

**Program szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień
i instruktora terapii uzależnień w opinii osób,
które w latach 2009-2014 zdały egzamin i otrzymały certyfikat
specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień
(raport z badania)**

Wstęp

„Program szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień” (zwany dalej programem szkolenia) opisany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r.¹ oraz w zarządzeniach Dyrektora PARPA² jest kontynuacją „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego”, prowadzonego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych od 1998r. Od wręczenia pierwszych certyfikatów, do końca 2014 roku 1503 osoby zdobyły certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień, zaś 369 osób uzyskało certyfikat instruktora terapii uzależnień.

Od 1998r. program szkolenia zmieniał się kilkakrotnie, jednak jego czteroetapowa organizacja (I etap - szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej, II etap - szkolenie w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia, III etap - staż kliniczny i IV etap - superwizja kliniczna) przez dziesięć lat nie uległa zmianie. W 2008r. połączono szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz szkolenie w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia i odtąd stanowiły one jako całość pierwszy etap programu szkolenia. Staż kliniczny w placówce stał się tym samym etapem drugim, a superwizja kliniczna dla celów szkoleniowych – trzecim etapem procesu nauki.

W grudniu 2006 roku program szkolenia został istotnie zmodyfikowany. Wobec nacisków NFZ wdrożono praktykę poświadczania przez Agencję faktu bycia uczestnikiem

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzaju podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (DZ.U.2012.734)

² Zarządzenie Dyrektora PARPA nr 13 z dnia 1 lipca 2012r. (z późniejszymi zmianami) w sprawie zasad organizacji systemu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych potwierdzonych certyfikatami specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień (www.parpa.pl)

programu szkolenia, przy czym pięcioletnia ważność dokumentu obligowała osoby ubiegające się o certyfikaty do zakończenia w tym czasie nauki i zdania egzaminu.

Wprowadzenie zapisów dotyczących programu szkolenia terapeutów na poziom rozporządzenia Ministra Zdrowia w 2012r. umożliwiło osobom ubiegającym się o certyfikaty ponowne uzyskanie zaświadczenia potwierdzającego ich udział w programie szkolenia. Zaświadczenie to, ważne przez okres 5 lat, pozwoliło osobom, które rozpoczęły naukę przed 25 czerwca 2012r, wydłużyć dopuszczalny czas kształcenia i odsunąć w czasie moment przystąpienia do egzaminu.

Informacje o badaniu

Badanie opinii uczestników programu szkolenia, którzy w okresie od sesji zimowej 2009r. do sesji letniej 2014 uzyskali certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień jest nieznacznie zmodyfikowaną wersją badania zrealizowanego przez Agencję w 2009r. Proszono wówczas o ocenę programu szkolenia 317 osób, które w latach 2007-2009 (w 2009 tylko sesja letnia) zdały egzamin potwierdzający ich kwalifikacje zawodowe. Dzięki użyciu w kwestionariuszu ankiety tych samych pytań (w znacznej części) oraz takiej samej metodologii istnieje możliwość porównania wyników obu badań.

W ostatnim kwartale 2014r. Dział Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych PARPA rozesłał ankietę oceniającą program szkolenia do 874 osób. Otrzymano 24 zwroty z adnotacją o niedoręczeniu przesyłki do adresatów oraz 186 wypełnionych ankiet co stanowiło 22% wysyłki. Ankieta była bardzo obszerna, zawierała wiele szczegółowych pytań dotyczących oceny każdego z etapów programu szkolenia, egzaminu oraz samooceny kompetencji zawodowych respondentów. W badaniu w 2014r. pojawiły się również pytania dotyczące opinii terapeutów na temat wybranych metod leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

Charakterystyka badanych

W badaniu wzięło udział 156 specjalistów psychoterapii uzależnień (84%) i 30 instruktorów (16%). Tak więc obie te grupy zawodowe były reprezentowane w badaniu w prawie takiej samej proporcji, jak w grupie wszystkich osób, które zdały egzamin w okresie od sesji zimowej 2009 do sesji letniej 2014, gdzie specjaliści stanowili 83%, zaś instruktorzy 17% zdających.

Liczba osób zdających egzamin od roku 2012 systematycznie maleje. Jest to prawdopodobnie konsekwencja zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2012r, które umożliwiły uczestnikom programu szkolenia uzyskiwanie ponownie zaświadczeń potwierdzających, że pozostają one w procesie nauki. W praktyce wydłuża to okres zdobywania kwalifikacji zawodowych i powstrzymuje część osób, które zrealizowały już wszystkie etapy programu szkolenia przed przystąpieniem do egzaminu końcowego:

rok	Liczba osób, które otrzymały certyfikaty
2009 (sesja zimowa)	72
2010	193
2011	226
2012	211
2013	144
2014 (sesja letnia)	64

Zdecydowana większość badanych (82%) to kobiety.

Średnia wieku osób uczestniczących w badaniu wynosiła niemal 42 lata, (w badaniu z 2009r. - 40 lat), w tym:

- 14% miało nie więcej niż 30 lat
- 37% to osoby w wieku od 31 do 40 lat
- 46% przekroczyło 40 lat³.

Najmłodszy respondent miał 27 lat, zaś najstarszy uczestnik badania miał 68 lat. Co czwarta osoba zdająca egzamin miała ponad 50 lat. Dziewięć osób miało 60 lat lub więcej.

³ Tam, gdzie w raporcie w prezentacji wyników odsetki nie sumują się do 100%, różnica oznacza brak danych

W grupie specjalistów najliczniejszymi grupami byli pedagodzy (38% wszystkich specjalistów) oraz psychologzy (36%). Przedstawiciele wszystkich innych kierunków studiów magisterskich stanowili 26% badanych specjalistów.

Średni staż pracy w lecznictwie odwykowym (zatrudnienie lub/i wolontariat) wynosił w badanej grupie blisko 11 lat, przy czym:

- 7% pracowało nie dłużej niż 4 lata
- 46% pracowało od 5 do 9 lat
- 43% pracował 10 lat lub dłużej.

Najkrótszy okres pracy wynosił 2 lata, zaś najdłuższy – 34 lata. Co siódmy uczestnik badania pracował 20 lat lub dłużej.

W chwili zdawania egzaminu doświadczenie pracy w psychoterapii uzależnienia wynosiło w badanej grupie średnio 7 lat, przy czym najdłuższym doświadczeniem legitymowali się instruktorzy (8,7 lat), najkrótszym zaś psychologzy - 6 lat. Inni specjaliści zdając egzamin mieli za sobą blisko 6,3 lat doświadczenia klinicznego.

Niemal wszyscy respondenci (98%) pracowali w chwili badania w lecznictwie odwykowym, niektórzy w więcej niż jednym typie placówki leczenia uzależnień:

- poradnie 84%
- COTUA 25%
- DOTUA 26%
- OLAZA 3%
- inne 13% (w tym 6% w placówkach leczenia uzależnienia od narkotyków)

Realizacja pracy terapeutycznej angażowała respondentów średnio 30 godzin w tygodniu. Zaledwie co trzeci uczestnik badania pracował tygodniowo w wymiarze godzinowym całego etatu lub więcej.

