

**Parlamentarny
Zespół ds.
Rozwiązywania
Problemów
Uzależnień**



VIII kadencja

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PARLAMENTARNEGO ZESPOŁU
DS. ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW UZALEŻNIEŃ
z dnia 11 grudnia 2018 r.**

Pełny zapis przebiegu XXVI posiedzenia

Parlamentarnego Zespołu

ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień

11 grudnia 2018 r.

Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień pod przewodnictwem poseł **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Zespołu, zrealizował następujący porządek posiedzenia:

1) Profil absolwenta specjalistycznego szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień

W posiedzeniu udział wzięli **poseł Małgorzata Zwiercan (WiS)**, przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień, **poseł Krystyna Wróblewska (PiS)**, wiceprzewodnicząca zespołu oraz zaproszeni goście: Jacek Łuczak – doradca GIS ds. Zdrowia Publicznego, **Bogusława Bukowska** – zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, **Agnieszka Litwa-Janowska** – przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień, **Zbigniew Michalczyk** – kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku, **Adam Nyk** – wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR, **Zofia Sobolewska-Mellibruda** – kierownik Ośrodka Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród”, **Kinga Jasińska** – przedstawicielka Krajowej Rady Stowarzyszeń i Związków Abstynenckich, **Donat Kuczewski** – przewodniczący Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” w Wandzinie, **Joanna Chwaszcz** – prezes Stowarzyszenia Natanaelum, **Agnieszka Palacz-Chrisidis** – przedstawicielka Stowarzyszenia Natanaelum, **Paweł Krysztofiak** – dyrektor Fundacji BSK AA w Polsce, **Aneta Koczaska-Siedlecka** – przedstawicielka Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, **Anna Sternik** – psycholog, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, **Marta Gramała** – starszy specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego, **Włodzimierz Wieczorek** – asystent przewodniczącej Zespołu

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Witam państwa bardzo serdecznie. Szanowni państwo, otwieram dziewiętnaste posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień, którego tematyką jest sylwetka absolwenta specjalistycznego szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień. Pozwolę sobie na kilka słów wprowadzenia. Certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień może otrzymać osoba, która posiada tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa, lub osoba, która uzyskała tytuł magistra uzyskany na studiach po kierunku lub w zakresie: praca socjalna, psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, zdrowie publiczne, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia. Specjalistyczne szkolenia podejmują zatem osoby po różnych kierunkach humanistycznych, w ramach których mają dosyć zróżnicowane programy kształcenia. Niezależnie od tych różnic, przechodząc specjalistyczne szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień, uczestnicy szkolenia muszą nabyć określoną wiedzę, umiejętności, kompetencje społeczne oraz wypracować ramy odpowiednich postaw etycznych niezbędnych w pracy z pacjentami uzależnionymi i z osobami z zaburzeniami, których wystąpienie jest skutkiem pozostawania w związku emocjonalnym z

osobami uzależnionymi wspólnie zamieszkującymi i gospodarującymi. Wiedza na ten temat w systemie kształcenia PARPA i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii jest znacząca i dorobek ten został opisany choćby w ramach prac podmiotów szkolących uzyskujących akredytacje czy rekomendacje dla specjalistycznych szkoleń, które przedstawiają taką sylwetkę w wymiarze ogólnym, a szczegółowo zapewne także na poziomie sylabusów do poszczególnych przedmiotów. Niemniej jednak stoimy obecnie przed wyzwaniem opracowania nowych, ramowych programów szkolenia specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień, obejmujących uzależnienia od alkoholu, narkotyków i uzależnienia behawioralne. W ramach prac nad projektem rozporządzenia w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień warto poświęcić temu zagadnieniu dzisiejszą debatę Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień dlatego, że postulowana wiedza i umiejętności absolwenta, czyli tak zwany profil absolwenta, rzutują na podstawę programową. Na przykład ustalenie, jakie kompetencje w zakresie diagnozy nozologicznej ma specjalista psychoterapii uzależnień, będzie przekładać się na liczbę godzin z psychopatologii i diagnozy nozologicznej. Myślę, że zarówno zagadnienia ogólne, jak i szczegółowe staną się przedmiotem dzisiejszych prezentacji i następującej po nich dyskusji. Jestem państwu wdzięczna za przybycie na dzisiejsze posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Niech wolno mi będzie powitać państwa imiennie. Witam panią Martę Gramałę, starszego specjalistę w Departamencie Zdrowia Publicznego. Witam przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii – panią Bogusławę Bukowską i panią Dorotę Wieczorek. Witam przedstawicieli PARP-y – panią Annę Puchacz-Kozioł i panią Anetę Koczaską-Siedlecką i panią Agnieszkę Łukaszewicz. Witam Głównego Inspektora Sanitarnego – pana Jacka Łuczaka. Naszymi prelegentami będą dzisiaj pan Adam Nyk i pan Zbigniew Michalczyk. Pani Małgorzata Polecińska. Pan Roman Wojnar i pan Bogusław Habrat nie mogli niestety przybyć na nasze dzisiejsze spotkanie, niemniej mamy również wnioski i uwagi do nowej podstawy programowej. Witam również na dzisiejszym spotkaniu pana Pawła Krysztofiaka, dyrektora Fundacji BSK AA w Polsce, pana Donata Kuczewskiego, przewodniczącego Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS”, panią Kingę Jasińską z Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, panią Joannę Chwaszcz – prezesa Stowarzyszenia Natanaelum, panią Agnieszkę Palacz-Chrisidis ze Stowarzyszenia Natanaelum, panią Zofię Sobolewską-Meilibrudę – kierownik Ośrodka Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród”, panią Agnieszkę Litwę-Janowską – przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień i panią Iwonę Malik z WOTUW-u w Lublinie. Witam również wiceprzewodniczącą Zespołu, panią poseł Krystynę Wróblewską. Jeżeli kogoś pominęłam w powitaniach imiennych, to bardzo przepraszam, nie mniej jednak witam wszystkich państwa. O moderowanie dzisiejszego posiedzenia proszę asystenta pana Włodzimierza Wieczorka.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Dziękuję, pani poseł. Szanowni państwo, nasze dzisiejsze spotkanie jest w jakimś sensie kontynuacją debaty, która miała miejsce w Ministerstwie Zdrowia, gdy analizowaliśmy zapisy projektu rozporządzenia w dziedzinie uzależnień. Nie doszliśmy do części merytorycznej odnoszącej się do ram programowych, dlatego wydaje się zasadnym, żeby – niezależnie od tego, że na linii relacji między podmiotami szkolącymi, czyli PARPA albo KBPN, czy też w obrębie konsultacji środowiskowych mają państwo wypracowane sylwetki absolwenta – na tym etapie tworzenia projektu rozporządzenia spotkać się i zastanowić nad postulowaną sylwetką absolwenta. Ścierają się tu różnego rodzaju spojrzenia, które dotyczą zarówno zakresu merytorycznego, jak i liczby godzin, rozłożenia akcentów w ramach programu. Wydaje się, że nasza dyskusja może być zarówno ogólna, jak i odnosząca się do poszczególnych przedmiotów. Jeżeli ktoś z państwa miałby życzenie, żeby w pewnym momencie przeanalizować zapisy, które trzeba byłoby wyświetlić na monitorze, to bardzo proszę. Materiały, które otrzymują państwo w tym momencie to wybrane komentarze do projektu rozporządzenia. Ze względu na ograniczony czas osoby, które chciały wziąć udział, a nie mogły, przysłały swoje bardziej bądź mniej formalne

uwagi. Polecamy je życzliwej uwadze. Jeżeli chodzi o przebieg naszej debaty, będę zapraszał kolejno prelegentów, a na końcu tego cyklu wypowiedzi poprosimy o podsumowanie panią dyrektor Bogusławę Bukowską ze względu na to, że praktycznie jest gotowa określona propozycja rozporządzenia, więc byłaby to dobra kolejność, gdyby Pani Dyrektor odniosła się do różnych propozycji i uwag. Następnie otworzymy dyskusję na forum ogólnym. Już teraz zapraszam do robienia notatek i dzielenia się później swoimi komentarzami. Ze względu na to, że jest to ciąg dalszy debaty, jeżeli osoby zaproszone do prezentacji uznają, że powiedziały już to, co miały powiedzieć we wcześniejszych dyskusjach, jest to zrozumiałe. Natomiast istnieje również możliwość dopowiedzenia. Bardzo proszę panią Martę Gramałą, Starszego Specjalistę w Departamencie Zdrowia Publicznego. Jeżeli ma pani życzenie, żeby jeszcze się odnieść do sprawy rozporządzenia, to proszę, jeśli nie to proszę o informację na temat sylwetki absolwenta specjalistycznego szkolenia osoby reprezentujące Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Przedstawicielka Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Aneta Koczaska-Siedlecka:

Nie zrozumieliśmy, że zostaliśmy zaproszeni do konkretnego przygotowania sylwetki. Nawet jeśli byśmy byli zaproszeni, wymaga to zdecydowanie więcej czasu, którego nie mieliśmy. Zwykle praca nad tak dużym programem polega na tym, że spotyka się wielu specjalistów i ekspertów. W tej chwili nie mamy przygotowanego wystąpienia na ten temat.

[Osoba się nie przedstawiła]:

Myślmy też cały czas o terminie, który padł na spotkaniu, o perspektywie majowej i mamy w głowie to, że jest czas na konsultacje z szerokim środowiskiem i specjalistami, i w takim trybie, jak do tej pory tworzyliśmy te programy.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Byłam na dwóch spotkaniach w Ministerstwie Zdrowia i na ostatnim rzeczywiście umówiliśmy się, że będziemy pracować nad kolejnymi rozporządzeniami. Jestem wdzięczna za to, że ta możliwość jest przed nami, ale też dostałam informację z departamentu w Ministerstwie Zdrowia, że w połowie stycznia będzie spotkanie, na którym będziemy nad tym tematem pracować. Mamy się tym zajmować do końca stycznia, więc ja też jestem zaskoczona, bo być może chętnie przygotowałabym coś na to spotkanie, choć rzeczywiście termin jest szybki i jest to taki czas, że mieliśmy obiecany czas na to, żeby w merytorycznym gronie porozmawiać i uzgodnić różne rzeczy. Jestem obecna na spotkaniu, widząc temat, natomiast nie byłam przygotowana na to, że możemy tutaj dzisiaj rozmawiać aż tak szczegółowo. Żałuję, że nie dostaliśmy wcześniej tych materiałów, które tu są. Nie bardzo rozumiem połączenie między uzgodnieniami z ministerstwem, a rolą dzisiejszego spotkania. Rozumiem, że może będzie to jakaś wartość dodana.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Założenia spotkania są następujące: ze względu na określone, opisane już ramy programowe, które mogą być przedmiotem dosyć precyzyjnej dyskusji uznaliśmy, że warto się spotkać i porozmawiać o tym, jakie umiejętności i jaka wiedza praktyczna i teoretyczna powinny charakteryzować absolwentów specjalistycznego szkolenia. Dlatego w optyce pracodawców, doświadczonych psychoterapeutów, również osób, które prowadzą zajęcia dydaktyczne w szkołach psychoterapii uzależnień, taki głos może być głosem posiłkowym. To styczniowe spotkanie w Ministerstwie Zdrowia jak najbardziej jest utrzymane w mocy i się odbędzie, natomiast dzisiejsza debata pokazująca potrzeby po stronie sylwetki absolwenta może być głosem, który wniesie dodatkowe treści przekładające się na program. Zachęcam do tego, żeby brać udział w dyskusji w dalszej części. Wobec tego zapraszam do zabrania głosu pana Jacka Łuczaka, doradcę Głównego Inspektora Sanitarnego. Jeżeli ma pan życzenie wypowiedzieć się w

odniesieniu do sylwetki absolwenta, to zapraszam.

Doradca GIS ds. Zdrowia Publicznego Jacek Łuczak:

Dziękuję bardzo. Mogę powiedzieć, że Główny Inspektor Sanitarny nie ma w chwili obecnej żadnego przełożenia i połączenia z problematyką, która jest tutaj poruszana, tak że ja raczej skromnie będę chciał usłyszeć, jakie są propozycje i koncepcje. Czuję się tutaj raczej odbiorcą pewnych informacji, a nie osobą, która je kształtuje.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Rozumiem, bardzo dziękuję. Zapraszam wobec tego do zabrania głosu pana Zbigniewa Michalczyka, kierownika Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku. Bardzo proszę.

