skuteczność podczas kolejnej sesji.

Sesja trzecia jest poświęcona kontrolowaniu myśli na temat używania. Rozpoczyna się od omówienia pracy domowej i ewentualnych trudności lub sukcesów. Następnie osoba prowadząca przedstawia i omawia model ABC Ellisa i zaprasza do wykonania ćwiczenia, które egzemplifikuje ten mechanizm (związek pomiędzy emocjami, zachowaniem a myślami). W drugiej kolejności należy przećwiczyć rozpoznawanie nieadaptacyjnych schematów, np. poprzez następujące pytania: „Jakie są dowody na poparcie tej myśli?” „Jakie są zalety/wady myślenia w ten sposób?” „Jakie są alternatywne formy myślenia?”.

Sesję można zakończyć planowaniem pozytywnych/przyjemnych aktywności albo wydarzeń. W protokole opisać, w jakim celu należy to robić:

„Dla osób próbujących ograniczyć lub zaprzestać zażywania amfetaminy, planowanie przyjemności lub aktywności o wysokim znaczeniu może pomóc w przekierowaniu myśli z dala od narkotyku. Często osoby, które przez długi czas skupiały swoje myśli wokół amfetaminy, kierują całą swoją energię na to, by ją zdobyć, zażyć i uporać się z jej efektami. Często odbywa się to kosztem innych zajęć, które mogą przynieść radość lub poczucie spełnienia w życiu danej osoby. Dlatego też, ograniczenie zażywania amfetaminy często wydaje się równoznaczne z ograniczeniem przyjemności w życiu klienta. Jednakże planując przyjemne zajęcia, klient zda sobie sprawę z tego, że może doznawać przyjemności bez konieczności zażywania amfetaminy”.

Sesja czwarta jest poświęcona zapobieganiu nawrotom. Podczas tej sesji klient ćwiczy umiejętność odmawiania, po raz kolejny identyfikuje sytuacje wysokiego ryzyka i wypracowuje konkretny plan działania na wypadek ich wystąpienia.

W protokole opisane są przynajmniej dwa schematy odmawiania: niewerbalny i werbalny (Monti et in., 1989).

Na niewerbalny składają się następujące kroki:

1. Nawiąż kontakt wzrokowy, aby wzmocnić efektywność swojego przekazu.
2. Stań lub usiądź prosto, aby stworzyć atmosferę pewności siebie.
3. Nie czuj się winny, że odmawiasz i pamiętaj, nikogo nie skrzywdzisz przez to, że nie zażyjesz narkotyku.

Na werbalny sposób odmawiania składają się następujące kroki:

1. Użyj czystego, stanowczego tonu głosu, nie wahaj się.
2. „NIE” powinno być pierwszym słowem, którego użyjesz. Bezpośrednia odmowa jest najskuteczniejsza.
3. Zaproponuj alternatywę (np. coś innego, co możecie zrobić, zjeść, wypić).
4. Poproś o zmianę zachowania, aby rozmówca przestał namawiać.
5. Zmień temat, aby uniknąć kontynuowania rozmowy na temat narkotyków/alkoholu.
6. Unikaj wymówek i niejasnych wypowiedzi, aby rozmówca nie pomyślał, że później możesz zaakceptować ofertę.

Kończąc sesję czwartą, kończymy program, dlatego ważne jest, aby dokonać podsumowania najważniejszych aspektów od pierwszej sesji, podsumować zaangażowanie klienta i zmianę, którą wprowadził, i wspierać poczucie sprawczości.

Ewaluacja tego oddziaływania w Polsce pokazała, że udział w czterech spotkaniach spełnia trzy najważniejsze cele stawiane przed nim:

1. skutecznie obniża częstość używania amfetamin przy jednoczesnym braku zwiększenia używania innych substancji,
2. skutecznie zwiększa motywację do zmiany (poprzez zmianę z fazy kontemplacji na fazę akcji, zgodnie z Transteoretycznym Modelem Zmiany),
3. poprawia dobrostan psychiczny mierzony poprzez obniżenie natężenia symptomów depresji i lęku.

PODSUMOWANIE

Protokół krótkiej interwencji poznawczo-behawioralnej kierowanej do problemowych użytkowników amfetamin jest protokołem otwartym, został przetłumaczony w ramach projektu IMRPESA na język polski.

Obecnie trwają prace mające na celu otwarcie protokołu w Polsce – umożliwienie bezpłatnego korzystania z niego. Jedynym wymogiem do stosowania protokołu jest posiadanie wiedzy i doświadczenia w obszarze stosowania technik poznawczo-behawioralnych i dialogu motywującego. Terapeuci uzależnień posiadający wykształcenie w obszarze podejścia CBT i DM stanowią naturalną grupę odbiorców, niemniej program nie jest programem terapii, w związku z czym posługiwanie się metodami pracy CBT i DM jest wystarczającym kryterium.

MAGDALENA ROWICKA



psycholożka, badaczka
uzależnień, kierowniczka
Zakładu Metodologii
Badań Psychologicznych
w Instytucie Psychologii
Akademii Pedagogiki

Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

BIBLIOGRAFIA

1. Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lee, N.K., Claire, M. & Jenner, L. (2003). A Brief Cognitive Behavioural Intervention for Regular Amphetamine Users. Australian Government Department of Health and Ageing.
2. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2023: Trends and Developments [Internet]. 2023. Dostępne na: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en
3. Lee, N.K., I Rawson, RA. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. Drug Alcohol Rev., 27(3), 309–17
4. Monti, P.M., Abram, D.B., Kadden, R.M. and Cooney, N.L. (1989). Treating Alcohol Dependence. Guilford Press, New York.
5. Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20, 161–173