Mimo stosunkowo długiego deklarowanego doświadczenia w pracy w lecznictwie odwykowym nie wszyscy badani deklarowali solidne, długotrwałe doświadczenie w pracy z różnymi grupami pacjentów w różnorodnych obszarach pracy terapeutycznej:

Doświadczenia w pracy z osobami:	<i>Solidne, długookresowe w % (w nawiasie wyniki 2009)</i>	<i>sporadyczne w %</i>	<i>brak w %(w nawiasie wyniki 2009)</i>
uzależnionymi w pogłębionym programie terapii	67 (48)	28	4 (8)
z podwójnym rozpoznaniem	24 (27)	66	8 (8)
uzależnionymi od narkotyków	16 (12)	69	14 (21)
młodocianymi	10 (5)	43	43 (42)
prezentującymi zachowania nałogowe (uzależnienia niechemiczne, hazard)	14 (11)	75	9 (16)
współuzależnionymi w podstawowym programie terapii	62 (56)	34	3 (8)
współuzależnionymi w pogłębionym programie terapii	47 (44)	37	14 (24)
ofiarami przemocy	29 (26)	59	10 (13)
sprawcami przemocy	20 (17)	56	22 (32)
DDA	31 (22)	52	15 (30)

Optymizmem napawa fakt, że w porównaniu z wynikami poprzedniego badania (z 2009r) zwiększyły się odsetki osób deklarujących solidne doświadczenie w pracy z prawie wszystkimi wyżej wymienionymi grupami pacjentów i jednocześnie ubyło osób, które nie mają w pracy z nimi żadnego doświadczenia.

Zarówno wiek badanych, jak i ich staż pracy w leczeniu odwykowym przeczą obiegowej opinii, że uczestnicy programu szkolenia to osoby bardzo młode, niemające doświadczenia klinicznego.⁴

Część respondentów, poza pracą w leczeniu odwykowym, zaangażowana była w działania innych instytucji zajmujących się rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Uczestnicy badania pracowali również jako:

- biegli sądowi 14%
- członkowie GKRPA 12%
- pracownicy punktów konsultacyjnych 31%

⁴ Przy analizie danych trzeba pamiętać, że ankietę odesłało 22% osób z grupy osób objętej badaniem zatem uzyskanych wyników nie można uogólniać na grupę wszystkich, którzy zdali egzamin w badanym okresie. Być może do egzaminu częściej przystępują osoby mające już doświadczenie kliniczne.

- wykładowcy w obszarze uzależnień 16%
- pracownicy urzędów/instytucji 12%

Od rozpoczęcia nauki w programie szkolenia, do momentu otrzymania certyfikatu upłynęło badanym średnio 5 lat. Ponad 2/3 respondentów (68%) pozostawało w programie 5 lat lub krócej. Dla 16% badanych okres nauki nie przekroczył 2 lat, zaś dla 14% - trwał dziesięć lat lub dłużej. Psychologom zdobywanie kwalifikacji zawodowych zajęło średnio 4,4 lat, innym specjalistom – 6,2 lat, zaś instruktorom 5,1 lat. Rekordziści (4 osoby) zdobywały kwalifikacje zawodowe ponad 20 lat. Wydaje się, że długość czasu trwania programu szkolenia jest konsekwencją indywidualnych losów i decyzji, a nie wynikiem ograniczonego dostępu do nauki.

Ocena I etapu programu szkolenia - szkolenia w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i psychoterapii członków rodzin

Większość ankietowanych (61%) ukończyła I etap programu szkolenia w Studium Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Instytucie Psychologii Zdrowia w Warszawie, szkolącym terapeutów od początku funkcjonowania programu. Pozostali są absolwentami:

- Studium Terapii Uzależnień organizowanego przez Polsko-Niemiecki Instytut Terapii Uzależnień „Błękitny Krzyż” Sp. z o. o. w Broku, mającym akredytację od 2007r. (16%),
- Szkoły Psychoterapii Uzależnień CERD Centrum Doradztwa i Rozwoju Sp. z o. o. w Czarnym Borze, (wcześniej Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Uzależnień), mającej akredytację od 2008r. (11%),
- Studium Psychoterapii Uzależnień Małopolskiego Ośrodka Szkolenia Terapeutów Uzależnień w Krakowie, mającym akredytację od 2007r. (6%).

Jedna osoba była absolwentem Szkoły Specjalistów Psychoterapii Uzależnień i Instruktorów Terapii Uzależnień CARE-BROK Sp. z o.o. w Broku, mającej akredytację od września 2012r.

Co piąty respondent ukończył szkolenie I etapu przed zmianą programu szkolenia w 2007r. Ponad połowa badanych zakończyła szkolenie w latach 2007-2010. Najstarsi absolwenci ukończyli szkołę w 1994 i 1995 roku, najmłodszy w 2012r.

Uwzględniając zakres merytoryczny i zadania I etapu programu szkolenia poproszono uczestników badania o ocenę w skali od 1 do 5 (gdzie 1 = *bardzo mało pomocna*, zaś 5 = *bardzo pomocna*), na ile nauka w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin była dla nich przydatna w poszerzaniu ich wiedzy i umiejętności zawodowych. Uzyskano następujące średnie ocen:

nauka w I etapie pomocna w:	<i>średnia ocen (w nawiasie wyniki 2009)</i>	<i>bardzo mało/mało pomocna w %</i>
lepszemu rozumieniu pacjenta	4,20 (4,39)	3
pogłębieniu wiedzy o uzależnieniu	4,02 (4,40)	3
pogłębieniu wiedzy o współuzależnieniu	3,53 (4,01)	11
pogłębieniu wiedzy o psychoterapii	3,41 (3,86)	21

pogłębieniu wiedzy o psychoterapii uzależnień	4,01 (4,28)	9
pogłębieniu wiedzy w zakresie psychopatologii	3,01 (3,33)	25
pogłębieniu wiedzy o biologicznych aspektach uzależnienia i farmakoterapii	3,32 (3,52)	20
pogłębieniu wiedzy o przemocy w rodzinie	3,19 (3,26)	28
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób uzależnionych	4,05 (4,26)	7
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób współuzależnionych	3,51 (3,88)	19
prowadzeniu kontaktu indywidualnego z pacjentem	4,10 (4,08)	6
prowadzeniu grupy terapeutycznej	3,68 (3,63)	16
pracy z osobami pijącymi alkohol ryzykownie lub szkodliwie	2,73 (2,79)	45
pracy z osobami uzależnionymi w podstawowym programie terapii	4,12 (4,24)	8
pracy z osobami uzależnionymi w pogłębionym programie terapii	3,15 (3,49)	30
pracy z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem (uzależnienie i inne zaburzenie psychiczne)	2,58 (3,01)	48
pracy z pacjentami uzależnionymi od narkotyków	2,37 (2,83)	58
pracy z pacjentami młodocianymi	2,12 (2,12)	67
pracy z pacjentami prezentującymi zachowania nałogowe (hazard, internet itp.)	2,15 (2,09)	66
pracy z osobami współuzależnionymi w podstawowym programie terapii	3,45 (3,63)	20
pracy z osobami współuzależnionymi w pogłębionym programie terapii	2,79 (3,06)	42
pracy z ofiarami przemocy	2,75 (2,08)	41
pracy ze sprawcami przemocy	2,29 (2,42)	62
pracy z osobami z syndromem DDA	2,44 (2,80)	53
prowadzeniu sesji rodzinnych	2,45 (2,59)	54
rozwoju zawodowym	3,85 (4,01)	11
zdaniu egzaminu certyfikacyjnego	4,02 (4,12)	11

Chociaż większość uczestników programu szkolenia dość wysoko oceniła wpływ szkolenia w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia na fakt pomyślnego zdania egzaminu, to jednak niepokojące jest, że szkolenie to nie miało dużego wpływu na wzrost wiedzy i wielu elementarnych umiejętności zawodowych uczestników. Szczególnie zaniedbanymi obszarami jawią się: praca z rodziną, w

tym współzależnienie, praca z młodzieżą, z osobami uzależnionymi od narkotyków oraz przejawiającymi zaburzenia nawyków i popędów (hazard, uzależnienia niechemiczne), praca z osobami pijącymi alkohol ryzykownie i szkodliwie, jak również praca z osobami uzależnionymi w pogłębionym programie terapii uzależnienia, która jest dla specjalistów podstawowym warunkiem przygotowania pracy pisemnej na egzamin.