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku Zbigniew Michalczyk:

Dzień dobry państwu. Wiedziałem, jaki będzie cel spotkania i rzeczywiście zastanawiałem się nad tym zagadnieniem rozmawiając też ze współpracownikami. Oczywiście, prawdopodobnie jest to wąska perspektywa, ale z punktu widzenia osoby, która od dwunastu lat prowadzi oddział podwójnej diagnostyki w Otwocku. Jest to oddział w strukturach publicznej służby zdrowia. Pracujemy z adolescentami i z młodymi dorosłymi, którzy – oprócz uzależnienia – mają współwystępujące zaburzenia z obszaru psychopatologii. Z tej perspektywy chciałbym się podzielić swoimi spostrzeżeniami, które wydają mi się bardzo istotne. Po pierwsze chcę powiedzieć w imieniu środowiska, bo na oddziale, który prowadzę, oprócz tego, że pracujemy z pacjentami i od dwudziestu lat funkcjonujemy w obszarze leczenia i pomocy osobom uzależnionym, prowadzimy również staże kliniczne. Mamy rekomendację Krajowego Biura do prowadzenia staży w ramach specjalistycznego szkolenia. Mam też rekomendację superwizora, więc to kolejna perspektywa, z którą mam do czynienia. Pracuję z osobami w ramach procesu certyfikacyjnego, ale też superwizuję placówki leczenia uzależnień. Prowadzę również zajęcia w dwóch podmiotach szkolących, więc wydaje mi się, że perspektywy moich doświadczeń i spostrzeżeń dotyczą wszystkich obszarów: obszaru leczenia, perspektywy pacjenta, prowadzenia oddziału, superwizowania, prowadzenia staży klinicznych w ramach szkolenia. Jeżeli chodzi o tę sylwetkę, to wydaje mi się, że najprościej można odpowiedzieć na to pytanie w trzech obszarach zawierających kompetencje tej osoby. Na pewno powinna to być osoba przygotowana teoretycznie, z wiedzą, umiejętnościami i własnymi zasobami, które są niezbędne w późniejszej pracy i prowadzeniu terapii. Wydaje mi się to bardzo istotne. Należy tu dodać, że oczekiwania środowiska, które reprezentuję są takie, żeby rzeczywiście zacząć pracować z człowiekiem i uzależnieniem, a nie z poszczególnymi substancjami. My mamy na oddziale taką sytuację, że mamy kontrakt z NFZ na wszystkie substancje, począwszy od alkoholu, poprzez marihuanę, skończywszy na całej ICD-10 i wszystkim tym, od czego osoby mogą się uzależnić. Rzeczywiście trudno jest pracować oddzielnie z poszczególnymi substancjami. Wydaje nam się to wręcz niemożliwe, dlatego wydaje się zasadne, żeby osoba, która kończy specjalistyczne szkolenie, miała umiejętności pracy z uzależnieniem chemicznym, a nie w zależności od tego, po jakie substancje osoba sięgała. To jest bardzo istotne. Obserwujemy zresztą takie procesy, które polegają na tym, że jeżeli w terapii uzależnień skupiamy się na jednej czy dwóch substancjach, np. na grupie substancji psychostymulujących działających na organizm ludzki, to pacjenci oczywiście uznają utrzymywanie abstynencji od tych substancji, natomiast od innych już niekoniecznie i zamiennie mogą po nie sięgać często. Jednak nie jest to koniec procesu zamiennego podtrzymywania mechanizmów uzależnienia, bo czynią to też uzależnienia behawioralne np. w postaci nowych technologii, zachowań autoerotycznych czy jeszcze innych zachowań, które prowadzą do uzależnień oraz innego rodzaju zachowania na pograniczu uzależnień i psychopatologii, np. zaburzenia odżywiania czy zachowania autodestrukcyjne. Bardzo istotne wydaje mi się to, żeby sylwetka osoby, która kończy szkolenie specjalistyczne

była przygotowana do pracy z uzależnieniami. Po drugie, choć mam inną perspektywę, bo pracuję na oddziale podwójnej diagnozy, ale dosyć istotnym obszarem wydaje mi się występowania u osób uzależnionych różnych innych współistniejących zaburzeń. Jeżeli chodzi o dzieci i młodzież, są to różnego rodzaju zaburzenia, począwszy od całościowych zaburzeń rozwojowych, poprzez ADHD, ale również zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się we wczesnym dzieciństwie poprzez psychopatologie dorosłych, np. obszaru związanego z zaburzeniami osobowości. Kolejny wniosek: zasadne wydaje się postawienie tezy, żeby osoba kończąca szkolenie była też przygotowana do pracy nie tylko w obszarze uzależnień, ale też w obszarze innych współistniejących zaburzeń z obszaru psychopatologii. Wydaje mi się to bardzo istotne. Kolejna rzecz, która wydaje się ważna to uporządkowanie sprawy związanej z chorobą. Wszyscy doskonale wiemy, że uzależnienie jest chorobą, jednak nie zawsze spostrzegamy w praktycznej pracy z pacjentem przełożenie tego, że osoba jest chora. Czasami widzimy proces stygmatyzacji pacjentów. Uogólniając, można o tym powiedzieć, sprowadzając na przykład do nazewnictwa, gdzie słyszymy „alkoholik” albo „narkoman”, albo „osoba współuzależniona”. Wydaje się, że powinno się jednak odchodzić od takich procesów na rzecz konsekwentnego uznawania, że jest to choroba, czyli są to osoby uzależnione od alkoholu albo innych substancji psychoaktywnych. To, co znajduje się w rozporządzeniu i wydaje się bardzo ważne, to poruszenie kwestii pracy z rodziną. Nie z osobą współuzależnioną, ale w ogóle z rodziną. Mamy takie doświadczenie, że procent osób, które można byłoby zakwalifikować jako osoby współuzależnione, jest bardzo niewielki. Natomiast pozostałe osoby nie mieszczą się w tym obszarze i dlatego uważamy za zasadne rozszerzenie pracy z rodziną, osobami bliskimi osób uzależnionych. Z tego, co czytałem, jest też taki obszar, który ma uczyć przyszłych specjalistów psychoterapii właśnie pracy z rodziną. To, co widzimy u osób, które korzystają w różnej formie i na różnych etapach szkolenia, to brak doświadczenia pracy z człowiekiem. Nie wiem, na ile jest możliwe, żeby rozszerzać obszar związany z przygotowaniem siebie do pracy z człowiekiem, natomiast ten obszar też wydaje nam się słabym ogniwem w procesie przygotowującym przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień. Wracając do tematu naszego spotkania, wydaje się, że osoba ta powinna przejść taki proces w ramach szkolenia. Rozumiem, że na takim etapie dyskusja nie jest jeszcze zamknięta, natomiast ważne wydaje mi się również to, żeby mówić o sylwetce osoby, która ma pracować w obszarze leczenia uzależnień z dwóch perspektyw. Pierwsza perspektywa jest związana z pacjentem, a druga – ze skutecznością terapii uzależnień. Chciałbym powiedzieć na ten temat kilka słów. Co jest dla pacjenta istotą tego, że korzysta z terapii? Prawdopodobnie są to podstawowe i dosyć oczywiste rzeczy. Po pierwsze, dla pacjenta nie ma większego znaczenia, w jakim nurcie czy procesie szkoleniowym uczestniczył terapeuta. Natomiast, z jego perspektywy, bardzo ważne jest to, że jeżeli zgłasza dodatkowe trudności, terapeuta będzie potrafił się tym zająć. U osób, które pracują w lecznictwie widzimy deficyt związany z szerszym postrzeganiem człowieka, rozumieniem go w procesach psychologicznych, z różnymi trudnościami, które są odkrywane w przebiegu leczenia z powodu uzależnienia. Są to różnego rodzaju traumatyczne doświadczenia związane na przykład z przemocą. Ten obszar jest poruszany w procesie certyfikacji szkolenia PARPA i na pewno jest to ogromną wartością. Kolejny obszar to na przykład zaburzenia seksualne. Zmierzam do tego, że jeżeli pracujemy z pacjentem i w czasie terapii porusza on inne kwestie i trudności znacząco wychodzące poza uzależnienie, oczekiwaliby, żeby ta sama placówka, poradnia czy ośrodek mogły mu pomóc w tym obszarze. To jest perspektywa pacjenta, która wydaje mi się bardzo istotna. Wspominałem już o psychopatologii i innych uzależnieniach oraz uzależnieniach behawioralnych. Wydaje się, że dziś kompetencje psychoterapii uzależnień zdecydowanie powinny wykraczać poza sprowadzenie terapii czy leczenia tylko do samego uzależnienia. Bardzo ważne z perspektywy pacjenta jest również budowanie relacji. To taka oczywistość. Pacjenci korzystają na relacji z terapeutą, z placówką, z poradnią i z ich perspektywy na pewno jest to bardzo istotne. Przechodząc do ostatniego obszaru związanego z efektami leczenia, oczywiście można dyskutować o tym, jak dziś wygląda efektywność leczenia w obszarze uzależnień. W moim przekonaniu jest ona bardzo niska, zdecydowanie za niska. Tak niska, że na pewno należy się nad tym zastanawiać. Wynika

to prawdopodobnie z wielu przyczyn – na przykład z systemu refundowania i finansowania przez NFZ, gdzie NFZ nie pyta o metody i nie pyta o efekty terapii. Na pewno sprzyja to temu, że placówki nie zajmują się badaniem, ewaluacją i w konsekwencji sprawdzaniem, mierzalnością efektów swojej pracy. Wydaje mi się zasadne pytanie, czy chcemy stworzyć system dostępności dla osób uzależnionych, czy chcemy ambitniej iść w stronę pomagania i leczenia. Jeżeli to drugie, wydaje się zasadne, żeby specjalista psychoterapii uzależnień uczył się w procesie całego szkolenia przygotowującego ewaluowania swojej pracy. Trzeba uczyć go tego, żeby potrafił mierzyć, sprawdzać, czy to, co realizuje, działa i służy pacjentom. To jest też bardzo istotny obszar pracy terapeutycznej. Kolejny obszar, o którym warto tutaj wspomnieć a propos efektywności, jest związany ze zmiennymi, których jest zdecydowanie za dużo, żeby w konsekwencji mówić o efektywności. Dziś ten system leczenia jest konstruowany tak, że tak naprawdę na oddziały możemy przyjmować osoby w różnym wieku, a trudno o jedną metodę, która pomagalaby adolescentom, młodym dorosłym, osobom w średnim wieku czy osobom w starszym wieku. Na pewno są to inne metody i inne specyficzne oddziaływania ze względu na grupę. Trudno też znaleźć jedną metodę, żeby w równym stopniu i optymalnie pomagała ona zarówno kobietom, jak i mężczyznom. Myślę, że i mężczyźni, i kobiety mają swoją specyfikę i na pewno warto byłoby ją zauważać i uwzględniać w planowaniu i realizacji programów terapeutycznych. Zasadne wydaje się zwrócenie uwagi na obszar związany z psychopatologią, bo znowu nie ma jednej, skutecznej, optymalnej metody do pracy z osobami, które są na przykład uzależnione i mają zaburzenia depresyjne czy osoby uzależnione, które mają zaburzenia psychotyczne albo osoby uzależnione z zaburzeniami osobowości. W konsekwencji powoduje to, że duża różnorodność i rozpiętość pacjentów trochę nie sprzyja temu, żeby efekty w leczeniu były możliwe. Zmierzam do tego, że należałoby zwrócić na to uwagę w procesie kształcenia specjalistów psychoterapii ze względu na dobór różnych metod i ograniczanie tych zmiennych, które w konsekwencji ograniczają też skuteczność. Ostatnia rzecz, którą chciałbym jeszcze dodać to metody, które zostały – po pierwsze – tak skonstruowane, że są mierzalne, a jeżeli są mierzalne, to są ewaluowane i rzeczywiście możemy mówić o empirycznej wiedzy i ewentualnej skuteczności bądź jej braku. Dziś mamy takich dobrze zbadanych i mierzalnych metod co najmniej kilka. Zasadne wydaje mi się, żeby przede wszystkim uczyć tych metod, o których wiemy, że przynoszą największą efektywność w postępowaniu z osobami uzależnionymi i leczeniu ich. Wracając jeszcze na chwilę do perspektywy pacjenta, jeżeli rzeczywiście chcemy dobrać optymalną dla niego metodę, wydaje się zasadne, żeby specjalista psychoterapii uzależnień znał te metody i mógł dobierać jak najbardziej optymalne formy terapii dla pacjenta. Tych form terapii w Polsce rzeczywiście mamy sporo, bo są to placówki leczenia ambulatoryjnego, które są trochę inaczej zorganizowane w wypadku leczenia uzależnienia od alkoholu, a inaczej od innych substancji psychoaktywnych, ośrodki dzienne i ośrodki stacjonarne, gdzie też inaczej wygląda to w wypadku leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych i od alkoholu. Zmierzam do tego, że nie każdy pacjent może korzystać z każdej formy terapii. Kiedy myślę o swojej roli, wyobrażam to sobie tak: gdy trafia do mnie pacjent, ja wyposażony w taką wiedzę, poznając pacjenta po diagnozie i 1-2 spotkaniach, wiedząc, że są różne metody i różne formy oddziaływań terapeutycznych i leczniczych, pozwala mi to na to, żeby dobrać jak najbardziej optymalną pod konkretnego pacjenta i jego specyfikę, wiek, płeć i inne charakterystyczne cechy. Bardzo istotne wydaje mi się to, żebyśmy wyposażali specjalistów psychoterapii uzależnień w takie narzędzia, które będą służyły pacjentom właśnie w taki sposób, że te metody będą dobierane pod pacjenta i jego specyfikę. Przeczytałem, jak rozumiem, projekt. Uważam, że to bardzo dobry kierunek dla przyszłych psychoterapeutów uzależnień. Po pierwsze, jest duży obszar związany z pracą z człowiekiem, czyli psychoterapii, czyli pracy metodami psychologicznymi. Uważam to za ogromną wartość. Kolejnym obszarem, który wydaje mi się ważny, choć – jak rozumiem – sprawa nie jest rozstrzygnięta, to możliwość stawiania diagnozy nozologicznej przez specjalistów psychoterapii uzależnień. Dziś do końca nie wiemy, czy specjalista może to robić, czy nie. Postrzegam to w prosty sposób: jeżeli jest to choroba, jeżeli jest to specjalistyczne szkolenie rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia, to konsekwencją

