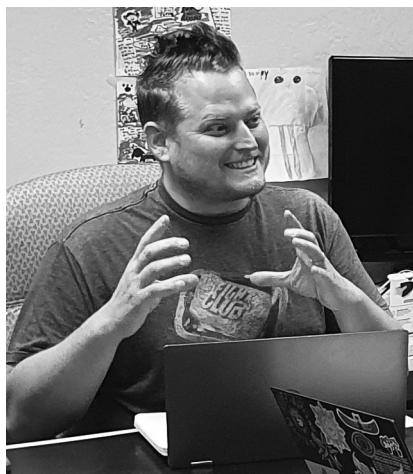


NAJBARDZIEJ ZINDYWIDUALIZOWANA REDUKCJA SZKÓD, CZYLI O BEHAWIORALNYCH STRATEGIACH CHRONIĄCYCH



Z Matthew R. Pearsonem, profesorem psychologii eksperymentalnej w Center on Alcohol, Substance use, And Addictions (CASAA) przy Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk, rozmawiał Jakub Greń.

– *Dzień dobry, doktorze Pearson.*

– Mów mi Mateo.

– *Chyba wszyscy tak cię nazywają.*

– Wszyscy prócz mojej matki...

– *Prowadzony przez Ciebie zespół badawczy nazywa się MATEO Lab. Mógłbyś rozwinąć ten skrót?*

– Mateo jest moim przydomkiem, który nadała mi moja żona, Meksykanka. „Mateo” to po hiszpańsku „Matthew”. Używam go na co dzień. Większość tego, czym się zajmuję, to próby dowiedzenia się wobec kogo i dlaczego dane leczenie uzależnień działa, a do tego wykorzystuję metody Ecological Momentary Assessment. Dlatego nazwałem swoje laboratorium Mechanisms of Addiction Treatment and Ecological Observations, w skrócie MATEO.

– *MATEO Lab jest z kolei częścią CASAA, to kolejny akronim...*

– Tak, lubimy akronimy. CASAA to skrót od Center on Alcohol, Substance use, And Addictions. Wcześniej nazwa ta zawierała kilka z tych stygmatyzujących słów, jak alkoholizm czy nadużywanie substancji (*substance abuse*), ale odrzuciliśmy „-izmy” i nadużycia, i tak powstała CASAA, interdyscyplinarny ośrodek badań w obszarze uzależnień, działający w ramach Wydziału Psychologii na Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk.

– *Muszę przyznać, że bardzo podoba mi się pomysł z tymi akronimami. To prosty ruch, który sam w sobie niejako przybliży naukę i akademię do ludzi, którzy*

niekoniecznie są zaznajomieni z danym tematem, a już tym bardziej ze specyficznymi terminami. Dokładnie taki sam cel przyświeca temu wywiadowi.

– Myślę, że warto dodać, że „casa” to po hiszpańsku „dom”. W moim przypadku mogę powiedzieć, że jest to mój akademicki dom. Nie chcę się nad tym za bardzo rozczulać, ale uważam, że tak powinno być.

– *Zdecydowanie. Poza tym, na pewno spotkałeś się z tym, że niektórzy utożsamiają przeciwieństwo uzależnienia nie tyle z trzeźwością co z poczuciem więzi (ang. *connectedness*). A z tym chyba nic nie kojarzy się bardziej niż właśnie dom.*

– Dokładnie tak.

– *Dobrze, więc znajdujemy się w Stanach Zjednoczonych, konkretnie w stanie Nowy Meksyk, w mieście Albuquerque, gdzie mieści się Uniwersytet Stanu Nowy Meksyk, w ramach którego działa MATEO Lab. Jest to wiodący ośrodek w dziedzinie badań nad behawioralnymi strategiami chroniącymi (Protective Behavioral Strategies, PBS), na których chciałbym się skupić w naszej rozmowie. Zacznijmy od definicji. Czym są PBS?*

– Są to poznawczo-behawioralne strategie, które można zastosować, żeby ograniczyć zagrożenia lub szkody

wynikające z używania substancji psychoaktywnych. Weźmy na przykład picie alkoholu. Niektóre z tych strategii nacelowane są na ilość oraz częstość wypijanego alkoholu. Inne dotyczą tego, by się nie upić lub nie zrobić tego zbyt szybko. A jeszcze inne skupiają się na minimalizacji szkód, niezależnie od tego, ile i jak pijesz. Na przykład niejeżdżenie samochodem pod wpływem alkoholu, powroty do domu z trzeźwym kierowcą, transportem publicznym, Uberem czy czymś w tym rodzaju...