Niemal we wszystkich zakresach merytorycznych oceny przydatności nauki w szkole dokonane przez badanych w 2014r. są niższe w porównaniu z 2009r., co może świadczyć o obniżającym się poziomie nauki albo/i o rosnących i niezaspokojonych oczekiwaniach uczestników.

Uczestnicy pozytywnie ocenili sposób realizacji szkolenia. Średnia ocena w skali od 1 do 5 (gdzie 5 = ocena maksymalna) wynosiła:

- 4,23 dla kompetencji osób realizujących szkolenie (4,32 w 2009r.)
- 4,16 dla efektywności wykorzystania czasu szkolenia (4,00 w 2009r.)
- 4,11 dla atmosfery, w jakiej odbywały się zajęcia. (4,03 w 2009r.)
- 4,02 dla organizacji szkolenia (3,82 w 2009r.)

Nieco gorzej oceniono warunki lokalowe, w jakich realizowano zajęcia (3,53 v 3,62 w 2009r.). Najbardziej krytycznie oceniali warunki lokalowe uczestnicy szkolenia Błękitnego Krzyża - STU w Broku oraz STUW w Warszawie (IPZ). Zdecydowanie najlepiej w tym obszarze oceniane było Studium Psychoterapii Uzależnień w Krakowie (MOSTU).

W spontanicznych opiniach pozytywnych na temat szkolenia I etapu dominowało uznanie dla dobrej atmosfery pracy (ponad połowa wypowiedzi) oraz wysoka ocena wiedzy i kompetencji osób prowadzących szkolenie (26%). Co dziesiąty respondent wyraził pochwałę dla merytorycznej zawartości programu szkolenia.

W uwagach krytycznych pojawiały się negatywne opinie na temat złej organizacji szkolenia, w tym zbyt długiego, wyczerpującego czasu zajęć (14%), niekorzystnej atmosfery do nauki (11%), złych warunków lokalowych (10%), problemów z dojazdem w związku z lokalizacją ośrodka szkolącego (7%), niezadowolenie z merytorycznej zawartości programu szkolenia (6%), niekompetencji niektórych członków kadry szkolącej (5%).

W podsumowaniu oceny I etapu programu szkolenia należy podkreślić rozbieżność pomiędzy zakresem merytorycznym i zadaniami szkolenia, a ocenami przyrostu wiedzy i

umiejętności uczestników szkolenia w obszarze tych zadań. Hipotetycznych powodów tej rozbieżności może być wiele:

- zbyt szeroki zakres zadań nałożony na lecznictwo odwykowe, a tym samym zbyt szeroki zakres merytoryczny programu szkolenia,
- zbyt mała liczba godzin edukacyjnych,
- niedostosowanie programu nauczania w szkołach do konieczności realizacji wszystkich zadań,
- złe planowanie poszczególnych elementów nauki, zbyt dużo czasu przeznaczonego na pracę z uzależnionymi od alkoholu w podstawowym programie terapii, kosztem innych obszarów pracy terapeutycznej i innych typów pacjentów,
- zbyt mały udział samokształcenia (nauka, pogłębianie wiedzy w poszczególnych obszarach tematycznych między sesjami) i niedostateczne egzekwowanie efektów samokształcenia (np. pod postacią sprawdzianów wiedzy),
- niewystarczające przygotowanie kadry realizującej szkolenie I etapu do nauczania w obszarach deficytowych (praca z rodziną, młodzież, uzależnienie od narkotyków, uzależnienia niechemiczne, psychopatologia, biologia i farmakologia uzależnień),
- małe doświadczenie zawodowe uczestników szkolenia w pracy w tych obszarach.

Ocena II etapu programu szkolenia – stażu klinicznego

Wymieniono 16 zakładów lecznictwa odwykowego, w których uczestnicy badania zrealizowali staże kliniczne w ramach programu szkolenia, w tym jedną placówkę od dawna już nie pełniącą roli ośrodka stażowego (Charcice).

Najwięcej staży zrealizowano w Stalowej Woli (14,5%), Gdańsku (14%), Tarnowie (11%) oraz Działdowie (9%).

Blisko 60% badanych odbyło staż w latach 2010-2013. Najstarszy staż zrealizowano w 1997 roku.

Uwzględniając zadania II etapu programu szkolenia poproszono uczestników badania, aby na skali od 1 do 5 (gdzie 1 = *bardzo mało pomocna*, zaś 5 = *bardzo pomocna*), ocenili, na ile odbycie stażu było dla nich pomocne w poszerzaniu ich wiedzy i umiejętności zawodowych. Uzyskano następujące średnie ocen:

Nauka w II etapie pomocna w:	<i>średnia ocen (w nawiasie wyniki 2009)</i>	<i>bardzo mało/mało pomocna w %</i>
poznaniu nowych metod pracy terapeutycznej	3,74 (3,79)	14
poznaniu nowych sposobów organizacji pracy terapeutycznej	3,88 (3,98)	11
pogłębieniu wiedzy o psychoterapii uzależnień	3,70 (3,62)	14
lepszemu rozumieniu pacjenta	3,68 (3,68)	12
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób uzależnionych	3,58 (3,73)	17
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób współuzależnionych	2,72 (2,75)	42
prowadzeniu kontaktu indywidualnego z pacjentem	3,46 (3,54)	21
prowadzeniu grupy terapeutycznej	3,97 (4,07)	10
pracy z osobami uzależnionymi w podstawowym programie terapii	3,99 (4,12)	11
pracy z osobami uzależnionymi w pogłębionym programie terapii	2,61 (2,8)	45
pracy z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem	2,44 (2,58)	48
pracy z pacjentami uzależnionymi od narkotyków	2,22 (2,16)	57
pracy z pacjentami młodocianymi	1,97 (2,02)	64
pracy z osobami współuzależnionymi w podstawowym programie terapii	2,51 (2,58)	48
pracy z osobami współuzależnionymi w pogłębionym programie terapii	2,18 (2,18)	60

pracy z ofiarami przemocy	2,07 (2,11)	63
pracy ze sprawcami przemocy	1,97 (1,95)	66
pracy z osobami z syndromem DDA	1,93 (2,03)	64
prowadzeniu sesji rodzinnych	1,84 (1,93)	70
samoocenie własnych umiejętności zawodowych	3,83 (3,92)	8
rozwoju zawodowym	3,89 (3,96)	11
zdaniu egzaminu certyfikacyjnego	3,53 (2,51)	19

Jak widać staż kliniczny nie był dla uczestników szczególnie uczącym etapem programu szkolenia. Potwierdzają to również realizowane przez PARPA coroczne badania opinii osób realizujących staże w ramach programu szkolenia. Staż nie zwiększał znacząco wiedzy i umiejętności badanych w większości obszarów pracy terapeutycznej. Z zestawienia wynika, że osoby uczące się poznawały na stażu głównie pracę z osobami uzależnionymi od alkoholu w podstawowym programie terapii uzależnienia, natomiast nie miały wielu doświadczeń w pracy ze współuzależnionymi oraz pacjentami w pogłębionym programie terapii uzależnienia. Od 2012r. zadania stażu zostały zmodyfikowane i skoncentrowano je głównie na nauce i weryfikacji umiejętności prowadzenia przez stażystów grup terapeutycznych. Niestety przyrost kompetencji w tym zakresie był przez uczestników stażu oceniany w 2014r. gorzej niż w roku 2009. Co dziesiąty badany uważał, że staż był mało lub bardzo mało pomocny w nauce prowadzenia grup terapeutycznych.