powinno być to, że specjalista psychoterapii uzależnień powinien móc się wypowiedzieć w tym obszarze, czyli po prostu stawiać diagnozę. Wracając do projektu programu szkoleniowego, kolejny – wspomniany już – obszar to praca z rodzinami. Przybiera to różną formę, bo czasami trafia do mnie 15-16 letni pacjent już uzależniony, spełniający kryteria ICD-10 zespołu uzależnienia i wtedy zasadne jest pracować również z rodzicami. Ale często są to osoby dorosłe, gdzie pracujemy z ich żonami i dziećmi. Szersze spojrzenie na rodzinę i pracę z nią wydaje mi się ogromną wartością. Kolejny obszar związany jest z tym, czego jestem zwolennikiem: patrzenia na uzależnienie. Człowiek jest osobą uzależnioną, a to od jakiej substancji jest sprawą wtórną. W tym projekcie da się zauważyć, że pracujemy ze wszystkimi uzależnieniami od substancji chemicznych, nie dzieląc ich ze względu na rozpowszechnienie, legalność czy sposób działania na układ nerwowy. To co ważne, to że dodane są uzależnienia behawioralne. Wśród swoich pacjentów widzimy taką tendencję, że kiedy na oddziale są odcięci od substancji chemicznych, bardzo często zamiennie wchodzą w różnego rodzaju zachowania z obszaru uzależnień behawioralnych, co w konsekwencji podtrzymuje ich mechanizmy uzależnienia. Kiedy kończą terapię efekty są krótkotrwałe albo znikome. Wydaje mi się, że kierunki zawarte w propozycji są bardzo słuszne. Bardzo dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękujemy panu kierownikowi za tę prezentację. W nawiązaniu do niej chciałbym zapytać o postulaty związane z problematyką psychopatologii i diagnozy nozologicznej. Czy w opinii pana kierownika ten przedmiot powinien zostać znacząco rozbudowany godzinowo w programie kształcenia, biorąc pod uwagę potrzeby związane z sytuacjami podwójnej diagnozy?

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku Zbigniew Michalczyk:

Jestem przekonany, że godziny dydaktyczne, akademicka forma nauczania nie jest w stanie wszystkiego człowieka nauczyć. Myślę, że można dyskutować, czy ta ilość godzin jest słuszna, czy powinna być większa, natomiast osoby, które są w procesie certyfikacji powinny mieć możliwość uczenia się psychopatologii w praktyce. Uważam to za najefektywniejszą wartość. Można po prostu odbywać staże tam, gdzie są oddziały i zaburzenia współlistniejące. Na pewno wszyscy się zgodzimy – i ci z nurtu narkotykowego, i ci zajmujący się leczeniem uzależnień od alkoholu – że co najmniej od dekady widzimy te tendencje, że coraz trudniej jest znaleźć pacjenta tylko uzależnionego. Dużo zostało już o tym powiedziane i nie chcę się powtarzać, ale ludzie inaczej uczą się i nabywają kompetencje praktykując na oddziale, gdzie są takie rozpoznania i pacjenci, a inaczej w formie akademickiej. Myślę, że forma akademicka zaproponowana w tym programie może być wystarczająca.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź. Jeżeli ma pan krótkie pytanie, to bardzo proszę teraz. Ale lepiej pytania przełożyć na część dyskusyjną.

Doradca GIS ds. Zdrowia Publicznego Jacek Łuczak:

Chciałem to skomentować jeden z aspektów, bo z wykształcenia jestem lekarzem. Wydaje mi się, że jeżeli dojdziemy do definicji psychoterapii... Niektórzy twierdzą, że jej nie ma, ale gdybyśmy uznali, że jest to zastosowanie wiedzy psychologicznej do leczenia chorób, to jest potrzebna wiedza wynikająca z backgroundu, czyli z podstaw, czasem z wieloletniego wykształcenia po to, żeby się do tego odnosić. Zatem w pana ośrodku powinien być psycholog albo psychiatra, który jest fachowcem od chorób i łączy potrzeby terapii uzależnionych z głęboką wiedzą o psychice. Chodzi o to, aby połączyć dwa rodzaje osób, które pracują w takich ośrodkach: osoby, które są trenerami i osoby wyposażone w wiedzę, której nie zdobędzie się podczas czterdziestu godzin kursu. To jest jakaś abstrakcja, żeby podchodzić do tego w ten sposób. Dziękuję.

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku Zbigniew Michalczyk:

Może o tym nie wspominałem, natomiast zespół realizujący leczenie pacjentów w ośrodku, w którym pracuje liczy 22 osoby. Jest dwóch lekarzy, realizujemy też staże w ramach specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży, lekarzy mamy na co dzień średnio około trzech. Są psychologowie, ale najczęściej są oni w procesie certyfikacji – kształcą się w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień. Rzeczywiście rola lekarza jest niezbędna i niewyobrażalne jest to, żeby taka placówka funkcjonowała bez psychiatrów, natomiast czymś innym jest postawienie diagnozy nozologicznej, leczenie farmakologiczne, a czym innym prowadzenie psychoterapii, której lekarz nie prowadzi. Akurat my nie mamy lekarza, który szkolił się w nurbie psychoterapeutycznym. Rzeczywiście jest to praca integrująca różne obszary i podejście interdyscyplinarne, natomiast w wypadku schizofrenii można pracować psychoterapeutycznie – jest to rola psychoterapeutów. Można pracować chociażby nad interpretacją objawów wytwórczych i nasi terapeuci-specjaliści się tym zajmują. Wydaje mi się, że wiedza i kompetencje z obszaru psychopatologii są bardzo, bardzo istotne.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź. Zachęcam do zadawania pytań czy własnych wypowiedzi po części prelekcyjnej. Interdyscyplinarność zespołów terapeutycznych jest wymogiem i standardem. Zapraszam teraz do zabrania głosu pana Adama Nyka, wiceprzewodniczącego Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR oraz kierownika Poradni Profilaktyki Leczenia i Terapii Uzależnień. Bardzo proszę.

Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR Adam Nyk:

Witam państwa serdecznie. Odnosząc się do słów, które padły wcześniej, prowadzę poradnię ambulatoryjną przy ul. Hożej. Jest to miejsce, które przyjmuje osoby od najmłodszych po w pełni dorosłe. Odnosnie dyskusji, która przed chwilą się zakończyła, również nie wyobrażam sobie pracy terapeutycznej czy z tymi osobami najmłodszymi, czy dorosłymi, bez obecności lekarza psychiatry w żadnym systemie. Zarówno w systemie ambulatoryjnym, jak i w systemie stacjonarnym, gdzie różnego typu dolegliwości natury psychicznej ujawniają się również w trakcie odstawienia środków, czego pewnie większość osób, która pracuje w tego typu placówkach, doświadcza z pacjentami. Jeśli chodzi o moje uwagi, większość pokrywałaby się z tym, co padło wcześniej. Uważam, że nie tylko w zakresie terapii uzależnień, ale również dużo szerszych, humanistycznych nauk, brakuje nam w ogóle praktyki. Studenci, którzy trafiają w trakcie odbywania staży czy praktykujący chcący uczyć się tego zawodu kończą studia i praktycznie nie mają żadnej wiedzy – poza teoretyczną – na temat tego, jak pracować z pacjentem. Tutaj istotną rzeczą są podstawy kontaktu, a wydaje mi się – nawet niezbędną. Wachlarz, który w chwili obecnej jest, jeśli chodzi o praktyki, moim zdaniem jest zbyt skromny i należałoby go poszerzyć. Tutaj chodzi niewątpliwie o kawałek związany z psychiatrią i oddziałami psychiatrycznymi, gdzie nasi pacjenci, często przed odbyciem terapii stacjonarnej, przechodzą swój pobyt. To jest wręcz niezbędne. Gdy mam do czynienia z osobami uczącymi się, brakuje mi elastyczności w podejściu do osób bardzo młodych i do osób dorosłych. Myślę, że kawałki pracy z dziećmi – szczególnie we wczesnym okresie – są dość istotne, biorąc pod uwagę chociażby ostatecznie doświadczenia ze środkami zastępczymi zwanymi potocznie „dopalaczami”. Myślę, że mają z nimi do czynienia wszyscy, którzy pracują z najmłodszymi i widzą niski wiek tych osób. Moja najmłodsza pacjentka w poradni na Hożej, jeśli chodzi o „dopalacze” to rocznik 2004. Natomiast górna granica to wiek prawie pięćdziesięciu lat. Mówię tylko i wyłącznie o tych substancjach – środkach zastępczych. Powoduje to, że terapeuta, który zaczyna pracę z taką osobą, musi wykazać ogromną elastyczność w podejściu do tak różnych osób. Mówimy tutaj o różnicy wieku rzędu niespełna czterdziestu lat. Odnosząc się do pracy z rodziną, uważam, że jest ona czynnikiem wręcz niezbędnym. Kiedyś w terapii przez wiele lat lekceważyliśmy to. Pracowaliśmy tylko i wyłącznie z pacjentem, a to, co działo się w jego środowisku było

zostawiane. Na dzień dzisiejszy nie wyobrażam sobie, i pewnie wy również, by praca z taką czternastolatką odbywała się w oderwaniu od jej struktury rodzinnej. Oczywiście tutaj zgodzę się z tym, co powiedział pan kierownik, że niekoniecznie musi być to uzależnienie F43 *sensu stricto*. Może to takie zaproszenie do dyskusji. Nie wiem jak państwo, ja zauważam przede wszystkim problemy natury komunikacyjnej między rodzicami a tym najmłodszym pokoleniem. Rzecz, która od lat mnie zaskakuje to to, że uzależnienie nie jest dominantą tej relacji. Okazuje się, że problemy wychowawcze, brak komunikacji, a do tego jeszcze media elektroniczne, uzależnienia behawioralne... Jeżeli adept sztuki terapeutycznej nie będzie przygotowany również w tej materii i – tak jak rozmawialiśmy na ostatnim spotkaniu – będzie brakowało mu wiedzy, wydaje mi się, że nie poradzi sobie z holistycznym podejściem do pacjenta. Jeśli chodzi o wybór szkoły czy kierunku, również stoję na takim stanowisku, że wybór w przypadku uzależnień ma znaczenie wtórne. To elastyczność terapeuty powinna udrażniać możliwość komunikacji z każdym pacjentem i korzystanie ze wszystkich źródeł informacyjnych, szkół czy informacji, które powinno mieć miejsce w trakcie szkolenia specjalistycznego. Przede wszystkim postawiłbym na to, by szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień było rozszerzone o zajęcia praktyczne w jednostkach, które bezpośrednio pracują z osobami uzależnionymi. To jest taki postulat, który zebrałem od osób, które pracują bezpośrednio z osobami uzależnionymi zarówno w ośrodkach stacjonarnych, jak również w ambulatoriach na terenie całego kraju. To tak na początek. Dziękuję.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu za tę prezentację. Od razu w nawiązaniu do tego ostatniego postulatu, czy to w praktyce miałyby oznaczać wydłużenie staży klinicznych, powiedzmy, takich zablokowanych w trakcie ścieżki dydaktycznej na takiej zasadzie jak obecnie, że jest pierwszy i drugi staż kliniczny, które liczą 200 godzin, czy miałyby to być stały kontakt z pacjentem od początku szkolenia w ramach określonej placówki?

Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR Adam Nyk:

Myślę, że im wcześniej, tym lepiej, bo wejście w kontakt z pacjentem dla osoby, która ma z nim potem pracować w kontakcie indywidualnym, jest podstawą. Chodzi też może o – nie wiem, czy to właściwe słowo – o urozmaicenie tych staży, żeby obejmowały one i pracę ambulatoryjną, i pracę w strukturze stacjonarnej. Ale, tak jak zostało tutaj już zauważone, mogą czy powinny to być oddziały dzienne oraz oddziały psychiatryczne, gdzie taki pacjent również spędza część czasu w trakcie swojej struktury leczenia. A sam czas poszczególnych staży to już kwestia technicznego ułożenia tego bardziej w taki sposób, żeby było to też możliwe do asymilacji przez osobę, która przechodziłaby ten proces.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję za tę wypowiedź. Ze swojej strony dodam też, że staż pierwszego modułu dla wielu studentów jest właściwie pierwszym rzeczywistym kontaktem. Nie chcę teraz szacować, jaka to jest część. Ma to dużą wartość poznawczą, jeśli chodzi o proces terapii i doświadczenie. Im szersze spektrum psychoterapeutów czy zespołów w danej placówce, tym lepiej, natomiast dla osoby uczestniczącej w szkoleniu to też jest wartość postrzegania siebie; tego, jak się funkcjonuje w placówce leczniczej w relacji do pacjenta, w relacji do zespołu, co również ma wartość samą w sobie. Trochę nawiązuję tu również do dyskusji środowiskowych, czy psychoterapia własna powinna być wymaganym elementem szkolenia, jak jest w szkołach psychoterapii. Temat jest otwarty, ale jeżeli nie ma być wymaganym elementem szkolenia, to w mojej optyce mogę tylko potwierdzić, że kontakt z pacjentem ma duże znaczenie dla samopoznania osoby będącej w trakcie szkolenia.

Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR Adam Nyk:

Z naszej perspektywy dodatkowe szkolenie własne, czyli psychoterapia osób, które udzielają

pomocy, jest dość istotnym warunkiem jakości wglądu w samego siebie, a przez to wglądu w pacjenta. To jest oczywista oczywistość i nie będę tego tłumaczył w tym gronie. Jest jeszcze rzecz, która nie wszystkim wydaje się istotna, czyli superwizja zespołu. Bo jednak nie wszystkie zespoły podlegają superwizji. Bez niej nie wyobrażam sobie jakości pracy zespołu na takim poziomie, żeby było to możliwe w formie podawczej dla jakiegokolwiek pacjenta.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę teraz o odniesienie się do tych postulatów panią dyrektor Bogusławę Bukowską.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Proszę państwa, bardzo dziękuję za te wszystkie uwagi. Rozumiem, że przede wszystkim wymagają one dalszej dyskusji i być może to, co w tej chwili *ad hoc* powiem, w żaden sposób nie musi tej dyskusji kończyć. Proszę nie traktować tego tak, że zajmuję jakieś jednoznaczne stanowisko. Mam taką refleksję, że musimy się zastanowić, że to szkolenie, o którym tutaj rozmawiamy musi być możliwe do realizacji. Nie możemy wymyślić szkolenia, które będzie trwało pięć czy dziesięć lat. Jeżeli rzeczywiście chcielibyśmy uwzględnić wszystkie te postulaty, o których państwo tutaj mówili, szkolenie musiałoby być o wiele dłuższe. Bo jeżeli weźmiemy pod uwagę terapię własną, która zwykle trwa kilka lat, a do tego wydłużymy staże, wydłużymy zajęcia z psychopatologii i dołożymy części dotyczące tych wszystkich umiejętności, o których rozmawialiśmy, czyli pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie, pracy z osobami, które mają zaburzenia w sferze seksualnej... Musimy patrzeć realistycznie. To jest nasz punkt wyjścia, czyli musimy znaleźć jakiś kompromis pomiędzy tym, co ten terapeuta naprawdę musi umieć, żeby go w ogóle dopuścić do wykonywania tego zawodu, ale równocześnie mieć taką perspektywę, że to szkolenie jest tylko pewnym etapem w procesie kształcenia tego terapeuty. Wyobrażam sobie, że to nie powinno być tak, że my mamy poczucie, iż wyszkolimy takiego terapeutę i on już potem do końca życia nic nie robi, tylko bazuje na tym jednym szkoleniu. W naszym interesie jest, żeby zadbać o to, by ten terapeuta miał motywację do tego, by dalej się szkolić. Oczywiście nie jesteśmy w stanie tego zagwarantować. Nie możemy być przekonani, że wszyscy myślą w taki sposób o swoim rozwoju zawodowym. To jest moja pierwsza uwaga. Co do mojej opinii odnośnie ważności zgłaszanych tutaj postulatów, zgadzam się z nimi. Tylko jeżeli myślę o tym, jaki ma być kształt tego szkolenia i ile ma ono trwać, zaczynam być bardziej umiarkowana i spoglądam na to bardziej krytycznie. Na przykład odnośnie kwestii terapii własnej, która była tutaj poruszana, jeśli chodzi o stanowisko Krajowego Biura – a nie psychoterapeutów czy specjalistów terapii uzależnień, którzy z nami współpracują – uważaliśmy, że to nie musi być element konieczny na etapie kształcenia w zakresie terapii uzależnień. Rekomendujemy terapię własną, natomiast uważamy, że ma to być jakaś integralna część. Można zastanowić się, czy nie powinien być to warunek wstępny; czy na przykład nie powinno być tak, że dopiero ktoś, kto skończy terapię własną, może przystąpić do szkolenia w zakresie terapii uzależnień. Ja mam co do tego poważną wątpliwość. Uważam wręcz, że byłoby to niekonstytucyjne. Uważam, że nie można na nikogo narzucić obowiązku ukończenia terapii własnej. Jeśli chodzi o część praktyczną wydłużania staży, być może niektórzy z państwa, którzy śledzili losy naszego szkolenia zauważają, że najpierw mieliśmy jeden 80-godzinny staż, potem na skutek środowiskowej dyskusji przyjęliśmy inne rozwiązanie, że będą dwa staże – na początku 120-godzinny, dla części osób, które bardzo krótko pracowały w terapii, a potem 80-godzinny obowiązkowy dla wszystkich. Po ostatnim spotkaniu naszego środowiska wszyscy (ci, którzy realizują te szkolenia) doszli do wniosku, że rezygnujemy z dwóch modułów i zróżnicowania na osoby z doświadczeniem i bez doświadczenia i robimy jedno wspólne szkolenie. Czy można ten staż wydłużyć? Obecnie jest 80 godzin i wydaje się, że w PARPI-e – z tego co wiem – jest tyle samo. Być może można, bo nie ma jakichś przeszkód. Rozumiem, że ta decyzja zależy od nas. Natomiast znowu trzeba się zastanowić, czy rzeczywiście jesteśmy w stanie zrealizować to szkolenie i o ile je przedłużyć. Jest

to też kwestia tego, czy mówimy o stażu 200-godzinnym czy 90-godzinnym. To są bardzo istotne, szczegółowe decyzje, które będą miały wpływ na to, ile będzie trwało szkolenie i oczywiście też na koszty. Proszę wziąć pod uwagę, że istotne wydłużenie szkolenia ma wpływ na koszty. Jeżeli miałyby być to teraz na przykład 1200 godzin, na pewno koszty dla uczestników będą o wiele wyższe. Co do wątku psychopatologii, który wielokrotnie się pojawiał, wydaje mi się, że jeżeli szkolimy specjalistów psychoterapii uzależnień, muszą oni mieć bazę dotyczącą psychopatologii. Nie wyobrażam sobie, jak można szkolić psychoterapeutę, specjalistę terapii uzależnień bez tego programu. To, że wszystkiego go nie nauczymy, tak jak na studiach w zakresie psychiatrii, jest dla mnie oczywiste. Niemniej jednak specjalista powinien posiadać podstawową wiedzę, ponieważ ma to istotny wpływ na jego pracę terapeutyczną. Mam tutaj jeszcze wiele bardzo szczegółowych zagadnień, które państwo poruszali, ale wydaje mi się, że to są chyba najistotniejsze kwestie. Jest jeszcze problem uzależnień behawioralnych, na ile one mogą czy powinny zaistnieć w programie szkolenia. Z jednej strony ten projekt programu szkoleniowego, który jest obecnie, jest na tyle uniwersalny, że na pewno daje podstawy do umiejętności w zakresie pracy z osobami uzależnionymi, u których doszło do nadmiernego korzystania z Internetu czy uzależnionych od hazardu, natomiast na razie rzeczywiście nie ma tutaj takiej przestrzeni, żeby te zagadnienia bardziej pogłębiać, bo to znowu przekłada się na czas szkolenia. Myślę, że w zakresie podstawowych umiejętności to szkolenie przewiduje obecnie takie zagadnienia, natomiast jeżeli mielibyśmy wejść w szczegóły, być może ich tutaj brakuje. Poruszę może teraz jeszcze ostatnią kwestię dotyczącą pracy z osobami bliskimi. To jest zagadnienie, o którym sporo rozmawialiśmy z PARP-ą. W obecnym projekcie programu jest przewidziany cały duży moduł dotyczący pracy z osobami bliskimi. Jak państwo zauważyli, w całym programie nie ma propozycji, aby wskazywać określoną liczbę godzin, która miałyby przypadać na poszczególne zagadnienia czy na poszczególne moduły. Jest to zrobione celowo, bo uważamy, że te decyzje powinien podejmować podmiot szkolący. To jest minimalna podstawa programowa. Minimalna. To, o czym także dyskutowaliśmy i co może tutaj wprost nie zostało nazwane, ale wspominali państwo o tym, jak długo to szkolenie ma być realizowane i ile godzin ma być zawartych. Chciałabym się odnieść tylko do części dotyczącej istniejącej dotychczas różnicy w godzinach pomiędzy szkoleniami realizowanymi przez podmioty współpracujące z PARP-ą i przez podmioty współpracujące z Krajowym Biurem, bo do tej pory była to spora różnica. W Krajowym Biurze stoimy na stanowisku, że nie widzimy żadnych przeszkód, a wręcz widzimy, że byłaby to duża korzyść, jeżeli by to szkolenie przedłużyć do 800 godzin, tak jak jest to obecnie w PARP-ie. Jedyna nasza troska jest taka, czy uda się to zrobić w ciągu ograniczenia czterech lat, które mamy w naszej ustawie. Zastanawialiśmy się nad tym już od momentu, kiedy było spotkanie w ministerstwie i właściwie doszliśmy do takiego wniosku, że właściwie da się to zrobić. W jaki sposób? Trzeba będzie wydłużyć sesje. Da się to wtedy zrobić w ciągu czterech lat. Wtedy rzeczywiście można byłoby te zagadnienia, w tym zagadnienia dotyczące pracy z rodziną, uwzględnić w tym programie. Jeśli mają państwo jakieś bardziej szczegółowe pytania, to bardzo proszę.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękujemy, pani dyrektor. Otwieramy dyskusję. Teraz jest czas na pytania, własne komentarze czy jakieś *votum separatum*.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Jestem kierownikiem szkolenia w certyfikacie PARPA. Po pierwsze, zastanawiam się nad tym, co dotyczy terapii własnej. Myślę sobie, że byłoby absolutną i głęboką szkodą rezygnowanie z własnej pracy terapeutycznej. Jest różnica między psychoterapią własną związaną z leczeniem, a terapią związaną ze szkoleniem. Tak jest w psychoterapii i tak było w psychoterapii uzależnień, której się kiedyś uczyliśmy i którą teraz proponujemy osobom gotowym podjąć się takiego zawodu czy uczącym się go. Bez elementów pracy własnej związanej z analizą własnych ograniczeń i możliwości, ewentualnie własnych kłopotów i trudności, które mogłyby być

wzbudzone lub przeszkadzać w pracy z pacjentem, nie wyobrażam sobie możliwości dopuszczenia osoby, dania certyfikatu i umożliwienia jej samodzielnej pracy. A nawet w trakcie pracy czy przygotowywania się uważam, że to powinien być początek wchodzenia w proces szkolenia. Możemy dyskutować, jak obszerna powinna być ta praca własna i myślę, że nie musi to być jakaś wielka ilość godzin. Realnie, jeżeli taka osoba odkrywa, że ma większe problemy wymagające psychoterapii i leczenia zaburzeń czy zakłóceń, wówczas nie jest to tożsame z terapią do celów szkoleniowych.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

W jakim stopniu i jaki to jest moduł szkolenia, który dotyczy terapii własnej w obecnym kształcie programu szkolenia, który jest rekomendowany przez PARPA?