– ***Byle tylko uniknąć wypadku związanego z alkoholem...***

– Zgadza się. Pozwól, że wprowadzę jeszcze rozróżnienie na szeroką i wąską definicję PBS. Powiedziałbym, że szeroka definicja uwzględnia wszystkie strategie, które przyczyniają się do ograniczania szkód jako takich, a więc to, co już powiedziałem plus także samo unikanie używania substancji. Jednak na potrzeby badań lepiej używać wąskiej definicji, która obejmuje jedynie te strategie, które można zastosować przed, w trakcie lub po przyjmowaniu substancji, ale nie te związane z unikaniem używania czy abstynencją.

– ***No tak, jest to zrozumiałe. W badaniach trzeba mieć wszystko jasno określone, ale na poziomie interwencji liczy się wszystko, co działa. To, co jest jednak najbardziej mylące w tym obszarze, to chyba samo nazewnictwo. Być może się z tym zgodzisz. Jak w całej psychologii, funkcjonuje tu wiele różnych określeń i koncepcji, które zdają się odnosić do tych samych zjawisk, i które często używa się zamiennie. Mówię tu na przykład o „strategiach redukcji szkód”, „zachowaniach ograniczających szkody” czy „praktykach minimalizacji ryzyka”.***

– Tak, i uważam, że wszystkie te określenia są lepsze. Myślę, że w nauce często tak jest. Matthew Martens, który w 2005 roku opublikował pierwsze narzędzie pomiarowe w tym zakresie, nazwał je właśnie „skalą behawioralnych strategii chroniących” (Protective Behavioral Strategies Scale). Skala ta się przyjęła, inni zaczęli więc nazywać to w ten sposób. I tak już zostało. Mnie się to określenie nie podoba. Jest niejasne. Tak, są to zachowania i strategie. Ma to sens, ale jest mało specyficzne. A najlepsze jest to, że zaczęto określać je jako „chroniące”, zanim jeszcze

sprawdzono, czy rzeczywiście działają. Domyślam się, że jeśli coś jest „chroniące”, to się dobrze sprzedaje.

– ***Zgadzam się. Zawsze trochę dziwnie się czuję, gdy wypowiadam tę długą nazwę, która brzmi jak jakieś zaklęcie. Ale z drugiej strony muszę przyznać, że gdy używam terminu „strategie redukcji szkód” to większość osób myśli, że chodzi mi o terapię substytucyjną czy program wymiany igieł i strzykawek...***

– Myślę, że ta niejednoznaczność jest niejako wpisana w redukcję szkód, bo w zasadzie prawie wszystko można nazwać jakąś redukcją jakichś szkód. Z abstynencją jest dużo prościej. Musisz podjąć tylko jedną decyzję – nie używać w ogóle.

– ***I o wiele łatwiej jest to zmierzyć czy sprawdzić, jak działa.***

– Może te inne określenia nie są dużo lepsze, ale przynajmniej wskazują na coś bardziej konkretnego niż „behawioralne strategie chroniące”.

– ***Widzę w ogóle dużo napięcia w tych różnych podejściach do problematyki używania substancji, ale także wewnątrz samej redukcji szkód. Z jednej strony mamy wszystkie te oddolne, pozarządowe inicjatywy, które działają u podstaw, ale dążą również do zmian na poziomie polityki narkotykowej, walki o prawa człowieka itd. Z drugiej strony są działania odgórne – systemowe, instytucjonalne, eksperckie, w tym prowadzenie badań w tym obszarze. I chociaż można zaobserwować pewne napięcia pomiędzy tymi perspektywami, to jednak wzajemnie się uzupełniają. Grają do jednej bramki.***

– To interesujące, co mówisz. Z badaniami nad PBS jest w sumie podobnie. Nie było tak, że kilku ekspertów usiadło przy stole i ustaliło między sobą, jakich strategii ludzie używają, tylko zapytano o to użytkowników substancji i okazało się, że oni już różne strategie stosują.