Respondenci pozytywnie ocenili organizację staży klinicznych w placówkach. W skali od 1 do 5 (5 = maksymalna ocena) średnie oceny wynosiły:

- 4,23 ocena kompetencji osoby będącej opiekunem podczas stażu (4,34 w 2009r.)
- 4,23 ocena jakości oferty terapeutycznej ośrodka stażowego (4,19 w 2009r.)
- 4,24 ocena efektywności wykorzystania czasu stażu (4,18 w 2009r.)
- 4,42 ocena atmosfery, w jakiej odbywał się staż (4,45 w 2009r.)
- 4,45 ocena warunków lokalowych, w jakich odbywał się staż (4,26 w 2009r.)
- 4,28 ocena organizacji stażu (4,19 w 2009r.)

W porównaniu z 2009r. oceny większości parametrów organizacji staży klinicznych poprawiły się.

W spontanicznych wypowiedziach podkreślano pozytywną, życzliwą postawę wobec stażystów prezentowaną przez opiekuna stażu i członków zespołów terapeutycznych (34%),

dobrą atmosferę panującą w placówkach stażowych (24%). Co czwarta osoba odpowiadająca na pytania ankiety podkreśliła wartość merytoryczną programu stażu i/lub wysoką wiedzę opiekuna stażystów.

W otwartych negatywnych opiniach na temat odbytego stażu pojawiały się krytyczne uwagi dotyczące złej atmosfery, negatywnej postawy opiekunów stażystów (13%), zawartości merytorycznej programu stażu i złej organizacji staży (po 10%). Opinie te były zbieżne z uwagami przesyłanymi do Agencji przez osoby odbywające staże w ramach ewaluacji tego zadania. Najwięcej skarg dotyczy ograniczania stażystom dostępu do prowadzonej w ośrodkach stażowych terapii pogłębionej zarówno z osobami uzależnionymi, jak i współuzależnionymi.

Mimo, że w ostatnich latach zmodyfikowano zadania i warunki odbywania staży klinicznych w ramach programu szkolenia oraz podwyższono wymagania wobec placówek leczenia odwykowego ubiegających się o akredytację ocena staży nie poprawiła się znacząco.

Ocena III etapu programu szkolenia – superwizji klinicznej

Wymieniono 22 nazwiska osób wykonujących superwizję kliniczną do celów szkoleniowych, przy czym ponad połowa respondentów odbyła superwizję kliniczną u jednego z 5 superwizorów: D. Reguły, B. Ratajczaka, S. Graba, J. Skrobota i B. Maciek-Haściło.

Ponad 60% osób uczestniczących w badaniu zrealizowało superwizję kliniczną w latach 2010-2013. Najstarsza superwizja kliniczna w programie odbyła się w tej grupie w 1999 roku.

Uwzględniając zadania III etapu programu szkolenia poproszono uczestników badania o ocenę w skali od 1 do 5 (gdzie 1 = *bardzo mało pomocna*, zaś 5 = *bardzo pomocna*), na ile udział w superwizji był dla nich pomocny w poszerzaniu ich wiedzy i umiejętności zawodowych. Uzyskano następujące średnie ocen:

nauka w III etapie pomocna w:	<i>średnia ocen (w nawiasie wyniki 2009)</i>	<i>bardzo mało/mało pomocna w %</i>
lepszemu rozumieniu pacjenta	4,52 (4,66)	4
lepszemu rozumieniu relacji terapeutycznej	4,54 (4,68)	4
lepszemu rozumieniu własnych trudności w pracy terapeutycznej	4,49 (4,63)	2
poznaniu zasad etyki zawodowej	4,27 (4,34)	7
pogłębieniu wiedzy o psychoterapii uzależnień	4,22 (4,45)	5
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób uzależnionych	4,13 (4,41)	7
diagnozowaniu i planowaniu terapii osób współuzależnionych	3,74 (4,03)	13
prowadzeniu kontaktu indywidualnego z pacjentem	4,26 (4,57)	6
prowadzeniu grupy terapeutycznej	3,80 (3,91)	17
pracy z osobami uzależnionymi w podstawowym programie terapii	4,24 (4,39)	7
pracy z osobami uzależnionymi w pogłębionym programie terapii	4,02 (4,25)	11
pracy z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem	3,22 (3,71)	26
pracy z pacjentami uzależnionymi od narkotyków	2,62 (2,79)	44
pracy z pacjentami młodocianymi	2,49 (2,63)	48
pracy z osobami współuzależnionymi w podstawowym programie terapii	3,72 (3,93)	14

pracy z osobami współzależnionymi w pogłębionym programie terapii	3,50 (3,81)	21
pracy z ofiarami przemocy	3,02 (3,19)	33
pracy ze sprawcami przemocy	2,69 (2,88)	43
pracy z osobami z syndromem DDA	2,93 (3,19)	35
prowadzeniu sesji rodzinnych	2,61 (2,82)	47
samoocenie własnych umiejętności zawodowych	4,24 (4,45)	3
rozwoju zawodowym	4,43 (4,57)	4
zdaniu egzaminu certyfikacyjnego	4,31 (4,57)	7

Powyższe zestawienie pozwala zaobserwować, że superwizja kliniczna została oceniona przez uczestników badania jako najbardziej uczący etap programu szkolenia. Mimo to, wydaje się, że nie niweluje ona zaległości w nauce pracy z rodziną (w tym z osobami współzależnionymi) oraz z tymi grupami pacjentów, które są przypisane jako docelowe grupy osób leczonych w leczeniu uzależnień (uzależnieni od narkotyków, młodzież, osoby z zaburzeniami nawyków i popędów). Należy zwrócić również uwagę na to, że oceny przydatności superwizji klinicznej dokonane przez respondentów w 2014r są we wszystkich ocenianych zakresach niższe niż w 2009r.

Respondenci bardzo wysoko ocenili realizację zajęć superwizyjnych przyznając w skali od 1 do 5 (gdzie 5 = ocena maksymalna) średnie oceny:

- 4,74 kompetencjom superwizora (4,82 w 2009r.)
- 4,6 efektywności wykorzystania czasu superwizji (4,7 w 2009r.)
- 4,75 atmosferze, w jakiej odbywały się zajęcia (4,78 w 2009r.)
- 4,45 warunkom lokalowym, w jakich realizowano zajęcia (4,5 w 2009r.)
- 4,55 organizacji superwizji (4,62 w 2009r.)

Oceny te były bardzo zbliżone do ocen dokonanych przez respondentów w badaniu w 2009r.

W odpowiedzi na pytanie otwarte o pozytywne aspekty superwizji klinicznej najczęściej wymieniano pomocną postawę osoby realizującej superwizję: jej życzliwość, wsparcie, walory osobiste (49%) oraz wysoki poziom wiedzy merytorycznej superwizora (30%).