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

To, co w tej chwili jest elementem pracy własnej, to treningi interpersonalne i intrapsychiczne.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Wobec tego być może zaszło tutaj niezrozumienie intencji osób, które wypowiedziały się na temat terapii własnej, bo o tym nie rozmawiamy. Treningi są integralną częścią szkolenia PARPA i od samego początku integralną częścią szkolenia realizowanego przez Krajowe Biuro. Mówimy o wieloletniej terapii własnej, która jest podejmowana poza systemem szkolenia. Mówimy o tym, czy ma to być warunek dopuszczający.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Absolutnie nie.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Mówimy o tym, co mamy wspólne. Nie powiedziałam tego, że chcemy zrezygnować z treningów.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

To jest rodzaj osobistej szkoleniowej pracy nad sobą, dlatego mówię o tej różnicy.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Podkreślam: w tym względzie nie ma różnicy.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Rozmawialiśmy tutaj o praktyce. Pan asystent zaznaczył, że być może staże to jest pierwszy moment, kiedy ktoś uczący się tego zawodu ma kontakt z pacjentami. Nie jest tak. Myślę, że ogromnym atutem szkół w obszarze psychoterapii uzależnień jest to, że od samego początku jest praca z pacjentem, więc te osoby muszą podjąć pracę w podmiotach leczniczych – miejscach, które są ośrodkami terapii uzależnień. Forma zatrudnienia nie jest tutaj istotna, bo także i forma wolontariacka ma swoje ramy formalno-prawne. Nie chodzi tutaj o formę zatrudnienia – chodzi o udział w leczeniu w miejscu, które proponuje psychoterapię uzależnień i osób współuzależnionych i w ramach tego te osoby muszą w tym uczestniczyć od samego początku szkoły i doświadczają, praktykują pracę z pacjentami pod nadzorem. Są zobowiązane omawiać swoją pracę zarówno w ramach procesu szkoleniowego, jak i w ramach pracy, bo także i w kontraktowaniu NFZ jest wymaganie, żeby osoba, która jest w toku certyfikacji pracowała pod nadzorem. Dlatego też to, co – moim zdaniem – różni dotychczasowe dwie ścieżki, to jednak upierałabym się przy tym, żeby od samego początku w tym procesie szkoleniowym, który

konstruujemy, było uwzględnione i możliwe praktykowanie pracy z osobą, która jest członkiem rodziny, osobą współzależną czy osobą z syndromem DDA. Moim zdaniem konieczne jest takie wymaganie egzaminacyjne. Moi przedmówcy też mówili o tym, że nie da się pracować wybiórczo w naszym systemie. Myślałam też o wydłużeniu staży. Odniosę się do ilości godzin i do tego, jak to wydłużać. To nie jest kwestia tego, ile dni będzie w skumulowany sposób proponowane w ramach szkolenia i jak szkoła rozwiąże to fizycznie. W tym momencie obawiałabym się, że efekty szkolenia nie będą wystarczające. Rozumiem, że w tej chwili ustawa wymaga, żeby były to cztery lata i jest to formalne ograniczenie. Rozumiem też, że będziemy pracować nad ustawą. Natomiast wydaje się, że jeżeli mamy zintegrować dwie, do tej pory różne ścieżki szkoleń, jeśli mamy taki plan i nam się to powiedzie, naprawdę będziemy musieli przyjąć taką myśl, że musimy to szkolenie rozszerzyć nie do granic możliwości, ale uzupełniając specjalistyczne treści w obu nurtach. Nie wyobrażam sobie tego, żeby w tej chwili wpychać w program, który i tak jest dość obszerny i bazowy, jeszcze treści, które są ogromnie istotne, dotyczą pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków, pewnych specyfików tej pracy. Uważam, że trzeba uzupełnić staż do doświadczenia z jednej czy z drugiej ścieżki, żeby absolwent takiego szkolenia rzeczywiście miał kontakt, także w ramach staży czy swoich praktyk zarówno z jednym, jak i z drugim typem pacjentów. Nie unikniemy rozszerzenia tego. Pozostaje pytanie: gdzie możemy się spotkać?

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Myślę, że cały czas próbuję odpowiedzieć na to pytanie. Musimy próbować podejmować takie decyzje, które są wykonalne. W chwili obecnej ustawa ogranicza nas do tego, że szkolenie od momentu rozpoczęcia do momentu podejścia do egzaminu nie może być dłuższe niż cztery lata. To są na ten moment warunki brzegowe, które zmuszają nas do myślenia o określonej liczbie godzin tak, żeby było można je w tym okresie czasu zrealizować. W momencie kiedy uda się znowelizować ustawę, można ponownie wrócić do projektu rozporządzenia i zmieniać je. Przecież rozporządzenie jest zawsze łatwiej zmienić. Ale w tej chwili mamy takie warunki brzegowe, jakie mamy i nie widzę możliwości wyjścia poza te 800 godzin. To jest nie do wykonania w ciągu czterech lat, żeby wyjść poza 800 godzin. To, co mówiłam o wydłużeniu sesji, nie padło w takim kontekście, że daję jakąś propozycję optymalnej realizacji szkolenia. Odnosiłam się wyłącznie do tego, jak zrealizować te 800 godzin w ciągu czterech lat. Zastanawialiśmy się nad tym i doszliśmy do wniosku, że jedyny sposób to jest właśnie przedłużenie sesji. Natomiast jeżeli kiedyś ustawa się zmieni i będzie to można realizować w dłuższym okresie, to jak będą realizowane te szkolenia będzie zależało od podmiotów szkolących. Nie uważam, żeby wnikanie w takie niuanse było zadaniem Krajowego Biura. Co do liczby godzin, myślę, że to jest maksymalnie 800 i to jest i tak bardzo duże ryzyko, że będzie to bardzo duża trudność dla podmiotów szkolących.

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnozy w Otwocku Zbigniew Michalczyk:

Też uważam, że 800 czy 720 godzin to liczba wystarczająca i raczej złym pomysłem jest to, żeby dodawać kolejne elementy. Jest to niemożliwe i obawiam się, że będziemy rozmawiali i zaraz padnie pytanie, czemu nie jest to szkoła psychoterapii, a tylko specjaliści terapii uzależnień. Zmierzalibyśmy w tę stronę, dodając jeszcze na przykład własną terapię, która trwa co najmniej kilkanaście miesięcy. Zastanawiałabym się, co możemy zrobić, żeby realizować te wszystkie cele charakteryzujące absolwenta szkolenia. Co możemy zrobić przed, czyli w momencie kiedy kwalifikujemy te osoby i co możemy zrobić po szkoleniu – jak zachęcać absolwentów do tego, by korzystali z superwizji i dalszego rozwoju osobistego. Choć wydaje się, że każdy, kto idzie na takie szkolenie, powinien sam z siebie posiadać taką motywację. Na pewno dobrym ruchem jest to, że rezygnujemy, jak rozumiem, z pierwszego modułu i robimy jeden moduł. Bardzo dobrym posunięciem jest to, że osoby, które trafiają na superwizję już w trakcie szkolenia, muszą mieć

pacjentów i jest to warunek i gwarancja tego, że już mają one pacjentów i pracują z nimi. Myślę, że dobrym kierunkiem jest to, żeby po prostu spojrzeć na proces kwalifikacji osób do procesu szkoleniowego i potem po zakończeniu 700-800-godzinnego szkolenia. W moim przekonaniu jest to wystarczające, bo przekroczymy granicę, czemu nie miałyby to być szkolenie psychoterapeutyczne, a tylko ograniczone i przygotowujące do pracy z osobami uzależnionymi. Dziękuję.

Przedstawicielka Krajowej Rady Stowarzyszeń i Związków Abstynenckich Kinga Jasińska:

Jestem psychologiem i również terapeutą uzależnień. Chciałabym odnieść się do wydłużenia czasu szkolenia. Nie obawiałabym się go, ponieważ mówimy o zawodzie, który jest związany z bezpośrednią pracą z człowiekiem, gdzie osoba go wykonująca może przynieść wiele dobrego, ale i zrobić dużo krzywdy. Podobnie jak lekarze. Zatem jeżeli lekarze mają tak długi okres szkolenia, nie obawiałabym się rozwijania tego. Aczkolwiek szczególnie tej kwestii nieco bardziej praktycznej – stażowo-superwizyjnej. Popieram to, co powiedział pan Michalczyk o kształceniu akademickim. Chciałabym na bieżąco podzielić się własnym doświadczeniem, ponieważ prowadziłam zajęcia z pacjentami i uświadomiłam sobie, że to, co słyszałam kiedyś na studiach psychologicznych z ust samego profesora Mellibrudy na temat mechanizmu uzależnień... Słuchałam tego wtedy jak bajki o żelaznym wilku – to były jakieś teorie i jakieś nazwy. Natomiast zupełnie czymś innym jest zobaczyć to w działaniu u własnych pacjentów. Część superwizyjna jest moim zdaniem bardzo ważnym szkoleniem. Chcę jeszcze odnieść się do kwestii obowiązkowej psychoterapii. Odnosząc się do tego, co powiedziała pani Agnieszka, na początku szkolenia – przynajmniej w wersji PARPA, bo innych nie znam – jest część treningów intrapersonalnych i interpersonalnych. To jest dobry moment, żeby sprawdzić, czy osoba, która rozpoczyna to szkolenie ma predyspozycje, czy ma trudności, czy nie. Z własnego doświadczenia pamiętam, że dla różnych osób był to moment weryfikacji. Natomiast zmuszanie do psychoterapii, czyli taka psychoterapia obowiązkowa, osobiście jest dla mnie trochę czymś takim jak gdyby, dajmy na to, adepta lekarza ortopedę profilaktycznie na miesiąc zagipsować, żeby sprawdził, jak to jest. Dziękuję.

Kierownik Ośrodka Rehabilitacji Uzależnień i Podwójnej Diagnostyki w Otwocku Zbigniew Michalczyk:

Z tego, co rozumiem – i zdecydowanie tak jest – zarówno szkolenie PARPA, jak i Krajowego Biura rozpoczyna się od treningów psychologicznych i zarówno w jednym, jak i w drugim programie jest obowiązek przejścia treningów intrapsychicznego i interpersonalnego. Mam takie poczucie, że chyba nie do końca słyszymy. To jest standard. Dziękuję.

Doradca GIS ds. Zdrowia Publicznego Jacek Łuczak:

Co prawda nie znam się dobrze na uzależnieniach, ale tworzyłem w Polsce koncepcję medycyny rodzinnej i muszę powiedzieć jako lekarz rodzinny, że nigdy nie miałem problemów we współpracy z państwem. Chciałem za to podziękować, bo też przy okazji robiłem teraz rozpoznanie, jak przebiega ta współpraca u lekarzy rodzinnych i nikt nie ma problemów z przekazaniem do państwa pacjentów, więc za to dziękuję. Natomiast, przygotowując się do tego spotkania, wszedłem do Internetu i znalazłem parę rzeczy, którymi warto zająć chwilę czasu. Wypowiada się psychoterapeuta. Mówi tak: „Ale certyfikat certyfikatowi nierówny. Różne stowarzyszenia psychoterapeutyczne mają różne standardy szkolenia i certyfikowania. Jak można porównać psychoterapeutę, który musi mieć zaledwie dwa lata praktyki z kimś, od kogo się wymaga pięciu lat? Czy psychoterapeuta, który ma zaledwie 100 godzin *self-experience*, i to w postaci np. zgrupowania dydaktyczno-treningowego albo treningu interpersonalnego, będzie miał takie kompetencje osobowościowe jak ten, kto przeszedł kształcenie według standardu Unii Europejskiej 1400 godzin i ma za sobą 300-400 godzin regularnej psychoterapii? Konkretny certyfikat jest wart tyle, ile warte są wymogi, jakie musiał spełnić aplikujący. Nie wszystkie niepsychoterapeutyczne organizacje certyfikujące miały zawsze wysokie wymogi. Niektóre