– ***Czyli PBS mają swoje oddolne korzenie...***

– Zwróciłeś mi tym właśnie uwagę na coś, o czym wcześniej w zasadzie nie myślałem. Niezależnie od tego, które z tych nazw użyjemy – redukcja szkód, minimalizacja ryzyka, PBS – wszystkim im brakuje podkreślenia ich

indywidualnego charakteru. Tego, że to od samego użytkownika substancji zależy, jak i czy w ogóle te strategie zastosuje. To jest jego zachowanie, a nie jakaś zewnętrzna interwencja. Przykładowo, rząd Stanów Zjednoczonych może działać w kierunku pozbycia się fentanylu z naszego rynku narkotykowego, i może to być bardzo skuteczne w przeciwdziałaniu tym wszystkim śmiertelnym przedawkowaniom. Ale nie jest to coś, co mogą zrobić poszczególne osoby przyjmujące substancje.

– *Sugerujesz, że powinno się nazywać je indywidualnymi strategiami chroniącymi czy redukcji szkód?*

– Tak. Myślę, że to mogłoby dużo ułatwić.

– *To może trzeba forsować takie określenie w publikacjach i wystąpieniach konferencyjnych?*

– Możemy, ale taka zmiana musiałaby zająć dłuższą chwilę i w zasadzie wprowadziłaby jeszcze więcej zamieszania.

– *Tym bardziej, że jest to zupełnie niekonieczne w świetle tego, po co w ogóle mielibyśmy się tym zajmować, czyli dla ograniczenia szkód związanych z substancjami psychoaktywnymi w świecie rzeczywistym.*

– Dokładnie.

– *Dość więc już o definicjach i nazewnictwie. Proponuję, żebyśmy porozmawiali o przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości PBS. Od czego się zaczęło?*

– Nie wiem, czy znam odpowiedź na to pytanie. Raczej nie jesteśmy w stanie dać dobrej odpowiedzi na temat pochodzenia czegokolwiek w świecie nauki czy ogólnie działalności człowieka. Zawsze, jak wydaje ci się, że trafiłeś do źródeł, możesz znaleźć artykuł opublikowany na przykład kilkanaście lat wcześniej, który mówił o czymś podobnym. Niemniej jednak jestem w stanie wskazać na pierwotne narzędzie, które dotyczyło tego, co nazywamy PBS.

– *Skala Martensa z roku 2005?*

– Tak. I w tym przypadku PBS pochodziły z behawioralnych modeli samokontroli, rozwiniętych później do

teorii samoregulacji. Pisano o nich jako o zdolności do samoregulacji w kontekście picia alkoholu. Wydarzyło się to w obszarze badań nad opracowaniem interwencji ukierunkowanych na picie alkoholu wśród studentów amerykańskich uniwersytetów. Pierwsze i kluczowe badania zostały przeprowadzone właśnie wśród tych populacji.

– *A dlaczego akurat wśród studentów, a nie gdziekolwiek indziej, skoro alkohol w ogóle jest najpopularniejszą używką?*

– Dobre pytanie. Sęk w tym, że uniwersytety w Stanach Zjednoczonych są odgórnie zobowiązane do prowadzenia profilaktyki w związku z piciem alkoholu. W związku z innymi substancjami również, ale to alkoholu używa się najczęściej i to on powoduje najwięcej problemów. Na kampusach uniwersyteckich można zaobserwować również utrwaloną kulturę picia. Picie i upijanie się jest tam czymś normalnym. I stąd ten obowiązek programów profilaktycznych. Jednak jeśli spojrzeć na ich skuteczność, to okazuje się, że mamy za sobą około 40 lat działań profilaktycznych, a poziom wszystkich szkód związanych z alkoholem jest mniej więcej taki sam. Jeśli spojrzymy na tytoń, to na przestrzeni ostatnich dekad widać wyraźnie, że przeszliśmy od palenia papierosów przez większość osób do niewielkiej grupy palaczy, szczególnie wśród osób młodych. Ale odsetki osób pijących alkohol utrzymują się na podobnym poziomie. Tak więc w pewnym momencie musiano zatrzymać się i dojść do wniosku, że to, co robimy, by powstrzymać studentów od picia, nie jest skuteczne. Po prostu nie działa. I teraz można albo te działania kontynuować, albo poddać się całkowicie, albo spróbować czegoś zupełnie nowego, na przykład wychodząc z założenia, że ludzie nie przestaną pić alkoholu.