Mimo bardzo wysokiej oceny superwizji klinicznej co szósta osoba zgłosiła jakąś uwagę krytyczną dotyczącą odbytych zajęć. Najczęściej dotyczyły one zbyt długiego czasu

trwania superwizji w ciągu jednego dnia, powodującego zmęczenie i utrudniającego korzystanie z zajęć.

W ocenie trzech etapów programu szkolenia superwizja kliniczna została oceniona najbardziej pozytywnie toteż nie dziwią postulaty zarówno uczestników tych zajęć, jak i superwizorów, dotyczące wydłużenia zajęć superwizyjnych w programie szkolenia. Wydaje się jednak, że superwizja, mająca swoje specyficzne zadania, nie jest w stanie (i nie powinna) nadrabiać braków szkoleniowych wcześniejszych etapów nauki.

Egzamin

Blisko 87% badanych zdało egzamin za pierwszym razem (w 2009r. – 85%), przy czym jeden raz podchodziło do egzaminu:

- 96% psychologów
- 89% instruktorów
- 80% specjalistów (nie będących z wykształcenia psychologami)

Najskuteczniej zdawały egzamin osoby pracujące najkrócej w lecznictwie odwykowym. Za pierwszym razem zdało egzamin:

- 100% osób pracujących do 4 lat
- 91% osób pracujących 5-9 lat
- 83% osób pracujących dłużej niż 10 lat.

Wygląda zatem na to, że krótki staż pracy (a więc również mniejsze doświadczenie zawodowe) nie przekreśla szans na zdanie egzaminu za pierwszym razem, a rozkładanie okresu nauki na dłuższy okres czasu nie gwarantuje pozytywnego wyniku egzaminu. Za pierwszym razem zdało egzamin 91% osób, które przystąpiły do niego w ciągu 5 lat od chwili rozpoczęcia nauki w programie szkolenia i 84% terapeutów, którzy pozostawali w programie dłużej niż 5 lat. Można sformułować kilka hipotez wyjaśniających tę zagadkową tendencję:

1. W badanej grupie terapeutów pracujących najdłużej w lecznictwie odwykowym dominują terapeuci, którzy pozostawali również najdłużej w programie szkoleniowym, zatem ukończenie przez nich poszczególnych etapów programu szkolenia kilka lat przed egzaminem utrudniło im dostosowanie się do zmieniających się wymagań egzaminacyjnych.
2. Osoby pracujące najdłużej posługują się wyuczonymi schematami pracy, mają problem z przyswojeniem nowej (świeżej) wiedzy w obszarze uzależnienia i rekomendowanych w toku nauczania sposobów pracy z pacjentami.
3. Merytoryczna zawartość programu szkolenia i wymagania egzaminacyjne różnią się z praktyką kliniczną lecznictwa odwykowego.

Respondenci na skali od 1 do 5 (gdzie 1 = *bardzo trudne*, zaś 5 = *bardzo łatwe*) ocenili poziom trudności, jaką sprawiło im przygotowanie studium przypadku:

- osoby uzależnionej (*specjaliści i instruktorzy*)

średnia ocena trudności wyniosła 3,04 (w 2009 - 3,27), przy czym dla 27% badanych było to zadanie *trudne* lub *bardzo trudne*. Zadanie to okazało się stosunkowo łatwiejsze dla instruktorów (3,18), trudniejsze dla psychologów (2,99).

- osoby współzależnionej (*tylko specjaliści*)

średnia ocena trudności wyniosła, tak jak w roku 2009 - 3,0 przy czym było to zadanie *trudne* lub *bardzo trudne* dla 25% osób). Napisanie studium przypadku osoby współzależnionej było nieco łatwiejsze dla psychologów (3,03) niż dla specjalistów nie będących psychologami (2,96).

Zdecydowana większość uczestników badania (92%) korzystała przy pisaniu studiów przypadku z informatora umieszczonego na stronie internetowej PARPA. Dla 73% korzystających był on *przydatny* lub *bardzo przydatny* przy przygotowywaniu pracy pisemnej. Pozostali ocenili informator jako *średnio* lub *mało przydatny*.

Dość powszechną praktyką jest konsultowanie prac pisemnych przed ich złożeniem na egzamin. Opisy przypadków konsultowane w:

- w 80% przypadków z kolegami terapeutami
- w 53% przypadków z wykładowcami lub superwizorami
- w 30% przypadków z innymi osobami.

Na uwagę zasługuje niejednorodna praktyka osób prowadzących program szkolenia: wykładowców i superwizorów w sprawie konsultowania opisów przypadków przygotowywanych na egzamin. Z informacji otrzymanych z ankiet wynika, że niektórzy nauczyciele podejmują się tego zadania, inni nie – traktując je jako samodzielną pracę osób zdających.

Najczęściej zgłaszaną spontanicznie trudnością w przygotowaniu studium przypadku były: opis relacji terapeutycznej (dla 19% badanych), określenie celów, problemów do pracy oraz strategii pracy z pacjentem (17% badanych). Co dziesiąta osoba przyznała, że problemy z napisaniem pracy wynikały z braku osobistych kompetencji, doświadczenia, przygotowania do napisania pracy. Zastanawiające jest, dlaczego zadania te sprawiają problem tak dużej liczbie respondentów, skoro poświęca się im dużą ilość czasu w I etapie programu szkolenia. Być może powodem jest koncentracja doświadczeń zawodowych i nauczania na programie podstawowym osób uzależnionych, podczas gdy wymagania egzaminacyjne dla specjalistów dotyczą pracy z pacjentem uzależnionym w programie pogłębionym oraz pracy z osobą współzależnioną.

Średnia ocena przydatności programu szkolenia (w skali 1-5, gdzie 1 = *bardzo mało przydatny*, a 5 = *bardzo przydatny*) wynosi w przygotowaniu studium przypadku:

- osoby uzależnionej 3,92 (4,06 w 2009r)

Najwyżej oceniali przydatność programu szkolenia w napisaniu studium przypadku osoby uzależnionej instruktorzy (4,48), niżej zaś specjaliści nie będący psychologami (3,92) i psychologowie (3,70)

- osoby współuzależnionej 3,53 (3,27 w 2009r.)

Specjaliści (nie będący psychologami) nieco wyżej oceniali przydatność programu szkolenia w napisaniu studium przypadku osoby współuzależnionej (3,58) niż psychologowie (3,44)

Jako średnio trudny oceniono test sprawdzający wiedzę. Średnia ocena trudności, jaką sprawiły uczestnikom badania odpowiedzi na pytania testu wyniosła 3,84 (3,40 w 2009r.) (gdzie 1= *bardzo trudne*, zaś 5 = *bardzo łatwe*). Jako najłatwiejszy test ocenili instruktorzy (średnia 3,96). Dla 5% badanych odpowiedzi na pytania testu były *trudne* lub *bardzo trudne*, zaś dla 60% zdających - *łatwe* lub *bardzo łatwe*.

Większość zdających (78%) oceniła jako *przydatne* lub *bardzo przydatne* pytania testowe umieszczone na stronie PARPA. Dla pozostałych były one *średnio* lub *mało użyteczne* w przygotowaniu do zdania testu wiedzy.

Największą trudność przy zdawaniu części testowej egzaminu sprawiły badanym:

- sposób sformułowania pytań (niejednoznaczne, niejasne) (25%)
- konieczność odpowiedzi na pytania medyczne, biologiczne (6%)

Zaledwie 3 badanych samokrytycznie oceniło jako trudność swoje niedostateczne przygotowanie, brak w posiadanej przez nich wiedzy.