piętnaście lat temu nie wymagały niemal niczego, a 36% swoich certyfikatów psychoterapeuty i ponad 50% certyfikatów superwizorskich rozdało bez egzaminów kolegom. W związku z tym wydaje mi się, że jest o czym rozmawiać i być może, przynajmniej gdybym zabierał się do tego tematu z pozycji ministerstwa, trzeba by było podejść do tego w sposób bardziej stanowczy i bardziej gruntowny, a nie koncentrować się na tym, czy 80 godzin wystarczy, czy 40 to za mało i w jakich kategoriach. Trzeba najpierw odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań. Po pierwsze, czy te działania są efektywne? Zaniepokoiło mnie to, co powiedział pan kierownik z Otwocka o tym, że są nieefektywne. Nie wiem, czy ma to jakieś podstawy, ale dobrze by było wiedzieć nie ile osób jest w leczeniu, tylko ile osób z tego wychodzi. Wiadomo, że to się trudno liczy, bo oni wracają, ale nie może być tak, że NFZ płaci nie wiadomo za co, bo coś takiego zrozumiałem z tej wypowiedzi. Po drugie, czy struktury są optymalne? Inaczej mówiąc, przy okazji remontu w domu warto jest popatrzeć od samych podstaw czy ten dom jest funkcjonalny od strony struktur. Po trzecie, czy rzeczywiście mamy za mało kadry? Może się okazać, że jak się dopasuje ją do zapotrzebowania, struktur i efektów, okaże się, że tej kadry wcale nie jest tak mało. Po czwarte, dopiero wtedy należy zadać pytanie, jakich osób potrzebujemy. Widać tu wyraźnie, że są to dwa rodzaje osób. Przynajmniej wydaje mi się tak na podstawie świeżego spojrzenia z zewnątrz. Są instruktorzy terapii, którzy rzeczywiście mogą funkcjonować w takim systemie certyfikacyjnym, bo certyfikat – zgodnie z definicją słownikową – to jest zaświadczenie. To są ludzie, którzy dostają zaświadczenie, natomiast zupełnie inną osobą jest specjalista psychoterapii uzależnień, który dla mnie jest gościem mającym prawo do tego, żeby manipulować w mojej głowie. Tutaj chodzi też o pacjentów. Trzeba myśleć o pacjentach. Kiedy mamy poddać się operacji, jesteśmy wtedy najbardziej wiarygodni, bo myślimy o sobie. Jeżeli miałbym się poddać operacji, nie chciałbym pójść do chirurga, który będzie ją robił dopiero pierwszy raz i się uczy. Raczej wybrałbym takiego, który ma pewne doświadczenie. Jesteśmy to winni pacjentom. Muszą dostać wystandaryzowaną opiekę i stąd jest potrzeba pewnego spójnego spojrzenia na kształcenie i na to, kim ma być specjalista psychoterapii. Moim zdaniem jest to ten najwyższy wymóg – powinniśmy patrzeć przede wszystkim z perspektywy pacjentów. Jeżeli chodzi o ten dylemat, ja raczej opowiadam się za tym, że uzależnienie jest jedno i psychoterapia to dziedzina ekwiwalentna z leczeniem. To jest bardzo poważna sprawa jeżeli chodzi o poziom interwencji w człowieku. Powinno się jakoś uwspólnić terapie różnego rodzaju uzależnień. Robiłem sondaż i rozmawiałem z psychiatrami, którzy doznają teraz wielkiej reformy. Tworzą ZOZ-y psychiatryczne – ośrodki zintegrowane. Pytałem ich, czy przy okazji tego wielkiego manewru, nie byłiby zainteresowani tym, żeby troszkę przytulić uzależnienia do siebie i usłyszałem wielki opór. Zdziwiło mnie to, ale opór był bardzo stanowczy. Zastanawiam się, z czego to wynika i czy w którymś momencie nie powinno się doprowadzić do jakiegoś zbliżenia, bo byłoby dużo łatwiej. W medycynie jeżeli ktoś jest specjalista, to ma dyplom, a nie certyfikat. Wydaje mi się, że gdyby psychiatria zbliżyła się na tyle, żeby wykorzystać to doświadczenie – bo przecież tam są trzy poziomy: kształcenie przeddyplomowe, specjalizacyjne i CPD, czyli ciągły rozwój zawodowy, u który też u państwa chodzi. To jest wykształcenie, które się nigdy nie kończy, bo człowiek ciągle musi śledzić zmiany. Metody są też trudne, a nie takie jak, powiedzmy, w mechanice. Wydaje mi się, że to powinien być jeden z elementów wart rozważenia: dlaczego jest tak odległe w tym środowisku? Tam też są uczelnie, autorytety, profesorowie. Dyplomy mogłyby wtedy mieć podstawy bardziej typowe dla środowisk medycznych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękujemy bardzo za wypowiedzieć. Chciałam jeszcze dopowiedzieć coś od siebie. Jeżeli chodzi o psychiatrów i całą psychiatrię, to staramy się, żeby uzależnienia wyłączyć spod psychiatrii. Nadal jesteśmy pod psychiatrią. W związku z tym lekarze psychiatrzy, którzy zajmują się również osobami uzależnionymi muszą dodatkowo przejść ścieżkę szkolenia leczenia uzależnień. Specjalizacja psychiatrii nie wystarcza do tego, żeby pochyłać się nad osobami uzależnionymi. Jest to jakby dodatkowa specjalizacja. To co powiedział pan o certyfikacie na pewno jest tutaj dla wszystkich jasne. W procesie certyfikacji są i specjaliści, i instruktorzy. Osoba, która jest

specjalistą otrzymuje potem tytuł specjalisty, a instruktor otrzymuje tylko stopień instruktora leczenia uzależnień. Tak do tej pory wyglądała ścieżka, jeżeli chodzi o szkolenia osób zajmujących się uzależnieniami. Myśmy już niejednokrotnie rozmawiali o tym, czy wyłączyć leczenie uzależnień spod psychiatrii i faktycznie dążymy do tego, żeby ścieżka leczenia uzależnień była oddzielną ścieżką pod Ministerstwem Zdrowia.

Kierownik Ośrodka Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród” Zofia Sobolewska-Mellibruda:

Zaczęliśmy prowadzić w Polsce szkolenia terapeutów uzależnień i wymyśliśmy ten tytuł przeszło dwadzieścia lat temu. Pomijając to wszystko, jeśli chodzi o badanie skuteczności terapii, to jestem za. Uważam, że powinno się badać skuteczność terapii. Wiele lat temu, na początku tego wieku profesor Mellibruda robił badania skuteczności terapii uzależnień od alkoholu. Były one robione w WOTUW-ach, czyli w dużych ośrodkach, które wprowadzały koncepcje mechanizmów psychologicznych i wynikającą z tego terapię. Później tych badań nie robiono i myślę, że warto do tego wrócić, tylko nie zakładać, że będzie to robić każda placówka odwykowa, bo na to potrzeba dużo pieniędzy. Jeżeli chce się robić porządne katamnezy, porządne badanie co jakiś czas i skuteczność nie tylko tego, czy ktoś pije, czy nie pije, narkotyzuje się, czy się nie narkotyzuje, ale również czy zaszły jakieś zmiany jakościowe na poziomie funkcjonowania psychologicznego, czy też w życiu. Siedziałam w tym i to naprawdę jest dużo roboty. Można spróbować odnieść się do badań sprzed dwudziestu lat jako do porównania, a potem próbować robić także swoje. Wtedy zarówno Krajowe Biuro, jak i PARPA musiałyby wziąć to na swoją głowę, a przede wszystkim na finansowanie tego, bo nie sądzę, żeby jakakolwiek placówka odwykowa faktycznie miała środki, żeby to robić. Ale idea jest słuszna i warto to sprawdzić. Wszystko jest możliwe, jeśli się w to zainwestuje. Jak państwo wiedzą, jestem za podziałem, za tym, żeby jednak nie przejmować przez szkolenie narkomanów tego systemu, który był robiony przez PARPA, ale muszę się zgodzić z panią [Bogusławą Bukowską], że nie można łączyć wszystkich pobożnych życzeń dotyczących tego, co miałyby być w programie. Absolutnie się z tym zgadzam. Było tutaj dużo pomysłów: i terapia rodzin, i uwzględnienie terapii dzieci, i seksoholizm, i uzależnienia behawioralne, i psychopatologia, a godzin jest określona ilość. Teraz mamy taką możliwość, że to wszystko zasygnalizujemy – bo nie mamy złudzeń, że tego wszystkiego nauczymy. Szkolenie psychoterapeutyczne pozwalające nauczyć się dowolnej psychoterapii trwa cztery lata. Siłą rzeczy musimy to jakoś ograniczać, bo żeby zrobić to w tym zakresie, byłoby potrzebne co najmniej dwadzieścia lat. Ale jeżeli będziemy bardzo dużo rzeczy sygnalizować, też będzie to kosztem czegoś. Szkoły w systemie PARPA kładły nacisk przede wszystkim na psychoterapię dorosłych osób uzależnionych i współuzależnionych. Dlaczego nie dzieci? Tak jak pan mówi, to jest zbyt duża specyfika. Byłabym za tym, żeby zrobić oddzielny nurt szkolenia albo dodatek do szkolenia pt. „Psychoterapia rodzin”, „Psychoterapia uzależnionych dzieci i młodzieży”, bo to są już bardzo specyficzne metody i naprawdę duże nurty, które wymagają odrębnego szkolenia. Musimy się zdecydować, czy robimy zajawkę i prawie w ogóle nie uczymy psychoterapii uzależnień, czy zostajemy przy wersji, że przede wszystkim uczymy psychoterapii uzależnień. Bardzo dużo powinno wychodzić przy superwizji. Uważam, że superwizja stanowczo powinna być dłuższa, bez dwóch zdań. Bo to jest podstawowa metoda leczenia psychoterapeutów. Trzeba ustalić program tak, by znalazło się dostatecznie dużo miejsca na psychoterapię osób uzależnionych i współuzależnionych. To jest to, co faktycznie możemy zrobić. Nie możemy zrobić wszystkiego, zawsze będzie coś za coś. Byłoby idealnie, gdyby specjalista psychoterapii uzależnień umiał wszystko, ale jest to niemożliwe.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Bardzo dziękuję pani kierownik za tę wypowiedź. Od razu mam ochotę wyrazić założenie, które nam towarzyszy, dotyczące edukacji ciągłej. Pozostaje tylko pytanie czy kształcenie ciągłe specjalistów terapii uzależnień ma być obligatoryjne, czy nie? W takim sensie, że po ukończeniu szkolenia istnieje jakiś system zachęt czy obligatoryjnych sformułowań powodujących, że dany specjalista wchodzi na pewną ścieżkę i na przestrzeni lat jest zobowiązany zdobywać czy to

określoną liczbę punktów, czy realizować określony program.

Kierownik Ośrodka Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród” Zofia Sobolewska-Mellibruda:

Kiedys, jeszcze za dawnych czasów, faktycznie tak było. Certyfikat był odnawialny co ileś lat na podstawie punktów, które się zdobywało – podobnie jak w psychiatrii. W tej chwili tak nie jest.

Asystent przewodniczącej Zespołu Włodzimierz Wieczorek:

Odpowiedź na to pytanie w jakimś sensie ułatwiłaby nam decyzję co do tego, jaki jest zakres kształcenia w ramach programu. Czy mają się w nim zawierać elementarne informacje na dany aspekt problematyki uzależnień, po później byłoby rozwinięte w kształceniu ciągłym, czy raczej należy wyposażyć uczestnika szkoleń w zaawansowaną wiedzę i umiejętności w ramach programu.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Chcę tylko powiedzieć, że żeby wprowadzić system ciągłego doskonalenia umiejętności zawodowych, trzeba zmienić ustawę. Trzeba o tym pamiętać. Dlaczego tego nie ma w tej chwili? Ponieważ nie ma takiego przepisu ustawowego. Nie można kogoś zobowiązać czy uzależnić ważność certyfikatu od tego czy ukończy jakieś szkolenie, czy nie.

Wiceprzewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR Adam Nyk:

Odnosnie tego, co mówiła pani dyrektor, nie wyobrażam sobie czegoś takiego, że struktura mogłaby być tak napompowana, że to urośnie do rangi kolejnych studiów. Można by stworzyć, tak jak w Rosji, specjalizację i zupełnie oddzielny rodzaj studiów narkotycznych czy uzależnieniowych (pewnie pamięta to starsze pokolenie), ale myślę, że nie o to chodzi. Ze zbieraniem punktów jest trochę tak jak w chwili obecnej w szkole – nauczyciele mają je, podnosząc kwalifikacje. Byłbym zdecydowanie za tym, by taki system spróbować wdrożyć. Bo, z drugiej strony, jak mamy oceniać efektywność działania i rozwój osób, które pracują, szczególnie że jest to bardzo trudna materia. Tak jak pani słusznie zauważyła, nie ma terapii czy psychoterapii bez superwizji – to są rzeczy nierozzerwalne. Jeśli ktoś nie podlega wglądowi własnemu i zewnętrznemu, trudno, żeby był osobą mogącą służyć jakąkolwiek formą pomocy, mówiąc w dużym uproszczeniu. Łatwo zapędlić się w taką pętlę, odnośnie środowiska czy bycia lekarzem, który jest świetny na studiach i ma najlepsze wyniki, po czym trafia na placówkę daleko od szosy i tam praktycznie tylko wypisuje recepty i wystawia zwolnienia (teraz już elektroniczne, jeśli byłby w stanie to ogarnąć), nie ucząc się w ogóle samemu. Żeby nie dopuścić do takiej sytuacji, należałoby – tak jak mówiła pani dyrektor – zastanowić się nad taką zmianą, by usprawnić możliwość oceny naszej pracy, czyli badań nad efektywnością, ale też tego, by nasze środowisko miało wręcz pewien rodzaj obliwu kształcenia się. Może nie w takim tempie, jak ma to miejsce na specjalizacji, bo jest to trudne, ale też bardzo finansochłonne. Wszystkie osoby, które są w tym systemie i jeszcze te, które podejmują się terapii własnej, naprawdę ponoszą bardzo duże koszty i nie zawsze te środki można mieć refundowane. Trzeba mierzyć siły na zamiary, żeby się nie okazało, że specjalistą psychoterapii uzależnień może zostać tylko osoba majątna. Myślę, że nie o to by chodziło.