– *I tu pojawia się perspektywa redukcji szkód.*

– Dokładnie. Powiedzieliśmy już, że PBS nazywa się wręcz strategiami redukcji szkód, czyli takimi strategiami, których celem jest samo ograniczenie szkód, a nie pozbycie się zjawiska, które te szkody powoduje. Chociażby dlatego, że zaprzestanie picia alkoholu jest bardzo trudne, o ile w ogóle możliwe. Poza tym, to wszystko nie jest takie proste czy zero-jedynkowe, jak mogłoby się wydawać.

– *Różne osoby używające tych samych substancji doświadczają różnych szkód.*

– Tak. I w tym sensie początek PBS był bardzo pragmatyczny. Szukano nowych odpowiedzi na stare problemy. A konkretnie, skoro ci studenci i tak będą sięgać po alkohol, to możemy zaradzić temu poprzez pokazanie im strategii, które minimalizują związane z tym szkody. Tym samym działając w kierunku zmiany samej kultury picia, czego jak dotąd nie udało się zrobić. Ludzie uczą się w dużej mierze poprzez naśladowanie. Nie inaczej jest z piciem.

– *To, jak pijemy alkohol, jest wypadkową tego, co zaobserwowaliśmy u innych?*

– Zgadza się. W Stanach alkohol pije jakieś 80% studentów, co znaczy, że jeśli jesteś studentem to 4 z 5 twoich znajomych pije, a ty siłą rzeczy chłonisz to, jak to robią.

– *Podsumowując, można powiedzieć, że PBS były odpowiedzią na problem picia alkoholu na amerykańskich kampusach uniwersyteckich, gdzie panuje kultura picia alkoholu, której nie można od tak przerwać.*

– Jest takie rozróżnienie na „mokre” i „suche” kultury. Tutaj mamy zdecydowanie do czynienia z tą mokrą. Albo inaczej mówiąc, alkohol jest wyraźnie częścią kultury uniwersyteckiej. Możesz to znać z filmów, których akcja dzieje się na amerykańskich uczelniach czy kampusach.

– *Rzeczywiście od razu kojarzę kilka scen z piciem prosto z beczki i do góry nogami...*

– Właśnie. I nie są to sceny wyssane z palca. Myślę, że jest tak dlatego, że w przypadku większości studentów pójście na studia wiąże się z wyjechaniem z domu i zamieszkaniem w akademiku. W domu pewnie nie mogli pić wcale lub musieli się z tym kryć, a teraz mogą zaszaleć. I to robią. Nie tylko piją, ale piją dużo, upijają się. A z tym z kolei wiąże się największe zagrożenie.

– *W Polsce jest podobnie, chociaż nie ma tylu kampusów czy miasteczek studenckich. Ale tam gdzie są, wygląda to podobnie. Młodzi ludzie również zazwyczaj wyjeżdżają z rodzinnych miejscowości na studia, nasza kultura jest też zdecydowanie „mokra” i dla*

nikogo nie jest dziwne, że na studiach dużo się pije. Ale takiego podejścia jak w Stanach u nas nie ma. Jak zresztą w większości miejsc na świecie. Ciekawi mnie, dlaczego, skoro Stany Zjednoczone nie uchodzą wcale za kolebkę redukcji szkód, a raczej znane są z wojny z narkotykami.

– Masz rację, to jest interesujące. W zasadzie nigdy wcześniej o tym nie myślałem, ale od razu nasuwa mi się myśl, że Stany Zjednoczone są postrzegane jako jeden z najbardziej indywidualistycznych narodów. PBS są z kolei najbardziej indywidualistyczną formą redukcji szkód. Chodzi w nich o to, co jednostka robi, żeby ograniczyć szkodliwość swojego zachowania, swoich decyzji. Podczas gdy inne kraje, nawet te, których polityka narkotykowa ma redukcję szkód na sztandarach, jak Portugalia czy Australia, są dużo bardziej systemowe. Mówi się w nich głównie o rozwiązaniach politycznych i regulacjach prawnych, zabiega się o dekryminalizację używania narkotyków itd. Nie chodzi więc o ciebie jako niezależną jednostkę, która ma umieć zadbać o samą siebie, ale o to, co my jako społeczeństwo możemy zrobić, żeby poprawić sytuację jednostek. To trochę tak jak z tymi twoimi działaniami ogólnymi.

– *Rzeczywiście, ma to sens, też o tym tak wcześniej nie myślałem. Z drugiej strony stanowcza polityka narkotykowa i jej egzekwowanie przez działania policyjne oraz Agencję ds. Walki z Narkotykami (Drug Enforcement Administration, DEA), oczywiście głównie poza granicami Stanów Zjednoczonych, jest niezwykle ważnym wątkiem w historii co najmniej ostatnich pięciu dekad całego kontynentu amerykańskiego. Ale nie wchodzimy w politykę. Było już o przeszłości PBS, więc skupmy się na teraźniejszości. W jakim punkcie znajdują się obecnie badania nad PBS?*

– Ten krytyczny przegląd badań nad PBS, który opublikowałem w 2013 roku... Chciałbym móc powiedzieć, że wiele się od tamtej pory zmieniło, ale niestety jest podobnie.

– *Możesz powiedzieć coś więcej o tym przeglądzie?*

– Pierwsze badania nad PBS prowadziłem jeszcze w trakcie swoich studiów i szczerze mówiąc szybko pojawiła się we mnie frustracja, z której narodziła się właśnie ta

praca. Krótko mówiąc, zauważyłem, że spośród setek dostępnych badań nad PBS każde zdaje się wybierać jakąś losową zmienną i traktować ją jako predyktor stosowania PBS czy też jako moderator lub mediator związku między używaniem substancji a doświadczeniem szkód.

– *Możesz podać przykład?*

– Weźmy za przykład badania wśród osób z problemami zdrowia psychicznego – z objawami depresji, zaburzeniami lękowymi czy przewlekłym stresem. Wiemy, że takie osoby doświadczają zwykle większych szkód niż osoby bez takich problemów, nawet jeśli piją alkohol czy używają innych substancji w podobnych ilościach. Sprawdźmy więc, czy nie jest tak dlatego, że stosują one mniej PBS. Okazuje się, że tak. I OK, jest to ważna informacja, tyle tylko, że zamiast kontynuować ten wątek, ci sami badacze biorą inne zmienne i sprawdzają to samo. Czyli na przykład, że osoby bardziej impulsywne piją w sposób bardziej szkodliwy, bo też rzadziej stosują PBS. I tak dalej. Ale nikt tych badań nie replikuje. Dlaczego? Może dlatego, że wyniki replikacji tych samych badań nie potwierdzały ich hipotez, więc nie były publikowane. Byłem sfrustrowany powierzchownością tych badań i nabrałem co do nich pewnych podejrzeń. Wpadłem więc na pomysł, żeby podsumować aktualny stan badań, wskazać na ich ograniczenia metodologiczne i wysłać w ten sposób konstruktywną wiadomość do tej poddziedziny naukowej, do innych osób zajmujących się naukowo PBS-ami.

– *Jaka to była wiadomość?*

– Główną konkluzją było to, że musimy zostawić już badania korelacyjne i zacząć stosować bardziej wymagające schematy badawcze. A konkretnie potrzebujemy badań interwencyjnych, czyli eksperymentów z grupami kontrolnymi, które pozwolą nam ustalić związki przyczynowe. Potrzebujemy też replikacji dotychczasowych badań, żeby sprawdzić, czy uzyskane wyniki są powtarzalne w różnych grupach i kontekstach. Zaproponowałem również trzymanie się wspomnianej już wcześniej wąskiej definicji PBS oraz wyjście poza badania retrospektywne, w których uczestnicy pytani są o to, jak często używali substancji i stosowali PBS w ciągu ostatnich trzech miesięcy czy nawet roku. Wiadomo, że jest to obciążone dużym błędem pomiaru. No bo kto to pamięta?

– *Szczególnie, jeśli używa się dużo i często.*

– No właśnie.

– *Od siebie mogę dodać, że twoja publikacja była ważna także z mojej perspektywy, jako badacza zajmującego się PBS w Polsce, gdzie w zasadzie byłem w tym odosobniony. Przegląd ten ma najwięcej cytowań spośród wszystkich prac na ten temat, bo też jest tak kompleksowy, że wręcz nie sposób się do niego nie odnosić. Myślę, że musiało kosztować cię to mnóstwo pracy, ale też spowodowało uznanie ciebie za eksperta od PBS. Trudno ocenić realny wpływ pojedynczych publikacji, ale kto wie, może gdyby nie ona, to i ja nie odwiedziłbym twojego laboratorium w ramach mojego stypendium. Wracając jednak do naszej rozmowy, wiem, że robiłeś doktorat i opracowywałeś ten przegląd, będąc jeszcze w Virginii, skąd pochodzisz. Ciekawi mnie, co sprowadziło cię tutaj.*

– Głównie pragmatyzm. Jeszcze przed obroną doktoratu otrzymałem dobrą ofertę pracy na Uniwersytecie Stanu Nowy Meksyk i się przenieśliem. Z początku myślałem, że spędzę tu tylko rok czy dwa lata, ale szybko zorientowałem się, że to miejsce ma zasoby, fundusze i zainteresowanie dla takich badań.

– *Więc stało się twoim akademickim domem.*

– Tak. Jestem tu już dziesięć lat.

– *Czym obecnie zajmuje się twój zespół?*

– Przeprowadziliśmy tu już kilka prób replikacji poprzednich badań, z których większość nie była udana, co oczywiście otworzyło drogę do nowych pytań badawczych. Skupiliśmy się również na interwencjach ukierunkowanych na uczenie studentów PBS, bo dotychczasowe wyniki nie były jednoznaczne. Jednym z pytań, na które próbujemy obecnie znaleźć odpowiedź, to kwestia rozstrzygnięcia, co jest skuteczniejsze – podejście „im więcej strategii, tym lepiej” czy raczej dobieranie odpowiednich strategii do konkretnego kontekstu. Póki co, wszystko wskazuje na to drugie. A to z kolei stawia pytania o to, czy interwencje powinny uczyć danego zestawu PBS, czy być zindywidualizowane i dostosowane do danej sytuacji. A także, czy w ramach interwencji

wystarczy samo uczenie PBS, czy może należy powiązać je na przykład z metodami dialogu motywującego, które zwiększałyby poczucie własnej skuteczności w stosowaniu tych strategii. Nad tym teraz pracujemy.

– ***A jak wyglądają takie interwencje?***

– Mogą to być albo interwencje indywidualne, w ramach spotkań twarzą w twarz, na przykład przeprowadzane wśród studentów, o których wiemy, że piją w sposób ryzykowny lub doświadczają problemów związanych z alkoholem. Ale mogą to być także interwencje realizowane za pośrednictwem e-maila lub specjalnych aplikacji mobilnych.

– ***Te ostatnie trudniej zorganizować, ale są pewnie o wiele atrakcyjniejsze dla studentów.***

– Sami opracowaliśmy jedną z takich aplikacji – CheckUp. Działa ona w ten sposób, że tworzysz swój profil i przed sytuacją, o której wiesz, że będziesz pić alkohol, ustalasz, ile maksymalnie masz zamiar wypić oraz wybierasz z listy PBS te strategie, które chciałbyś zastosować. Później, najlepiej na bieżąco, zaznaczasz ilość wypijanego alkoholu oraz stosowane PBS, a aplikacja wysyła ci spersonalizowane informacje zwrotne, motywujące cię do trzymania się twoich celów, wraz z podpowiedziami, co jeszcze możesz zrobić, żeby ograniczyć szkody. Wszystko jest maksymalnie uproszczone i dyskretne.

– ***Rozumiem. Jest to rzeczywiście przykład zastosowania metody Ecological Momentary Assessment. Wspomniałeś o niej już wcześniej, ale czy możesz wyjaśnić pokrótce, o co w niej chodzi?***

– Ecological Momentary Assessment, mówiąc najprościej, polega na stosowaniu za pomocą technologii mobilnej wielokrotnych pomiarów w celu uchwycenia zachodzących w czasie wahań w doświadczeniach emocjonalnych, poznawczych lub behawioralnych. Osobiście nie widzę na ten moment lepszej metody na mierzenie tego, ile i jak ktoś używa substancji psychoaktywnych oraz jakie strategie redukcji szkód przy tym stosuje. Wszystko to jest bardzo dynamiczne, zmienne w czasie, szczególnie jeśli w grę wchodzi intoksykacja, bo wiadomo, że decyzje i zachowania pod wpływem substancji mogą odbiegać od tych po-

dejmowanych na trzeźwo. Poza tym ważne jest, żeby pomiary były zbierane w rzeczywistych sytuacjach i naturalnym otoczeniu danej osoby. Jest to po prostu bardziej obiektywne.

– ***Dziękuję za to wyjaśnienie. Ten wywiad będą czytać także nienaukowcy, a w sumie i wśród badaczy ta metoda nie jest powszechnie znana. Kontynuując temat PBS, póki co, z naszej rozmowy wynika, że strategie te są badane i stosowane jedynie wobec alkoholu.***

– Gdy pisałem tamten przegląd, to tak właśnie było. W roku 2015 badania nad zastosowaniem PBS przeniosły się na marihuanę. Eric R. Pedersen przygotował dobrze opracowane narzędzie w tym zakresie. A niedawno, bo w zasadzie kilka miesięcy temu, Margo Hurlocker i ja opracowaliśmy narzędzie dla opioidów. Inny zespół stworzył z kolei skalę PBS dla hazardu, a jeszcze inny dla ograniczania szkód związanych z zachowaniami seksualnymi. Widać więc, że koncepcja PBS się rozwija i to nie tylko na inne substancje, ale w ogóle na różne zachowania ryzykowne. I to będzie pewnie kontynuowane w najbliższej przyszłości.

– ***Na to wygląda. A skoro jesteście już przy przyszłości, to co dalej z PBS? Jak przewidujesz i jak sam chciałbyś widzieć dalszy ciąg badań nad PBS?***

– Na pewno jednym kierunkiem jest dokończenie rozpoczętej przez ciebie pracy nad wyjściem poza myślenie w kategoriach specyficznych PBS dla pojedynczych substancji, jak alkohol czy marihuana. Używanie różnych substancji przez jedną osobę, nawet przy tej samej okazji, jest całkiem powszechne. Właściwie to coraz rzadziej spotyka się osoby, które używałyby tylko jednej substancji.

– ***Tak, a większość PBS i tak jest uniwersalna. Jeśli już używasz substancje psychoaktywne, to wiedz, co zażywasz, ostrożnie dawkuj, nie używaj w ciągach, unikaj strzykawek, bądź w bezpiecznym otoczeniu, wśród zaufanych osób itd.***

– Dokładnie. Inne kierunki wyznaczy zapewne postęp technologii, które będzie można zastosować w przyszłych badaniach. Myślę tu przede wszyst-

kim o pomiarach parametrów fizjologicznych za pomocą drobnych urządzeń, które uczestnicy badań będą mogli nosić przy sobie. To w zasadzie już teraz jest, ale w badaniach nad uzależnieniami, a szczególnie nad PBS, nie było to jeszcze wykorzystywane. Pomyśl, jak może wzrosnąć precyzyjność pomiaru, kiedy zamiast pytań o to, ile ktoś wypił danego wieczoru, będzie można po prostu zmierzyć stężenie alkoholu we krwi, monitorując przy tym szereg innych parametrów, które mają wpływ na zachowanie, jak choćby stres.

– ***Jest to dużo bardziej obiektywne.***

– A oprócz badań może mieć to również swoje zastosowanie w interwencjach. Myślę, że przyszłość należy do interwencji, które będą nie tylko spersonalizowane, ale także oferowane dokładnie wtedy, kiedy będą potrzebne (*ang. just-in-time adaptive interventions*). PBS świetnie się do tego nadają.

– ***Też widzę ten trend, tzw. M-Zdrowie (ang. M-Health). Ale dostrzegam też tego ograniczenia. Chociażby fakt, że spora grupa osób, o których można powiedzieć, że doświadczają poważnych problemów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych, to osoby niemające zasobów do tego, żeby korzystać z nowinek technicznych. Mam na myśli na przykład osoby bezdomne, żyjące na ulicy, których nigdy nie wiedziałem tak wielu, jak w Stanach.***

– Żadna interwencja nie jest dobra dla wszystkich. A osoby, o których mówisz, potrzebują raczej bardziej intensywnej i kompleksowych form pomocy.

– ***Zmierzając ku końcowi naszej rozmowy, może chciałbyś powiedzieć jeszcze coś o PBS?***

– Myślę, że cały ten nurt badań nad PBS wziął się tak naprawdę od jednej niezwyklej osoby, jaką był Alan Marlatt¹. Był nie tylko bardzo aktywnym badaczem, ale i mentorem, i gdyby nie on, te badania pewnie nie nabrałyby takiego rozpędu. Był też mentorem mojej mentorki, Katie Witkiewitz².

– ***A teraz ty szkolisz w tym innych...***

– Tak to działa. Inną ważną postacią był William R. Miller³, współtwórca metody dialogu motywującego. Był też współzałożycielem CASAA. I znów bardzo aktywny mentor. Przeszkolił wiele osób, które z nim pracowały i spojrz, jak ta metoda bardzo się spopularyzowała.

– ***Tak, w Polsce również jest popularna.***

– Więc tak właśnie widzę to, co stało się z PBS. Mieliśmy kilku wybitnych badaczy, którzy przeszkolili innych badaczy, i tak się to rozwinęło. I nadal rozwija. Mam tylko nadzieję, że w miarę jak PBS będą adaptowane do nowych zagrożeń, nie będziemy startować od zera, jakbyśmy nic o tym nie wiedzieli. Nie sądzę, że potrzebujemy kolejnych setek badań korelacyjnych, żeby dojść do podobnych wniosków jak w przypadku alkoholu. To, czego potrzebujemy, to może pięć dobrze zaprojektowanych badań, aby móc zonglować eksperymentalnie stosowaniem tych strategii i dowiedzieć się, czy rzeczywiście ograniczają one szkody, które chcielibyśmy, żeby ograniczały. A przynajmniej taką mam nadzieję, że w tym właśnie kierunku będą zmierzać przyszłe badania.

– ***Na zakończenie chciałbym zadać ci jeszcze kilka krótkich pytań.***

– Dobrze.

– ***Co myślisz o wojnie z narkotykami?***

– Nie ma żadnej wojny z narkotykami. Jest wojna z ludźmi, i to niestety przede wszystkim z ludźmi biednymi i społecznie zmarginalizowanymi.

– ***A teraz nieco bardziej osobiście. Jeśli twoje życie byłoby powieścią z tobą w roli głównej, to jaki tytuł mógłby mieć rozdział, w którym się obecnie znajdujesz?***

– To interesujące pytanie! Daj mi pomyśleć... Myślę, że mogłaby to być „Integracja Mateo”. Od jakiegoś już czasu mam wrażenie, że dzielę swój czas na kilka rzeczy, które są ze sobą połączone, ale nie do końca. Jest świat rodziny, świat badań, świat stand-upu, świat sztuk walci... Staram się to wszystko połączyć. Szukam tego, jak te światy mogą się nawzajem uzupełniać i tworzyć coś, czego nie mógłbym osiągnąć, traktując je jako osobne.

– **Bardzo ciekawa odpowiedź. A jak myślisz, jak mogłaby być zatytułowana cała powieść?**

– Na ten moment zatytułowałbym ją „Stając się...” (ang. *Becoming...*).

– **Bardzo dziękuję ci za poświęcony czas.**

– Ja również dziękuję i doceniam twoje pytania. Do zobaczenia.

– **Do zobaczenia.**

Przypisy

¹ Gordon Alan Marlatt (1941-2011) – amerykańsko-kanadyjski psycholog kliniczny znany ze swoich pionierskich badań w dziedzinie uzależnień, w tym w zakresie redukcji szkód, krótkich interwencji profilaktycznych oraz zapobiegania nawrotom. Autor 23 książek oraz ponad 300 artykułów i rozdziałów książek w zakresie badań i leczenia zachowań nałogowych. Założyciel i długoletni dyrektor Addictive Behaviors Research Center przy University of Washington w Stanach Zjednoczonych.

² Katie Witkiewitz – amerykańska psycholog działająca w dziedzinie badań i leczenia uzależnień. Znana m.in. z badań nad niezorientowanymi na abstynencję celami terapii uzależnień od alkoholu, zapobieganiu nawrotom oraz interwencjom opartym na uważności (*mindfulness-based interventions*). Aktualnie dyrektor Center on Alcohol, Substance use, And Addictions (CASAA) oraz Addictive Behaviors and Quantitative (ABQ) Research lab przy University of New Mexico w Stanach Zjednoczonych.

³ William Richard Miller – amerykański psycholog kliniczny, praktyk i badacz w dziedzinie uzależnień. Autor 60 książek, ponad 400 publikacji naukowych i rozdziałów książek głównie z zakresu zachowań nałogowych i leczenia uzależnień. Znany przede wszystkim jako współtwórca i popularyzator metody dialogu motywującego.