Średnia ocena przydatności programu szkolenia do zdania egzaminu testowego (w skali 1-5, gdzie 1 = *zupełnie nieprzydatny*, zaś 5 = *bardzo przydatny*) wynosiła w badanej grupie: 3,87 , przy czym zdecydowanie wyżej ocenili przydatność programu instruktorzy (4,33) niż specjaliści (3,78).

Wszyscy zdający zapoznali się przed egzaminem z zalecaną literaturą przedmiotu, jednak tylko 19% - ze wszystkimi wymienionymi pozycjami.

Średnia ocena trudności zadania, jakim była obrona przygotowanego studium przypadku wyniosła w badanej grupie 3,41 (w 2009r. - 3,62) (na skali 1-5, gdzie 1 = *bardzo trudne*, a 5 = *bardzo łatwe*). Ponad połowa zdających (53%) oceniło obronę, jako *łatwą* lub *bardzo łatwą*, zaś co piąty zdający spostrzegął ją jako *trudną* lub *bardzo trudną* (w 2009r. 12%)

Obrona była mniejszą trudnością dla instruktorów (3,74) niż psychologów (3,40) oraz specjalistów nie będących psychologami (3,31).

Najczęściej wymienianą trudnością przy obronie pracy pisemnej były przeżywane emocje: stres, napięcie, zdenerwowanie, trema (40%) oraz niejasne, dociekliwe pytania egzaminatorów (8%) oraz negatywne zachowania członków komisji egzaminacyjnej (6%).

Atmosferę panującą podczas egzaminu pisemnego oceniono średnio na 3,84 (3,30 w 2009r.), zaś podczas obrony pracy na 3,35 (3,69 w 2009r.) (na skali od 1 do 5, gdzie 1 = *bardzo stresująca*, zaś 5 = *bardzo mało stresująca*).

Warunki lokalowe, w jakich odbywał się egzamin oceniono na 4,45 (4,48 w 2009r.), zaś organizację egzaminu na 4,39 (4,47 w 2009r.) (w skali od 1 do 5, gdzie 1 = *bardzo złe*, zaś 5 = *bardzo dobre*).

W pytaniu otwartym o to, co najbardziej pomagało przy zdawaniu egzaminu wymieniono przede wszystkim: życzliwe i profesjonalne nastawienie członków komisji egzaminacyjnej (31% badanych), dobrą, bezpieczną atmosferę, w jakiej przebiegał egzamin (20%) oraz własne kompetencje, dobre przygotowanie, solidną wiedzę osób zdających egzamin (17%).

Najbardziej przeszkadzał zdającym stres, napięcie, trema (56%).

Podsumowanie wszystkich etapów szkolenia zawodowego

W kwestionariuszu ankiety poproszono o dokonanie oceny w skali od 1 do 5, (gdzie 1 = *zupełnie nieprzydatne*, a 5 = *bardzo przydatne*), przydatności wszystkich etapów programu szkoleniowego oraz doświadczenia zawodowego, samokształcenia i pracy w zespole terapeutycznym dla zdobycia certyfikatu oraz wzrostu poczucia kompetencji zawodowej. Uzyskano następujące wyniki:

średnia cena przydatności:	<i>uzyskanie certyfikatu (w nawiasie wyniki 2009)</i>	<i>wzrost poczucia kompetencji zawodowej (w nawiasie wyniki 2009)</i>
I etap programu - szkolenie	4,20 (4,29)	4,18 (4,40)
II etap programu –staż	3,80 (3,68)	4,00 (4,20)
III etap programu – superwizja	4,52 (4,57)	4,54 (4,70)
doświadczenia zawodowego	4,60 (4,53)	4,64 (4,59)
samokształcenia	4,70 (4,58)	4,62 (4,63)
pracy w zespole terapeutycznym	4,48 (4,17)	4,54 (4,39)

W zdobyciu certyfikatu jako bardziej przydatne oceniono samokształcenie, doświadczenie zawodowe, superwizję kliniczną, zaś jako mniej przydatne: odbycie stażu klinicznego i ukończenie szkolenia I etapu .

Podobne tendencje zauważyć można przy analizie średnich ocen wpływu powyższych elementów kształcenia zawodowego na **poczucie kompetencji zawodowych**. Jako bardziej przydatne oceniono: doświadczenie zawodowe, samokształcenie, superwizję kliniczną oraz pracę w zespole terapeutycznym, zaś jako mniej pomocne: odbycie stażu klinicznego oraz szkolenia I etapu programu szkolenia.

Respondenci, w skali od 1 do 5 (gdzie 1= *bardzo małe*, zaś 5 = *bardzo duże*) **dokonali samooceny swoich kompetencji zawodowych w wielu obszarach wiedzy i pracy terapeutycznej**.

Najwyżej oceniono swoje umiejętności w prowadzeniu kontaktu indywidualnego z pacjentem (4,52), w pracy z osobami uzależnionymi w podstawowym programie terapii (4,49), wiedzę o uzależnieniu (4,37), umiejętność diagnozowania i planowania terapii osób uzależnionych (4,31), umiejętność prowadzenia grupy terapeutycznej (4,30) oraz wiedzę o psychoterapii uzależnień (4,15). Najniższe oceny uzyskały kompetencje w zakresie: pracy z pacjentami młodocianymi (2,53), pracy ze sprawcami przemocy (2,74), pracy z pacjentami

uzależnionymi od narkotyków (2,81), w pracy z rodzinami (2,84) oraz z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów (2,97).

<i>średnia ocena kompetencji zawodowych</i>	2014	2009
wiedza o uzależnieniu	4,37	4,36
wiedza o współuzależnieniu	3,88	3,89
wiedza o psychoterapii	3,83	3,81
wiedza o psychoterapii uzależnień	4,15	4,26
wiedza o przemocy w rodzinie	3,57	3,53
wiedza w zakresie psychopatologii	3,41	3,60
wiedza o biologicznych aspektach uzależnienia i farmakoterapii	3,33	3,57
diagnozowanie i planowanie terapii osób uzależnionych	4,31	4,35
diagnozowanie i planowanie terapii osób współuzależnionych	3,82	3,90
prowadzenie kontaktu indywidualnego z pacjentem	4,52	4,45
prowadzenie grupy terapeutycznej	4,30	4,27
praca z osobami pijącymi alkohol ryzykownie lub szkodliwie	3,25	3,21
praca z osobami uzależnionymi w podstawowym programie terapii	4,49	4,54
praca z osobami uzależnionymi w pogłębionym programie terapii	3,87	3,96
praca z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem	3,11	3,29
praca z pacjentami uzależnionymi od narkotyków	2,81	2,78
praca z pacjentami młodocianymi	2,53	2,41
praca z pacjentami z zaburzeniami nawyków i popędów	2,97	2,87
praca z osobami współuzależnionymi w podst. programie terapii	3,89	3,94
praca z ofiarami przemocy	3,30	3,30
praca ze sprawcami przemocy	2,74	2,71
praca z osobami współuzależnionymi w pogłębionym programie	3,38	3,46
praca z osobami z syndromem DDA	3,18	3,04
prowadzenie sesji rodzinnych	2,84	2,93

Jak widać średnie samooceny wiedzy i umiejętności dokonane przez badanych w 2014r. nie różnią się zasadniczo od samooceny dokonanej przez ich kolegów w 2009r. Wtedy również najwyżej oceniano własne kompetencje w obszarze pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu w zakresie podstawowych programów terapii. Badani (w 84% specjaliści), osoby

mające certyfikaty uprawniające ich do samodzielnego wykonywania świadczeń w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu nie czują się zawsze wystarczająco przygotowani do pracy terapeutycznej z wszystkimi grupami pacjentów swoich placówek (współuzależnieni, ofiary, sprawcy przemocy, uzależnieni od narkotyków, młodociani, hazardziści itp.). W obszarach najgorzej ocenianych stosunkowo wyższe średnie oceny przypisały sobie osoby pracujące najdłużej w lecznictwie uzależnień, co wskazuje, że doświadczenie zawodowe poprawia nieco samoocenę. Jednak różnice w stosunku do osób krócej pracujących nie są duże. Wygląda na to, że do zwiększenia kompetencji terapeutów uzależnień niezbędne jest dalsze kształcenie zawodowe.