Prezes Stowarzyszenia Natanaelum Joanna Chwaszcz:

Proszę państwa, uważam, że określając to, kim ma być specjalista psychoterapii uzależnień, jednocześnie trzeba określić, kim ma nie być. Wchodzimy tutaj w to, że ma posiadać wiedzę jeszcze z wielu innych dziedzin i tak naprawdę zacierają nam się granice. Myślę, że musimy zarysować sobie tę osobę z jej umiejętnościami i kompetencjami, ale też wyznaczyć granice, które wyznaczają obszar do współpracy z innymi specjalistami. To nie może być osoba, która wie wszystko. W długości szkoleń trzeba wziąć też pod uwagę to, że jest to szkolenie podyplomowe, czyli osoba kształciła się przez pięć lat i jest to kolejne szkolenie, więc nie może trwać nie

wiadomo ile. Kolejna rzecz: wydaje mi się, że nie możemy pewnych kryteriów z tego szkolenia, które są przypisane – na przykład tak jak diagnoza nozologiczna – do lekarza psychiatrii wydzielić i przenieść, dlatego że wyłamujemy się z całego systemu europejskiego, gdzie mieści się to w kompetencjach medycznych, lekarskich. Prowadzę wykład z psychologii uzależnień dla studentów. Jesteśmy jedynym krajem, gdzie psychologia uzależnień nie jest tak powiązana z medycyną, co na przykład neuropsychologią. W innych krajach jest bardzo ścisła współpraca między specjalistami od mózgu – pokazuje się, jak wyglądają zmiany mózgu. Nasz absolwent teologii, socjologii czy filozofii i tak dalej nie jest w stanie osiągnąć tej wiedzy. Musiałby kończyć drugie podstawowe studia. Pan doktor powiedział bardzo ważną rzecz, że lekarze rodzinni mają specjalistów do współpracy. Ważne jest to, że są to osoby, które są dostępne. Nie jest się trudno do nich dostać, potrafią pomóc. Ta wiedza jest specyficzna. Ta osoba nie posiada wiedzy ze wszystkich szkół terapeutycznych, bo nie jest to możliwe. Musi znać specyfikę pracy w psychoterapii uzależnień. Tutaj też musimy odnieść się do klasyfikacji, bo dalej obowiązują nas pewne standardy światowe. Za moment wchodzi klasyfikacja ICD-11 i tutaj, oprócz uzależnień od narkotyków i alkoholu, substancją uzależniającą jest też nikotyna, o której też powinniśmy mówić i ta osoba powinna umieć pracować z takimi pacjentami. Powinna też umieć pracować z pacjentami uzależnionymi od leków oraz z pacjentami uzależnionymi behawioralnie. W tym momencie w nowej klasyfikacji mamy już gry komputerowe, Internet i hazard, czyli powinny one już wejść, bo mówimy o psychoterapeucie uzależnień, wszystkich uzależnień zgodnych z klasyfikacją. Razem z kierownikiem szkolenia, panią profesora Iwoną Niewiadomską, pozwoliłyśmy sobie opracować profil kompetencyjny psychoterapeuty uzależnień. Wysłałyśmy go do Krajowego Biura, tak że myślę, że dotarło. Jest on zgodny także z KRK, bo nie możemy być niszą, która nie stosuje się do innych przepisów. W ramach szkoleń obowiązują nas Krajowe Ramy Kwalifikacji i taki profil musi uwzględniać pewną wiedzę, kompetencje i umiejętności. Wszystko to opisałyśmy. Chcę jeszcze podnieść głos, że uczymy się nie tylko w bloku dydaktycznym. Nauka specjalisty psychoterapii uzależnień nie ogranicza się do bloku dydaktycznego, bo mamy tutaj blok stażowy i w bloku stażowym osoby także nabywają wiedzę, kompetencje i umiejętności, podobnie jak w superwizji. To jest etap szkolenia. Rekomendujemy także, aby superwizja dotyczyła ciągłej pracy. Myślę, że jeżeli nie w tej ustawie, można to zawrzeć w ustawach dotyczących ośrodków terapii uzależnień, które powinny podlegać superwizji. Znamy takie ośrodki, gdzie zespół nie jest superwizowany. Superwizja jest elementem koniecznym, bo mówimy o praktyce, ale – myślę, że zdają sobie państwo z tego sprawę – wiele ośrodków pracuje w sposób daleki od wysokich standardów. Ewaluacja musi pokazać, gdzie są błędy, gdzie nie są wprowadzane nowe techniki. Współpraca pomiędzy naukowcami, którzy są w obiegu międzynarodowym, jeżeli chodzi o nowości, metody naukowe oparte na wiedzy naukowej, które działają w psychoterapii i praktykami, jest po prostu niezbędna w tym obszarze, żeby mówić o wyższej jakości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Zarządu Głównego Stowarzyszenia Solidarni „PLUS” Donat Kuczewski:

Jestem psychoterapeutą terapii krótkoterminowej i specjalistą terapii uzależnień. Chciałem wrócić do diagnozy nozologicznej. Ja taką robię, ale oczywiście nie mając uprawnień. Kiedy ja się szkoliłem, Krajowe Biuro kładło bardzo duży nacisk na tę diagnozę i na przykład w tym roku pozwoliło to „wyleczyć” dwóch pacjentów, którzy mieli takie wpisy psychiatryczne, że schizofrenii. Taki klient trafia do ośrodka stacjonarnego i wtedy, jeśli ktoś niedoświadczony z terapeutów, lekarz przyjmujący, zwraca uwagę na wpis kolegi ze szpitala psychiatrycznego... Nie wiem po jakim czasie zostaje to wpisane i z jakich powodów, ale odkręcenie tej całej historii jest później rolą terapeuty. Mam [w ośrodku] taką panią doktor, której NFZ nie refunduje ze względu na to, że jest psychiatrą od dzieci i młodzieży z tytułem doktorskim, a takowych nie ma w kontrakcie (a przecież zajmujemy się ludźmi od 16. roku życia, ale to już zupełnie inna historia). Wtedy ta diagnoza jest kierowana do lekarza psychiatrii, poświęca się temu szczególną uwagę i po jakimś czasie okazuje się, że był to błędny zapis i zaczyna się odwracanie. Mam teraz na przykład od trzech tygodni zdiagnozowanego pacjenta, który wyszedł ze szpitala psychiatrycznego z

Zespołem Korsakowa. A zatem podstawowe badania neurologiczno-psychiatryczne, gdzie tam nie ma wiele punktów i obszarów do tego, żeby stwierdzić, czy ten człowiek ma zaburzenia; to jest może trzydzieści obszarów, które każdy specjalista czy psychoterapeuta jest w stanie zbadać i wystąpić do lekarza psychiatry, żeby to wszystko odkręcić. Mam człowieka, który zostałby skrzywdzony. Zabrano mu wszystkie uprawnienia, a to złota rączka – człowiek, który posiada wszystkie kategorie prawa jazdy. Nie ma zapisu na to, żeby psychoterapeuta robił tę diagnozę. A skoro na szkoleniach kładzie się duży nacisk na to, żeby taką diagnozę robił specjalista, nie mam pojęcia, dlaczego nie jest to w jakiś sposób honorowane. Zabezpieczam się zawsze tym, że jest to skonsultowane z lekarzami psychiatrami i okazuje się, że po pół roku człowiek nagle „wyzdrowiał” ze schizofrenii. Po roku mamy następne potwierdzenie, a po dwóch latach kolejne. Nie bierze leków. A za kilka miesięcy nie miałby już połowy mózgu. Wiedząc o tym, że ma schizofrenię, oczywiście nie uczestniczyłby w procesie zdrowienia poprzez psychoterapię. Druga sprawa, o której chciałem powiedzieć, dotyczy etyki. Były podejmowane tematy szkoleń dotyczące osoby, która w ogóle kwalifikuje się do tego zawodu. To jest wielką istotą. Nie będę wypowiadał się o swoich doświadczeniach. Powiem tylko ogólnie, że bardzo wiele osób nie ma takiej podstawowej potrzeby, to znaczy nie kocha ludzi, nie ma w sobie empatii, nie potrafi współodczuwać, zrozumieć pacjenta, tylko trzyma się pewnych reguł, których uczono na tych szkoleniach. Myślę, że warto byłoby na tych szkoleniach Krajowego Biura, na tych pierwszych kontaktach, poświęcać temu większą uwagę. To nie jest wielka historia. Nie chcę tutaj mówić o tak drastycznych sprawach, że Hitler kochał swoją sukę, ale ludzi nienawidził, bo to już jest historia z innego obszaru. W każdym razie wiele osób, które idą na szkolenie z różnych powodów – na przykład dlatego, że będzie później potrzebne do doktoratu – w ogóle nie lubi ludzi, nie chce się tym zajmować, wręcz boi się. Znam całą masę psychoterapeutów, których przyjmowałem do pracy, a którzy rezygnowali po trzech miesiącach, bo bali się pracować z ludźmi. Mieli w sobie tyle lęków, tyle obaw, że bali się zostać sami z pacjentem, który ma wielokrotną diagnozę. Nasz ośrodek jest specyficzny, bo zajmujemy się też AIDS, więc wielokrotna diagnoza jest jakby wpisana w to, co się dzieje. Ostatnio zwolniło się u mnie dwóch psychiatrów – jeden pracuje w szpitalu w Elblągu, a drugi w Słupsku. Dzwonią do mnie i mówią: „Donat, ja za żadne pieniądze nie przyjdę do ciebie pracować, bo praca w szpitalu psychiatrycznym to jest pestka”. Mówię: „Co ty opowiadasz”. A on mówi: „Tak, bo jak przywiozą takiego człowieka jak u was od czasu do czasu, to przecież jest AIDS, trzydzieści (a czasami więcej) lat brania narkotyków, zaburzenia psychiatryczne”. Kiedyś ponad 90% pacjentów z AIDS nie miało zaburzeń psychiatrycznych, a teraz występują u każdego. Taką dostałem odpowiedź od lekarzy. Nie przyjdą za żadne pieniądze, mimo że tam dużo mniej zarabiają, bo przyjdą na dyżur sobotnio-niedzielnny za 3000 złotych, mają pokój, jak przywiozą im pacjenta w stanie silnego wzburzenia, to on już jest zabezpieczony, mają też możliwość zastosowania leków. Przy pacjencie uzależnionym od narkotyków jest olbrzymia odporność. Nie mając takich możliwości – bo to jest zakład leczniczo-opiekuńczy – mam naprawdę dom wariatów. 16 listopada na Walnym Zgromadzeniu zrezygnowałem ze stanowiska dyrektora (w tej chwili jest już Paweł Woźniakowski) z tego powodu, że po prostu nie idzie wytrzymać w takiej placówce, gdzie jest wielokrotna diagnoza i takie przypadki, że kwalifikują się tylko do zakładu psychiatrycznego. A ze względu na to, że w zakładzie psychiatrycznym nie można leczyć AIDS, leczy się właśnie w takich placówkach jak nasza. To tyle. Ta moja prośba do Krajowego Biura jest bardzo ważna. Sam byłem na szkoleniach i tam się na to kompletnie nie zwraca uwagi. Są treningi interpersonalne i tak dalej, ale brakuje rozmowy kwalifikacyjnej przy przyjęciu, gdzie warto byłoby bardzo uważnie z tym człowiekiem porozmawiać i zapytać: dlaczego, po co, czy miał w ogóle w swoim życiu takie doświadczenia, że pomagał od dziecka. Trzeba w sobie tego trochę mieć. Dziękuję.

Przewodnicząca Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień Agnieszka Litwa-Janowska:

Pana opowieść to opowieść o cierpieniu pacjentów i o trudzie terapeutów, choć na przykład nie zgadzam się z tym, że diagnoza nozologiczna może być przeprowadzona przez kogoś innego niż lekarz. Wydaje mi się, że mówimy tutaj dużo rzeczy, które są dość oczywiste dla nas wszystkich.

Taka diagnoza już od dawna jest wynikiem współpracy lekarza psychiatry, psychologa i specjalisty psychoterapii uzależnień. Dla potrzeb psychoterapii robimy to wspólnie. Natomiast zostają dzisiaj z niepokojem i taką myślą: z jednej strony mówimy o dużych ograniczeniach wynikających z ustawy w takiej formie, w jakiej ona jest. Rozumiem, że to są bardzo trudne decyzje i zastanawiam się, jak to ułożyć i jakie jeszcze są ograniczenia, których nie możemy przekroczyć na tym etapie, zanim – mam nadzieję – pomyślimy o zmianie ustawowej. To jednak nie jest tylko – tak jak tu padło ze strony pana, który już wyszedł – zawód specjalisty psychoterapii uzależnień. Raczej jest to zawód, który wymaga i głębokiego człowieczeństwa, i pracy na relacji terapeutycznej, i osobistego angażowania się w tę pracę, niezależnie od rozmaitych metod. Jednocześnie i nasza wiedza, i rodzaje trudności pacjentów stawiają wyzwania. Jestem przekonana, że nie da się zrobić wszystkiego w ramach szkolenia. Padło tutaj bardzo dużo istotnych prawd, że i nieustająca superwizja, i elementy doszkalania się, a przede wszystkim praktyka pracy, są potrzebne. Natomiast martwię się o to – mając na uwadze perspektywę szkolenia, które w tej chwili zawiera 800 godzin – jak sobie poradzimy. Jeżeli jest tak, że to mają być cztery lata i 800 godzin na wszystko, trudno jest mi sobie wyobrazić, z czego trzeba by było zrezygnować w tym obszarze, w którym ja się poruszam, a mianowicie w obszarze leczenia i przygotowywania innych, a wcześniej siebie, do wykonywania tego zawodu. Nie wyobrażam sobie zredukowania i dlatego trochę się obawiam. Kiedy mówimy o stażach i bardziej długoterminowej pracy własnej, która – zgadzam się z tym – jest istotna i w kontekście standardów, o których mówił tutaj pan doktor, wraca do mnie myśl, że to jest drugi, a czasem trzeci zawód. Mówiliśmy o tym, żeby być może potraktować to jako specjalizację. Mówiliśmy o tym, żeby dbać o te standardy i myślę, jak my się z tym uporamy. Każdy z nas mówi o tym, że warto robić ewaluację, rozszerzać tematykę, zadbać o nieustającą superwizję. Myślę o tym, jakie są jeszcze ograniczenia, o których pani dyrektor wie i których na pewno nie możemy przekroczyć.

Przedstawicielka Krajowej Rady Stowarzyszeń i Związków Abstynenckich Kinga Jasińska:

Trzy słowa odnośnie empatii. Popierając to, co pan powiedział, jeszcze raz chcę podkreślić istotność superwizji, bo żadna ilość godzin psychopatologii i nie nauczy i nie przygotowuje do zawodu tak, jak może to zrobić właśnie superwizja. Sama byłam świadkiem sytuacji, gdzie certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień nie wpuszcza do grupy terapeutycznej pacjenta, który spóźnił się dziesięć minut. Bo regulamin. I kropka. Bez odniesienia się nigdzie dalej. To na pewno jest kwestia, która może być do dopilnowania dopiero w pracy w praktyce, w superwizji i jeszcze raz w superwizji. Dziękuję.

Dyrektor Fundacji BSK AA w Polsce Paweł Krysztofiak:

To, o czym państwo rozmawiają, to dla mnie temat obcy. Oprócz tego, że jestem dyrektorem fundacji, to jestem alkoholikiem. Byłem na terapii, miałem terapeutów i przyznam szczerze, że – z mojej perspektywy – zdecydowanie lepszymi terapeutami są byli alkoholicy, ponieważ ich nigdy nie mogłem oszukać. Natomiast terapeutów, którzy nie są alkoholikami, bardzo łatwo się oszukuje. To tak zupełnie z innej beczki, żeby rozluźnić atmosferę i nie jest to zarzut do państwa, proszę wybaczyć. Chodzi mi o to, że na przestrzeni lat obserwujemy niestety – z naszego punktu widzenia – niedobre zjawisko. Jesteśmy wspólnotą, która wiele zawdzięcza panu doktorowi Woronowiczowi. On bardzo mocno stawiał na współpracę pomiędzy terapią, psychoterapią i Wspólnotą AA. Będę mówił tylko o alkoholizmie, ponieważ nie mam pojęcia o innych uzależnieniach. Mówili państwo o efektywności i sposobie badania. Znamy nie tyle badania, ile mamy wiedzę z całej Polski, że wszędzie tam, gdzie terapeuta współpracuje ze Wspólnotą Anonimowych Alkoholików, ludzie utrzymują abstynencję przez dłuższy czas. Wiemy też, że osoby, które przychodzą do wspólnoty, później to przerywają, a są po terapiach, przychodzą wielokrotnie, ponieważ zasada jest taka, że ludzie mogą przychodzić do wspólnoty zawsze, kiedy chcą, ona jest otwarta dla wszystkich. Wielokrotnie opowiadają o tym, że byli na dwóch, trzech, czterech terapiach i dopiero kiedy zrozumieli, że AA jest miejscem, w którym też mogą się odnaleźć, nie potrzebowali tych terapii. Krótko mówiąc, wspólnota jako możliwość zajmowania

się – nazwijmy to – pacjentem, który jest już po terapii, wchodzi w życie i często sobie nie radzi. Mogę podeprzeć się tutaj własnym przykładem. Zupełnie nie radziłem sobie z życiem. Byłem ojcem, mężem, synem, pracownikiem. To jest naprawdę bardzo trudne. Jak to powiedział kiedyś mój przyjaciel, terapia pozwoliła mi zbudować szybowiec, a Wspólnota Anonimowych Alkoholików nauczyła mnie tym szybowcem latać. To jest bardzo symptomatyczne. Próbowaliśmy w wielu szkołach robić kilkugodzinne mityngi informacyjne mówiące o tym, jak możemy współpracować i jak jest to ważne z naszego punktu widzenia, ale myślę, że również z punktu widzenia potencjalnych terapeutów i niestety nie mamy tutaj zrozumienia. Kiedy słyszę, jak państwo rozmawiają o różnych rzeczach... Rozmawiacie niewątpliwie o bardzo ważnych sprawach. Bez urazy, ale prawda jest taka, że Wspólnota AA była, a terapii jeszcze nie było. Wspólnota działa od osiemdziesięciu czterech lat, a terapeuci w Stanach zaczęli działać w latach 50. czy 60., a w Polsce dużo później, więc to też pokazuje, że ta wspólnota może pomóc. Oczywiście w żaden sposób nie wyręczyć - świat idzie naprzód, mają państwo lepsze metody, dzisiaj funkcjonuje to zupełnie inaczej niż 20 lat temu. Niemniej jednak uważam, że wspólnota, która od zawsze ma te same zasady i Program 12 Kroków, który w żaden sposób nie przeszkodzi, a pomoże, w tej efektywności i pomocy, żeby ten człowiek już nie wracał do państwa na terapię, może pomóc. AA generalnie nie prowadzi żadnych statystyk – jest to jedna z zasad, ponieważ zajmujemy się czymś zupełnie innym – ale zrobiliśmy ogólnopolską ankietę, na którą odpowiedziało ponad 9000 ludzi. Koleżanka, która jest socjologiem, podsumowując te badania, powiedziała, że to bardzo reprezentatywna grupa badawcza. O istnieniu wspólnoty dowiedziało się tylko trzydzieści kilka procent osób z terapii. To znaczy, że 2/3 terapeutów nie mówi o wspólnocie. A wspólnoty w żadnym wypadku nie są konkurencją dla terapii – wręcz przeciwnie. Po prostu chciałem o tym powiedzieć. Bardzo dziękuję.

Przedstawicielka Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Aneta Koczaska-Siedlecka:

Myślę, że to spotkanie jest potwierdzeniem tego, co do tej pory wyrażało środowisko – sprzeciwu wobec tego, w jakim tempie i w jaki sposób wprowadzane są reformy. Ta dyskusja pokazuje, że nie ma zgody i jest tak duży rozstrzał między różnymi poglądami na to, jak powinien wyglądać taki program, jak powinien wyglądać profil specjalisty psychoterapii uzależnień. Począwszy od tego, na ile szeroko powinien wszystko ogarniać, aż do tego, że może powinniśmy jednak zawęzić i dać porządną terapię uzależnień, a być może położyć nacisk na większą współpracę między specjalistami. Chciałam wyrazić sprzeciw, który być może nie ma już żadnego sensu, bo był już wyrażany. Chociaż myślę sobie, że może jeszcze jest szansa, żeby dać czas na dobre przygotowanie tego. Teraz jesteśmy ograniczeni czasem, w jakim musi wejść rozporządzenie. PARPA dała projekt rozporządzenia, który jest już gotowy w ministerstwie i który nie robi tak szybko tego połączenia. Mamy gotowy akt, który może wejść i pozwoli dać sobie czas na przygotowanie tego tak, jak powinno to wyglądać i zbudowanie bardziej rozsądnego systemu, bo reforma jak najbardziej przydałaby się. To spotkanie pokazuje też, jak bardzo odpowiedzialną pracę mają terapeuci uzależnień, ogromny nakład pracy i odpowiedzialności z tak różnymi zaburzeniami. Jeżeli chodzi o reformę uzależnień, to naprawdę pilniejsze wydaje się zajęcie się tym, że na przykład bardzo mało zarabiają, tym jak wyglądają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, tym, że terapeuci są zmęczeni, bo muszą wyrobić dużo tego kontraktu. To jest większy problem. Mamy póki co niezłe działające programy. Być może przydałoby się je jakoś wzajemnie ubogacić, połączyć, pomyśleć co jeszcze można zrobić. W takim tempie nie da się tego zrobić. To spotkanie bardzo dobrze to pokazuje. Dziękuję.

Przedstawicielka Stowarzyszenia Natanaelum Agnieszka Palacz-Chrisidis:

Myślę, że powinniśmy powiedzieć o jeszcze jednej ważnej rzeczy. W dzisiejszych czasach mamy bardzo niewielu pacjentów, którzy są czysto alkoholowi, czysto narkotykowi albo czysto jakkolwiek uzależnieni. W związku z tym wydaje się jednak zasadne zunifikowanie tego szkolenia do jednego. Oczywiście, musimy rozmawiać, prowadzić debaty na temat tego, co

ostatecznie włączyć do tego szkolenia, a z jakich bloków zrezygnować. Ale jednocześnie musimy mieć świadomość, że świat idzie tak szybko do przodu, że teraz nie mamy ani młodzieży, ani starszych osób. Pacjenci czysto uzależnieni od jednej substancji to są jednostki. Myślę, że nie należy o tym zapominać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Szanowni państwo, zwróćcie uwagę na to, że mimo, że do tej pory były dwie ścieżki uzależnienia, wy – jako specjaliści terapii uzależnień – radziliście sobie bez względu na to, z której wywodziliście się ścieżki. Nie mówmy dzisiaj, że dzieje się coś złego. Myślę, że można wypracować to, co będzie najlepsze dla naszego pacjenta i chyba o to chodzi, prawda? Dziękuję.

Zastępca dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii Bogusława Bukowska:

Chciałabym podzielić się refleksją zblizoną do tego, co powiedziała pani poseł. Ta dyskusja momentami sprawiała takie wrażenie jak gdyby przez te wszystkie lata nie było wypracowanej koncepcji, punktu widzenia dotyczącego umiejętności psychoterapeuty uzależnień i tego, jakie jest jego miejsce oraz zakres wiedzy. Tak jakbyśmy zaczęli od zera. Przecież to jest nieprawda. Przez tyle lat szkolenie funkcjonowało w PARPA, przez tyle lat szkolenie funkcjonowało w Krajowym Biurze i mieliśmy te tematy wielokrotnie przedyskutowane. Na pewno mamy bardzo duży poziom świadomości, czego oczekujemy od tego specjalisty. Teraz mamy nową sytuację, która mówi o tym, żeby zunifikować szkolenie i to jest to wyzwanie. Ale nie zaczynamy od zera. My naprawdę bardzo dużo już wiemy i proszę wziąć to pod uwagę, bo momentami ta dyskusja sugerowała, że nic nie wiemy i do tej pory nie mieliśmy żadnej refleksji na ten temat i nie formułowaliśmy żadnych poglądów. Myślę, że jest to bardzo ważne, bo pomoże nam w uzgodnieniu wspólnego stanowiska. Ponieważ rzeczywiście to rozporządzenie wynika z przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, to jeszcze raz chcę podkreślić, że w nas jest ogromna wola, aby było ono satysfakcjonujące zarówno dla osób, które do tej pory realizowały szkolenia w ramach systemu PARPA, jak i dla osób, które realizowały je w ramach Krajowego Biura. To jest dla nas priorytet. Naprawdę chcemy uzyskać kompromis, ale równocześnie prosimy o to, żeby zrozumieć, że nieraz są takie ograniczenia, których na ten moment nie jesteśmy w stanie przekroczyć. Mówiliśmy też bardzo dużo o innych problemach, które wykraczają poza treść tego rozporządzenia. Bo kwestia permanentnego szkolenia czy kwestia efektywności są niezwykle ważne, ale nie mieszczą się w ramach tej delegacji ustawowej i w związku z tym nie możemy w żaden sposób się do tego odnieść. Rozumiem, że jest to istotny temat do dyskusji i podjęcia działań, które umożliwiłyby chociażby bardziej systematyczne prowadzenie badań dotyczących efektywności. Nie jestem pewna, czy podzielam taki pogląd, iż to spotkanie pokazało ogromny rozstrzał. Wydaje mi się, że jednak nie. Są różnice, o których musimy rozmawiać, ale chyba nie jest to jakaś ogromna przestrzeń, która by nas dzieliła.

Psycholog, certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień Anna Sternik:

Jeszcze raz patrzę na, jak rozumiem, temat tego spotkania: „Profil specjalisty psychoterapii uzależnień” i chciałabym odnieść się do własnych doświadczeń odnośnie tego profilu. Słyszając różne głosy odnośnie tego, czy to szkolenie ma szeroko przygotowywać, dając sygnał a propos różnych spraw, które dzieją się w psychoterapii, czy bardziej wąsko, ale – powiedziałabym – porządnie, myślę o dwóch rzeczach. Trochę dzisiaj o tym było, więc chcę wzmocnić głos dotyczący tego, że są terapeuci uzależnień, specjaliści, którzy dalej się nie szkolą. To była dla mnie duża bolączka w kierowaniu (...)

[w tym momencie dźwięk i obraz w pliku zamieszczonym na stronie Sejmu przestały się wczytywać].