<i>średnia ocena kompetencji zawodowych w wybranych obszarach</i>	<i>pracują do 4 lat</i>	<i>pracują od 5 do 9 lat</i>	<i>pracują 10 lat i dłużej</i>
praca z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem	3,00	3,28	3,50
praca z pacjentami uzależnionymi od narkotyków	2,67	2,84	2,87
praca z pacjentami młodocianymi	2,38	2,19	2,57
praca z pacjentami z zaburzeniami nawyków i popędów	3,17	3,07	3,18
praca z ofiarami przemocy	3,29	2,23	3,82
praca ze sprawcami przemocy	2,64	2,46	2,90
praca z osobami współuzależnionymi w pogłębionym programie	3,21	3,68	3,88
praca z osobami z syndromem DDA	3,14	3,24	3,53
prowadzenie sesji rodzinnych	2,89	2,60	3,20

Doskonalenie zawodowe

Ponad $\frac{3}{4}$ uczestników badania uważa, że certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień powinien być ważny czasowo z koniecznością przedłużania jego ważności pod warunkiem zdobycia określonej liczby punktów edukacyjnych. Taka postawa wyraża akceptację rozwiązań wymuszających systematyczne doskonalenie zawodowe.

Niemal wszystkie osoby biorące udział w badaniu (98%) widzą potrzebę dalszej nauki. Taką potrzebę deklaruje 100% psychologów, 97% innych specjalistów i 96% instruktorów. Zgłoszono zainteresowanie poszerzaniem wiedzy i zdobywaniem umiejętności w następujących obszarach:

- psychoterapii	89%
- pracy z uzależnieniami niechemicznymi	78%
- pracy z DDA	76%
- innych metodach psychoterapii uzależnień	76%
- pracy z rodzinami	72%
- pracy z uzależnionymi w pogłębionym programie	71%
- pracy z osobami z podwójnym rozpoznaniem	69%
- pracy z osobami współuzależnionymi	60%
- pracy z uzależnionymi od narkotyków	54%
- pracy z ofiarami/sprawcami przemocy domowej	52%
- pracy z młodzieżą	48%
- inne	15%

Z zestawienia wynika, że w planach doskonalenia zawodowego największym zainteresowaniem cieszą się ~~tematy~~ psychoterapia oraz psychoterapia osób uzależnionych, w tym, w programach pogłębionych, praca z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów, z osobami określanymi jako Dorosłe Dzieci Alkoholików oraz z rodzinami. W porównaniu z 2009r. wzrosło zainteresowanie szkoleniem się w pracy z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów, z rodzinami i DDA, co może wynikać z faktu przybywania tych pacjentów w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu.

Analiza planów doskonalenia zawodowego różnych grup terapeutów pokazuje ciekawe różnice między deklarowanymi przez nich potrzebami szkoleniowymi. Psychologowie są bardziej, niż inne grupy zawodowe badanych, zainteresowani kształceniem

w obszarze psychoterapii, innych metodach terapii uzależnień, psychoterapii DDA, pracy z osobami z zaburzeniami nawyków i popędów, z pacjentami z podwójnym rozpoznaniem oraz z rodzinami.

Instruktorzy nieco chętniej niż inni chcieliby się doskonalić się w pracy z osobami uzależnionymi w pogłębionych programach terapii, z osobami współuzależnionymi, ofiarami/sprawcami przemocy oraz z osobami uzależnionymi od narkotyków.

Specjaliści nie będący psychologami deklarują mniejsze zainteresowanie niż psychologowie lub instruktorzy dalszą nauką we wszystkich wymienionych obszarach doskonalenia zawodowego, poza pracą z młodzieżą.

obszary szkolenia zawodowego:	<i>ogółem w %</i>	<i>specjaliści nie będący psychologami</i>	<i>psycholodzy w %</i>	<i>instruktorzy w %</i>
psychoterapia	89	84	98	82
inne metody psychoterapii uzależnień	76	67	86	82
praca z osobami z podwójnym rozpoznaniem	69	67	75	57
praca z uzależnionymi w programie pogłębionym	71	64	74	79
praca z DDA	76	75	84	61
praca z uzależnieniami niechemicznymi	78	76	82	68
praca z rodzinami	72	71	74	61
praca ze współuzależnionymi	60	57	54	71
praca z ofiarami/sprawcami przemocy	52	55	42	61
praca z uzależnionymi od narkotyków	54	56	49	64
praca z młodzieżą	48	51	40	50

Zainteresowania kształceniem w zakresie psychoterapii, zwłaszcza psychologów mających certyfikaty specjalistów, mogą prowadzić do różnych sytuacji w przyszłości:

1. Można się spodziewać migracji psychologów posiadających certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień do pracy poza lecnictwem uzależnień, zwłaszcza w obszarze psychoterapii.
2. Pozostanie psychologów mających kwalifikacje psychoterapeutów w lecnictwie odwykowym wpłynie na zwiększenie profesjonalizmu i efektywności terapii dla osób uzależnionych i współuzależnionych.

Warte podkreślenia jest zainteresowanie instruktorów nauką pracy terapeutycznej w obszarach, gdzie z racji nieposiadania certyfikatu specjalistów psychoterapii uzależnień nie mogą wykonywać świadczeń: w prowadzeniu psychoterapii czy w pracy z pacjentami w pogłębionych programach terapii uzależnień.

Opinie specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień na temat oferty terapeutycznej nakierowanej na ograniczenie spożywania alkoholu przez osoby uzależnione

W badaniu w 2014r. zdecydowano się na poszerzenie ankiety o pytania dotyczące opinii specjalistów i instruktorów na temat ograniczania picia alkoholu przez osoby zdiagnozowane jako uzależnione. Zarówno na poziomie celu leczenia, jak i metod redukcja picia nie jest powszechnie akceptowana i proponowana pacjentom. Postrzegana jest jako stojąca w sprzeczności z wyuczonym i stosowanym paradygmatem leczenia nakierowanego na abstynencję. Również w programie szkolenia temat ograniczania picia jako cel leczenia osób uzależnionych nie pojawia się wcale lub w bardzo wąskim zakresie. W ostatnich latach PARPA starała się wzbudzić zainteresowanie pracowników lecznictwa odwykowego tematem ograniczania picia poprzez organizowanie szkoleń, wystąpień, konferencji, wydawanie publikacji i ich rozpowszechnienie oraz opracowanie rekomendacji dla programów ograniczania picia. Wydaje się, że działania te przynoszą oczekiwany skutek bo rośnie deklarowana akceptacja terapeutów dla idei pomagania pacjentom uzależnionym w ograniczaniu picia alkoholu. Jednak samo zainteresowanie tematem i akceptacja to za mało, aby terapeuci stali się gotowi do wdrażania programów redukcji picia w swoich placówkach.

Osoby badane oceniały w skali od 0 do 100% **prawdopodobieństwo trwałego ograniczenia picia przez osoby uzależnione** w sytuacji niekorzystania przez nie z pomocy specjalistów lub dzięki pomocy terapeutycznej (uczestnicząc np. w programach ograniczenia picia). Rozkład odpowiedzi na te pytania wskazuje, że respondenci nie odrzucili powszechnie szansy osoby zdiagnozowanej jako uzależniona na trwałą redukcję picia, jednak była ona ich zdaniem zdecydowanie wyższa w sytuacji korzystania z programów ograniczania picia. Specjaliści oceniali te szanse wyżej niż instruktorzy.

<i>średnia ocena szans trwałej redukcji picia przez osoby uzależnione wyrażona w %</i>	<i>wszyscy badani</i>	<i>inni specjaliści</i>	<i>psycholodzy</i>	<i>instruktorzy</i>
bez pomocy	18,5	18,2	20,6	16,7
w programach ograniczania picia	43,7	46,2	47,2	36,3

Badani proszeni byli aby w skali od 1 do 5, (gdzie 1 oznaczał całkowitą nieakceptację celu pracy terapeutycznej, jakim jest ograniczenie picia alkoholu przez osobę uzależnioną, zaś 5- było wyrazem całkowitej akceptacji takiego celu) o **określenie poziomu swojej gotowości**

do pracy nad tak sformulowanym celem. Ponad połowa badanych akceptowała redukcję picia jako cel leczenia osób uzależnionych, w tym 22% akceptowała ten cel bez żadnych zastrzeżeń. Nie akceptowało takiego celu 23% badanych, w tym 13% terapeutów wyraziło skrajny brak akceptacji. Największy brak akceptacji (oceny 1 oraz 2) wyrazili instruktorzy (43%), najmniejszy psychologowie (16%). Blisko co czwarty specjalista nie będący psychologiem nie był gotowy do pracy nad ograniczaniem picia w leczeniu swoich uzależnionych pacjentów. Brak akceptacji malał wraz ze stażem pracy w lecznictwie odwykowym. Ponad 1/3 osób pracujących do 4 lat (36%), 23% pracujących od 5 do 9 lat i 21% pracujących 10 lat lub dłużej nie aprobowała redukcji picia jako celu leczenia.

Zaledwie 23% terapeutów zadeklarowało **przygotowanie do pracy z osobami uzależnionymi nakierowanej na ograniczenie spożywania alkoholu**, w tym tylko 5% czuło się w pełni przygotowanych do tego zadania. Trzy razy więcej respondentów (17%) oceniło, że w ogóle nie są do tego przygotowani. Dobre przygotowanie do tego zadania deklarowali częściej instruktorzy niż specjaliści. Poczucie kompetencji wzrastało wraz ze stażem pracy w lecznictwie odwykowym.

Uczestnicy badania mieli niewielkie **doświadczenie w pracy nakierowanej na redukcję picia przez osoby uzależnione:**

- nie mam wcale doświadczenia: 23%
- mam małe doświadczenie: 35%
- mam średnie doświadczenie 28%
- mam doświadczenie 10%
- mam duże doświadczenie 2%.

Odsetek osób doświadczonych w pracy nad redukcją picia był ponad dwa razy większy w grupie osób pracujących w lecznictwie odwykowym dłużej niż 9 lat (17%) w porównaniu z osobami pracującymi krócej (8%). Warto zauważyć, że mimo długiego stażu pracy doświadczenie terapeutów w ograniczaniu picia jest niewielkie.

Wygląda na to, że zarówno gotowość terapeutów do poszerzania celów leczenia osób uzależnionych, jak i ich wiara w możliwość ograniczania picia przez osoby uzależnione dzięki pomocy terapeutycznej uprawnia do popularyzowania i wdrażania nauki sposobów i programów redukcji picia. Kształcenie w tym zakresie powinno się rozpoczynać już na I etapie programu szkolenia oraz powinno być kontynuowane po zdobyciu certyfikatu, na etapie doskonalenia zawodowego.

Wnioski i rekomendacje

- Analiza materiału badawczego skłania do ponownego przemyślenia zawartości merytorycznej programu szkolenia, zarówno pod kątem:
 - zadań przypisanych poszczególnym etapom nauki,
 - metod kształcenia,
 - proporcji czasu przeznaczanego na kształcenie w obszarach wiedzy i pracy terapeutycznej niezbędnych do podniesienia poczucia kompetencji osób wykonujących świadczenia zdrowotne w leczeniu odwykowym, jak również potrzebnych do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.

Według osób, które uzyskały certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień największe deficyty kształcenia zawodowego dotyczą:

- wiedzy z zakresu psychopatologii, biologicznych aspektów uzależnienia i farmakologii oraz psychoterapii i współuzależnienia,
- umiejętności pracy z rodziną (prowadzenie sesji rodzinnych, praca z osobami współuzależnionymi), pracy z osobami uzależnionymi od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych oraz osobami z zaburzeniami impulsów i popędów (hazard, uzależnienia niechemiczne), z pacjentami młodocianymi oraz pacjentami uzależnionymi w pogłębionych programach terapii.

Potrzeba poszerzenia ofert placówek leczenia o programy ograniczania picia wymaga włączenia filozofii i nauki sposobów redukcji picia do programów szkół akredytowanych w programie.

- Program szkolenia nie przygotowuje na wystarczającym poziomie osób szkolących się do pracy z osobami współuzależnionymi oraz do pracy z osobami uzależnionymi w pogłębionym etapie leczenia uzależnienia. Jednocześnie stawia przed osobami ubiegającymi się o tytuł specjalisty psychoterapii uzależnień wymóg wykazania się umiejętnością pracy z tymi pacjentami. Jest to jeden z ważniejszych powodów dla których kandydaci na specjalistów nie zdają egzaminów częściej niż kandydaci na instruktorów.
- Mimo modyfikacji zadań stawianych przed stażem klinicznym i zwiększonymi wymaganiami stawianymi w procesie akredytacji przed ośrodkami stażowymi staże

kliniczne są nadal najmniej uczącym i najgorzej ocenianym etapem programu szkolenia.

- Posiadanie doświadczenia zawodowego, a także wydłużanie okresu kształcenia w programie szkoleniowym nie gwarantują zdania egzaminu certyfikacyjnego za pierwszym razem oraz nie przyczyniają się w istotny sposób do wzrostu poczucia kompetencji zawodowych specjalistów i instruktorów terapii uzależnień.
- Spełnienie wysokich wymagań egzaminacyjnych stawianych przed osobami ubiegającymi się o certyfikaty nie jest tożsame z posiadaniem przez te osoby poczucia wystarczającej wiedzy i umiejętności niezbędnych do realizacji zadań przypisanych placówkom leczenia uzależnienia od alkoholu. Osoby te wymagają bezwzględnie dalszego doskonalenia zawodowego.
- Niezbędne wydaje się stworzenie, opartego na prawie, powszechnego systemu doskonalenia zawodowego dla osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Wskazane byłoby wypracowanie w tej sprawie rozwiązań wspólnych dla osób, które uzyskały certyfikaty w Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i w Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii.