

*W ramach IV Ogólnopolskiej Konferencji „Narkotyki – Narkomania. Polityka, Nauka i Praktyka. Gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy – polska polityka narkotykowa”, która odbyła się w Warszawie w dniach 26-28 czerwca 2017 roku, przeprowadzono dyskusję panelową na temat miejsca problematyki uzależnień w programach edukacyjnych uczelni wyższych. Dyskusję prowadziła Bogusława Bukowska, Zastępca Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, a udział wzięli w niej: Jarosław Pinkas – Sekretarz Stanu w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, prof. dr hab. Iwona Niewiadomska z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, prof. dr hab. Marcin Wojnar z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej z Wrocławia oraz dr Bogusław Habrat z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.*

## MIEJSCE PROBLEMATYKI UZALEŻNIEŃ W KSZTAŁCENIU DYPLOMOWYM I PODYPLOMOWYM – DYSKUSJA PANELOWA

*Bogusława Bukowska: Szanowni państwo jest mi niezmiernie miło, że mogę poprowadzić sesję poświęconą bardzo ważnemu tematowi – miejscu szkolenia w zakresie problematyki używania substancji psychoaktywnych na uniwersytetach medycznych i na kierunkach związanych z naukami społecznymi. Temat jest niezwykle istotny, biorąc pod uwagę, że badania wskazują, iż problem związany z używaniem substancji psychoaktywnych ma tendencje wzrostowe. Gości zaproszonych do panelu chciałabym prosić o opinię na temat tego, jak wygląda stan kształcenia dyplomowego lekarzy, a także osób, które w przyszłości mogą pracować w obszarze profilaktyki używania substancji psychoaktywnych oraz z osobami już uzależnionymi. Jako przyczynek do dyskusji chcę powiedzieć o badaniach, które były prowadzone przez jednego z naszych panelistów – dr. Bogusława Habrata. Wprawdzie było to pod koniec lat 90., ale te badania pokazały, że liczba godzin poświęcona na problematykę związaną z używaniem substancji psychoaktywnych na uczelniach medycznych – tego to badanie dotyczyło – była niewielka. Było to zaledwie 10 godzin na wszelkiego rodzaju problemy, które mogą być związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Alkohol, narkotyki, jakakolwiek inna substancja. Jak ta sytuacja wygląda obecnie? Czy nastąpiła jakaś poprawa, czy nadal mamy do czynienia z dalece niesatysfakcjonującym obrazem rzeczy?*

**Marcin Wojnar:** Dziękujemy za zorganizowanie tej sesji i zaproszenie nas do udziału w niej. Temat dyskusji jest dla nas istotny, ponieważ wszyscy jesteśmy, mniej lub bardziej bezpośrednio, związani z udzielaniem pomocy osobom uzależnionym i używającym różnych substancji. Sytuacja na uczelniach wyższych, mówię tu o szkoleniu dyplomowym, jest jeszcze trudniejsza, niż była wówczas, gdy na jedenastu wyższych uczelniach były wykonywane przywołane badania. Obecnie kierunków lekarskich w Polsce mamy więcej. Wydziały medyczne powstały na uczelniach publicznych w Olsztynie czy w Zielonej Górze, a także na uczelniach prywatnych – za chwilę ruszy wydział medyczny na Uczelni Łazarskiego w Warszawie i na prywatnej uczelni w Krakowie. A tematyka związana z używaniem substancji psychoaktywnych nadal jest bardzo zaniedbana.

Trzeba pamiętać o tym, że kierunek lekarski jest kierunkiem regulowanym, czyli istnieją wytyczne, które określają zarówno liczbę godzin do zrealizowania przez studentów podczas sześciu lat studiów, jak i precyzyjnie określone treści kształcenia, które w czasie tych godzin powinny być zrealizowane. Dla wielu dziekanów wydziałów lekarskich w Polsce jest to pewnego rodzaju ograniczenie i w związku z tym te treści, które są mało popularne czy uznawane za mało istotne w toku kształcenia lekarza, zostały jeszcze bardziej wyparte przez te, które w danym środowisku są uznawane za ważniejsze. I dlatego ta sytuacja jest jeszcze trudniejsza niż

kilkanaście lat temu. Na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym podczas sześciu lat studiów na edukację psychiatryczną jest przeznaczony 120 godzin i w ramach tego czasu wygospodarujemy kilka godzin, żeby przekazać studentom wiedzę o problematyce związanej z używaniem substancji psychoaktywnych. Na wielu uczelniach ta liczba godzin jest jeszcze mniejsza, na nauczanie psychiatrii przeznaczone bywa 90 godzin, a jest nawet jedna uczelnia, na której jest zaledwie 80 godzin.

**Bogusława Bukowska:** *To smutna refleksja. Czy państwo podzielają tę opinię?*

**Jarosław Pinkas:** Uważam, że jest jeszcze gorzej. Może dlatego, że w którymś momencie popełniono dramatyczny błąd skrócenia studiów. Odejścia od stażu podyplomowego. Skompresowania tak naprawdę sześcioletnich studiów w pięć lat, później rok medycyny symulacyjnej. I na czym oszczędzano? Nie na pediatrii, internie, chirurgii czy ginekologii tylko, niestety, na zajęciach z psychiatrii. A to de facto powinien być także oddzielny przedmiot.

Wypuszczamy w świat lekarza, który ma duże kłopoty z rozpoznaniem pacjenta uzależnionego, który nie potrafi z nim odpowiednio rozmawiać, ma problemy komunikacyjne z takim pacjentem.

Później młodzi lekarze trafiają do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, czyli wyższej uczelni kształcącej podyplomowo. Każdy specjalista w Polsce musi przejść przez kursy Centrum. W tej chwili w Centrum trwają intensywne prace nad tym, żeby zmienić proces kształcenia lekarzy psychiatrii. Żeby lekarze mieli zajęcia z zakresu szeroko rozumianych uzależnień. Obecnie jest to godzina czy dwie w trakcie czterotygodniowego kursu, który odbywa się na końcu specjalizacji.

**Bogusława Bukowska:** *Z tych dwóch wypowiedzi wynika, że istnieje pilna potrzeba wzbogacenia kształcenia lekarzy o zagadnienia dotyczące uzależnień. A jak ta*

*kwestia wygląda w obszarze nauk społecznych? Wiemy przecież, że wiele osób, które pracują z osobami mającymi problem z uzależnieniem albo zawodowo zajmują się wcześniejszym etapem, a mianowicie profilaktyką używania substancji psychoaktywnych, nie ma wykształcenia medycznego.*

**Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy:** Uważam, że ta sytuacja wygląda nieco lepiej. A jest to skutkiem zmian, których doświadczyliśmy w 2012 roku i jeszcze wcześniej, kiedy zdecydowaliśmy, że uczelnie wyższe godzą się na boloński system kształcenia, realizowany w cyklu: 3+2 (studia licencjackie i studia magisterskie). Moim zdaniem wynikają z tego wymierne korzyści, ponieważ studenci w ramach studiów licencjackich

są zobligowani do tego, żeby realizować zajęcia związane, czy to z profilaktyką, profilaktyką uzależnień, czy z zaburzeniami zachowania. W czasie dwuletnich studiów magisterskich mogą się tym obszarom przyglądać w innych aspektach niż podczas studiów licencjackich. Studenci mają więc stworzone różnorodne okazje do refleksji na te tematy.

Dużo jednak zależy od tego, kto te treści przekazuje, jak jest przygotowana kadra dydaktyczna uczelni. To także istotna sprawa. Mówię o tym

w kontekście swoich doświadczeń pedagogicznych nauczyciela akademickiego. Przez kilka lat byłam prodziekanem do spraw kształcenia w czasach, kiedy jeszcze obowiązywały studia pięcioletnie. Stąd też moje wcześniejsze porównanie tych dwóch systemów kształcenia, ze wskazaniem na system boloński. Dlaczego mówię o tych doświadczeniach? Ponieważ to bardzo często dziekan czy prodziekan do spraw kształcenia decyduje o treściach programowych. Ja nie dostrzegam ograniczeń w realizacji podczas studiów treści związanych ze zdrowiem psychicznym, profilaktyką społeczną czy zaburzeniami zachowania, w które wpisują się zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Odnoszę wrażenie, iż ograniczenia te, o ile istnieją, bardziej tkwią w nas, osobach,

*Przyglądałem się programom nauczania amerykańskich uczelni i tam psycholodzy, zajmujący się uzależnieniami, posiadają ogromną wiedzę z zakresu neuropsychologii i szeroko rozumianej neurobiologii. Natomiast w Polsce przekazywanie takiego zakresu wiedzy jest rzadkością.*

które odpowiadają za ofertę programową i które je potem realizują. Trzeba się uderzyć w piersi. To my wypuszczamy tych absolwentów, którzy prezentują taki, a nie inny poziom wiedzy i mało tego, którzy podchodzą do życia zawodowego, celowo mówię nie do pracy, tylko do życia zawodowego, z pasją albo nie. I jeszcze jedna uwaga: powinniśmy uczyć studentów szerszego spojrzenia na problemy psychiczne człowieka i na zaburzenia. Nie miałabym nic przeciwko temu, gdybyśmy mówili generalnie o profilaktyce społecznej, w tym również związanej z uzależnieniami. Abyśmy nie traktowali uzależnień jako odrębnego problemu, ale spojrzeli na nie szerzej, czyli traktowali w kategoriach, czy to zaburzeń, czy może lepiej – zachowań ryzykownych.

**Bogusława Bukowska:** *Rozumiem, że to właśnie nauki społeczne w chwili obecnej stwarzają takie możliwości. Generalna konkluzja jest taka, że w odróżnieniu od studiów medycznych sytuacja na kierunkach społecznych pod względem przekazywania wiedzy dotyczącej uzależnień wygląda znacznie lepiej.*

**Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy:** Tak, takie mam wrażenie.

**Iwona Niewiadomska:** Reprezentuję Katolicki Uniwersytet Lubelski, dwa kierunki społeczne: psychologię i prawo. I pod względem uzależnień prezentują one dwa skrajne podejścia. Wydaje mi się, że prawo poświęca temu zagadnieniu niewiele miejsca. Jako student tego kierunku chyba ani razu nie usłyszałam kwestii związanej z uzależnieniami, może w aspekcie wypadków drogowych. Natomiast zupełnie inaczej jest na kierunku psychologia. Zastanawiam się, z czego to wynika. Znajduję dwie przesłanki, wyjaśniające przedstawione różnice. Jedna jest związana z tym, czy jest to kierunek regulowany, czy nie. Na kierunkach regulowanych – np. takich jak nauki o zdrowiu, dostrzegam problem braku zagadnień dotyczących problematyki uzależnień w minimach programowych. Na kierunkach nieregulowanych, takich jak psychologia, jest znacznie lepiej. Zastanawiając się z czego może wynikać zainteresowanie tego kierunku na KUL-u treściami dotyczącymi uzależnień, odpowiedź znajduję w tradycji. Na tym kierunku wykładała najpierw profesor Zenomena Płużek, w ramach psy-

chologii klinicznej, a potem książkę profesor Czesław Cekiera, i to oni wprowadzili tematykę uzależnień do kształcenia studentów na kierunku psychologia. Były to lata 70., 80. i 90. W związku z tym stało się czymś naturalnym, że jako studenci psychologii KUL zajmowaliśmy się tym zagadnieniem – zarówno od strony diagnostycznej, terapeutycznej, jak i od strony duchowej. Na Wydziale Nauk Społecznych KUL, ale przede wszystkim na kierunku psychologii, mamy dużo zagadnień poświęconych uzależnieniom. I to w bardzo różnych aspektach. Problematyka uzależnień jest włączana w różne rodzaje zainteresowań studentów – może to być np. zainteresowanie profilaktyczne, resocjalizacyjne, terapeutyczne bądź rodzinne. Można więc powiedzieć, że zagadnienia uzależnień są wplecione w różnego rodzaju zajęcia specjalizacyjne. Jeżeli są osoby szczególnie zainteresowane uzależnieniami, to dajemy im możliwość wzięcia udziału w podyplomowym szkoleniu w zakresie specjalisty terapii uzależnień. Podsumowując moją wypowiedź, mogę stwierdzić, że na KUL-u jest pewna ciągłość w zakresie działań poświęconych temu zagadnieniu.

**Bogusław Habrat:** Chciałbym jeszcze powrócić do badań przywołanych przez panią dyrektor Bukowską na początku naszej dyskusji. Mówiły one nie tylko o tragicznym stanie ilościowym kształcenia, bo na wszelkie kwestie dotyczące substancji psychoaktywnych i wszystkich uzależnień – od tytoniu, alkoholu i narkotyków, przeznaczano 10 godzin, ale także o jego jakościowej stronie. Studentom medycyny przekazywano treści związane z rzadkimi zespołami, z którymi zwykły lekarz prawdopodobnie nigdy w swoim życiu zawodowym się nie spotka. Dużo rozmawiano o takich kwestiach, które dla tego lekarza-niepsychiatry będą mało przydatne. Wtedy, ale sprawa jest aktualna i dziś, niedostateczną wagę przywiązywano do medycyny ambulatoryjnej, kładąc główny nacisk na problemy występujące w wysokospecjalistycznych klinikach. A przecież na co dzień najczęściej spotykamy się z medycyną ambulatoryjną. A studentom przekazywano głównie treści dotyczące tzw. dużej psychiatrii, tych poważnych zagadnień, którymi zajmują się coraz bardziej wyspecjalizowane ośrodki, natomiast w ogóle nie byli uczeni podstawowych rzeczy, takich jak kontakt z pacjentem, jak rozmawiać z pacjentem, który zaprzecza ewidentnym problemom z używaniem



substancji psychoaktywnych. Nie uczono tych rzeczy, które są podstawowe, czyli: wzbudzania w pacjencie motywacji do podjęcia leczenia, zachęcania go do podjęcia terapii w specjalistycznych placówkach. Do dziś sprawa umiejętności prowadzenia empatycznego dialogu z pacjentem, którego celem jest zmotywowanie go do zmiany zachowań na prozdrowotne, pozostaje jedynie postulatem, a nie codzienną praktyką.

Natomiast w odniesieniu do moich kolegów, którzy reprezentują nauki niemedyczne, chciałem powiedzieć, że wiedza, która jest przekazywana w ramach tych nauk jest w znacznym stopniu pozbawiona treści medycznych i biologicznych. Przyglądałem się programom nauczania amerykańskich uczelni i tam psycholodzy, zajmujący się uzależnieniami, posiadają ogromną wiedzę z zakresu neuropsychologii i szeroko rozumianej neurobiologii. Natomiast w Polsce przekazywanie takiego zakresu wiedzy jest rzadkością. Z osobami, które nie posiadają wiedzy neuropsychologicznej i neurofizjologicznej w stopniu dostatecznym, trudno jest współpracować, ponieważ nie ma wspólnego języka, wspólnego aparatu pojęciowego. Dlatego warto pomyśleć o współpracy, integracji i stworzeniu pewnego rodzaju modelu zintegrowanego nauczania. Dotyczy to zarówno „domedykalizowania” humanistów, jak i „dohumanizowania” medyków. W innym wypadku będziemy mieli sytuację, że uniwersytety medyczne będą kształciły sobie, a uniwersytety niemedyczne sobie.

**Bogusława Bukowska:** *Doktor Habrat dotknął bardzo ważnej kwestii, bo deficyty występują, w sposób symetryczny, i na wydziałach medycznych, i niemedycznych. Absolwenci uczelni medycznych mają braki w sferze komunikacji z pacjentem, a nauk społecznych w zakresie neurobiologii i neuropsychologii. Z moich rozmów z lekarzami wynika, że nie wiedzą oni, jak rozmawiać z osobą, która ma problem z używaniem substancji psychoaktywnych, w szczególności z narkotykami. Często czują się oni zupełnie bezradni wobec takiego pacjenta. Mało tego, mówią, że jest im też trudno w sobie samych pokonać psychologiczną barierę rozmowy z osobą uzależnioną od narkotyków. Łatwiej im już rozmawiać z osobą, która ma problem z alkoholem niż z narkotykami. Co możemy więc zrobić, żeby lepiej przygotować lekarzy do komunikowania się z pacjentem, który ma problem z używaniem środków psychoaktywnych?*

**Jarosław Pinkas:** W drugiej połowie kwietnia odbył się w Warszawie I Międzynarodowy Kongres Patient Empowerment. W jego programie znalazł się panel dyskusyjny dotyczący problematyki kształcenia lekarzy w zakresie komunikacji z pacjentem. Jednym z uczestników był student trzeciego roku medycyny jednej z brytyjskich szkół medycznych. Opowiadał on, jak są kształceni tamtejsi studenci w zakresie komunikacji lekarz–pacjent. Mówił, że przed każdym wejściem lekarza do pacjenta na salę otrzymuje on informacje na temat pacjenta, w jaki sposób powinien się z nim komunikować, ponieważ pacjent może niedosłyszeć, niedowidzieć, być uzależniony; jakich słów powinien używać. Studenci przez całe studia uczeni są komunikacji. A u nas cała przestrzeń komunikacji jest obca studentowi. Druga sprawa dotyczy kwestii relacji mistrz–uczeń. Tego również nie ma. Natomiast młodzi ludzie są wspaniale przygotowani, żeby zdać Lekarski Egzamin Końcowy, który jest bardzo trudny i jego wynik decyduje o tym, czy młody lekarz dostanie się na rezydenturę, czy nie. To są testy. Ten egzamin nie ma nic wspólnego z realną medycyną. Medycyna jest relacyjna, a młody lekarz nie ma w tym względzie podstawowych umiejętności, często nie wie, w jaki sposób nawiązać kontakt z pacjentem.

**Bogusława Bukowska:** *To bardzo ważne, co pan minister powiedział, bo żeby rozwiązać problem zdrowotny, lekarz musi umieć nawiązać dobrą relację z pacjentem.*

**Marcin Wojnar:** Zapytała pani, co możemy zrobić, żeby zmienić tę sytuację. Sięgnąłbym kilkanaście lat wstecz, kiedy profesor Marek Krawczyk był dziekanem I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wobec narastającego problemu używania substancji psychoaktywnych przez naszych studentów, poprosił on ówczesnego kierownika Kliniki Psychiatrycznej, żeby podjąć jakieś działania. I zaproponowaliśmy 25-godzinny program edukacyjno-profilaktyczny dla studentów pierwszego roku, którzy dopiero co rozpoczęli studia. W ramach tego programu chcieliśmy mówić o tym, jakie mogą być konsekwencje sięgania po substancje psychoaktywne, nie dotykając jeszcze kwestii klinicznych, a przekazując bardzo podstawową wiedzę.

**Bogusława Bukowska: Jaki był tego efekt?**

**Marcin Wojnar:** Trudno jednoznacznie powiedzieć, ale z pewnością namacalnym efektem jest wiedza studentów, bo kiedy po kilku latach wracają oni do Kliniki Psychiatrycznej na zajęcia z psychiatrii, to można z nimi prowadzić zaawansowane rozmowy na ten temat. Oni już wiedzą, z czym się wiąże eksperymentowanie z różnymi substancjami psychoaktywnymi i podejmowanie zachowań ryzykownych. Wymierną korzyścią jest także to, że łatwiej im przychodzi diagnozowanie pacjentów, których spotykają w Klinice.

**Bogusława Bukowska:** *To interesujący wątek, bo my bardzo wiele mówimy o profilaktyce w kontekście dzieci, młodzieży ze szkół gimnazjalnych, ponadgimnazjalnych. I de facto oddziaływania profilaktyczne kończą się w tym momencie. Uczelnie bardzo rzadko podejmują działania adresowane do swoich studentów, a wiemy przecież, że nasilenie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych następuje wraz z pójściem na studia wyższe. Dlatego też istnieje wręcz konieczność objęcia tej grupy oddziaływaniami profilaktycznymi. Nie mówiąc już o tym skutku, o którym powiedział pan profesor, że potem z tą młodzieżą inaczej się rozmawia. Już na innym poziomie.*

**Bogusław Habrat:** Pani dyrektor powiedziała, że sprawą podstawową jest komunikacja, rozumiana nie tylko jako nauczenie się pewnego rodzaju technik komunikacyjnych, ale i oparcie się na zapomnianych relacjach życzliwości wobec osób cierpiących. Myślę, że zmieniała się współczesna wizja relacji pomiędzy chorującymi a lekarzami lub psychologami, którzy mają im pomóc. Lekarze w znacznej mierze stali się sprzedawcami usług medycznych dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Jesteśmy rozliczani z zamknięcia procedur; nie ocenia się nas pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności, poza rozpatrywaniem skarg, a i to jedynie pod względem formalnym, relacje pacjent–lekarz nie są oceniane pod kątem empatii, życzliwości, preferowania ośrodków przyjaznych pacjentowi. W pewien sposób system sprzyja permanentnemu odhumanizowaniu.

Z jednej strony współczesna medycyna ma na swoim koncie ogromne osiągnięcia natury technologicznej, jesteśmy wszyscy zachwyceni możliwościami, jakie

stwarza medycyna naprawcza. A z drugiej brakuje nam umiejętności w zakresie komunikacji z pacjentem. Również pacjenci są inni, niż byli kiedyś. Pacjenci nie przychodzą po pomoc, tylko żądają określonych usług od lekarzy. Gdy mówimy o pacjentach uzależnionych, to większość z nich jest zainteresowana usunięciem konsekwencji używania substancji psychoaktywnych, jesteśmy traktowani przez pacjenta jako „usuwacze” powikłań związanych z używaniem substancji. I jako ci, którzy mają pomagać w egzekwowaniu świadczeń społecznych. Jeśli kierunek na: zbiurokratyzowanie, technologiczowanie, odhumanizowanie, wzajemną nieufność i roszczeniowość oraz zabezpieczanie się przed roszczeniami nie zmieni się, będziemy zmierzać do utraty celów, jakimi są: skuteczna pomoc cierpiącym i satysfakcja z efektów tych działań.

**Bogusława Bukowska:** *Myślę, że nauka podstawowych umiejętności komunikacyjnych jest jednak bardzo ważna, spotykamy się z tym na co dzień, a budowanie innej wizji społeczeństwa to znacznie szersze zadanie. Chciałabym jednak wrócić do sformułowanych przez dr. Habrata oczekiwań wobec nauk społecznych, że w większym stopniu będą one uwzględniać w systemie szkolenia aspekty neurobiologiczne i neuropsychologiczne w używaniu substancji psychoaktywnych. Zapewne w tym, co mówił dr Habrat, jest dużo racji. Jak można to zmienić?*

**Iwona Niewiadomska:** Na psychologii na KUL-u na pierwszym roku studenci mają zajęcia z biologii, psychofizjologii, fizjologii układu nerwowego. I to jest baza. Ona się nie zmieniła. Chociaż na te zagadnienia jest nieco mniej godzin. Być może będziemy mieli coraz lepiej wykształconych psychologów uzależnień, bo na uczelnie coraz częściej wkracza neuropsychologia, kogniwiastyka. Ludzie fascynują się funkcjonowaniem mózgu. I o te dziedziny nauki poszerzy się wiedza na wydziałach nauk społecznych. Inna rzecz poruszona w naszej dyskusji dotyczy tego, abyśmy mówili tym samym językiem. Ja w ogóle jestem za tym, żeby do pewnych zagadnień podchodzić interdyscyplinarnie, dlatego że niejednokrotnie to samo nazywamy w różnych językach fachowych. Jeżeli się spotkamy, porozmawiamy w zespole różnych osób, które zajmują się uzależnieniami, jeżeli przedyskutujemy, co jest ważne w procesie kształcenia osób, które w przyszło-

ści mają pomagać osobom sięgającym po substancje psychoaktywne, to można się pokusić o stworzenie odpowiedniej Ramy Kwalifikacji, określającej, jaką wiedzę, umiejętności i kompetencje powinien mieć absolwent kierunku z obszaru nauk społecznych. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeżeli mówimy o tym, kim powinna być osoba, która zajmuje się uzależnieniami, to dzisiaj najlepiej powiedzieć, że jest to specjalista czy instruktor terapii uzależnień. I nie jest powiedziane, jakie on ma pierwotne wykształcenie. Bo czy dobrym specjalistą w zakresie uzależnień będzie lekarz? Psycholog? A może pedagog? Dzisiaj nikt nie wie tak do końca. Czyli może trzeba opracować te bazowe kompetencje.

**Bogusława Bukowska:** *Wracając do kwestii kształcenia lekarzy. Profesor Wojnar podał przykład działań profilaktycznych adresowanych do studentów, które po jakimś czasie przekładają się na sposób komunikacji z tymi osobami, gdy na kolejnym roku studiów rozpoczynają one kurs z psychiatrii. Ale czy coś więcej możemy zrobić w tym obszarze? Czy państwo mogą wpływać na program kształcenia studentów medycyny?*

**Marcin Wojnar:** Wiele elementów programów kształcenia zależy jednak od nas samych. Osoby odpowiedzialne za ich tworzenie, za strategię i politykę w zakresie dydaktyki w danej uczelni mają określoną specjalność lekarską i nie zawsze są otwarci na problematykę związaną z uzależnieniami; często jest im ona zupełnie obca. A my nie zawsze mamy możliwość upominać się o wprowadzenie nowych treści kształcenia. Moim marzeniem jest, aby w Polsce, tak jak w wielu krajach Europy Zachodniej, w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie, medycyna uzależnień stała się osobną dziedziną medycyny i wyodrębnioną specjalnością lekarską, obecną w kształceniu podyplomowym, a nie tylko małym przedmiotem w trakcie studiów.

*Warto pomyśleć o współpracy, integracji i stworzeniu pewnego rodzaju modelu zintegrowanego nauczania. Dotyczy to zarówno „domedykalizowania” humanistów, jak i „dohumanizowania” medyków. W innym wypadku będziemy mieli sytuację, że uniwersytety medyczne będą kształciły sobie, a uniwersytety niemedyczne sobie.*

**Jarosław Pinkas:** Rozszerzę spektrum zagadnień, którymi się zajmujemy. Myślę, że jest to uprawnione. Kto trafia do zawodu lekarskiego? Na maturze trzeba mieć z czterech przedmiotów mniej więcej po 90%, czyli trafiają ci, którzy potrafią się nauczyć. Czy jednak do tak relacyjnego zawodu nie powinno się wprowadzić także innej kwalifikacji? Teraz często do zawodu trafiają adepci wybitnie wykształceni. Mamy wybitnie wykształconych lekarzy. Ale słowo lekarz zawiera coś więcej. W tym słowie jest jednak zawarta bardzo duża ilość emocji, które muszą być wniesione do zawodu na samym początku. Dobrym lekarzem może być tylko dobry człowiek. Ja wiem, to są truizmy, ale tak jest. Czy można nauczyć dobroci na studiach? I czy można nauczyć tego, żeby pacjentowi okazać

rozumienie? Tego uczelnia nie nauczy. Z tym czymś trzeba już przyjść na studia.

**Dorota Rybczyńska-Abdel Kawy:** Tego nie nauczymy, natomiast możemy w pewnym stopniu sprawdzać. Możemy weryfikować dyspozycje człowieka do zawodu, który ma wykonywać. Tak było kiedyś. Sprawdzaliśmy predyspozycje do zawodu, ale odeszliśmy od tego. Na początku powinniśmy postawić sobie pytanie, kim jesteśmy jako ludzie i jakimi dysponujemy zasobami, również, jakimi kategoriami etycznymi operujemy, bo prze-

cież będziemy mieli do czynienia z bardzo trudnymi kwestiami i trudnymi decyzjami. Również wyborami moralnymi. Chciałabym jeszcze wrócić do wątku interdyscyplinarności. Pacjent używający substancji rzadko kiedy cierpi na „jedno” zaburzenie, którym jest uzależnienie. Często jest to osoba ze złożonymi zaburzeniami: internistycznymi, psychicznymi, czyli z tzw. podwójną diagnozą, z chorobą nowotworową itp. Czy potrafimy rozmawiać o tym z naszymi pacjentami? Czy zastanawiamy się nad tym, którym zaburzeniem zajmować się w pierwszej kolejności: uzależnieniem czy chorobą nowotworową? Czy w tych wyborach pozostajemy sami? Jeśli tak, dlaczego? Mamy



kolegów lekarzy wykształconych w tym kierunku, ale nie potrafimy pracować interdyscyplinarnie. Dlaczego nie zaserwować takiej formy edukacji podyplomowej, która integrowałaby różne sposoby myślenia o człowieku i o jego problemach.

**Bogusława Bukowska:** *Temat interdyscyplinarności pojawia się bardzo często. Nasi pacjenci potrzebują takiego podejścia do ich problemów. Szkolenie proponowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, przygotowujące do otrzymania certyfikatu specjalisty i instruktora terapii uzależnień, mimo że formalnie nie podlega kształceniu podyplomowemu, to jednak w gruncie rzeczy spełnia taką funkcję. Można odbyć to szkolenie, jeżeli ma się tytuł magistra lub jest się lekarzem bądź pielęgniarką. W związku z tym, że w naszej dyskusji pojawiło się stwierdzenie, że trudno jest wpływać na treści programu kształcenia podczas studiów, być może szansą jest kształcenie podyplomowe. Rozumiem, że w tym obszarze nie ma takich ograniczeń, obwarowań. Jak to wygląda? Czy mają państwo doświadczenie w kształceniu podyplomowym? Czy w tym rodzaju edukacji jest jakaś szansa, żeby poszerzać zakres wiedzy, rzeczywiście rozwijać pewne kompetencje w obszarze uzależnień?*

**Marcin Wojnar:** Klinika Psychiatryczna WUM realizuje także kształcenie podyplomowe: przygotowujemy specjalistów, szkolimy rezydentów. Pod swoją opieką mamy obecnie kilkadziesiąt osób w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i w trakcie różnorodnych staży. Program specjalizacyjny, zaaprobowany przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, wyznacza nam określone ramy szkolenia, ale jest on znacznie bardziej elastyczny niż program kształcenia w trakcie studiów medycznych. W naszej Klinice duży nacisk kładziemy na to, żeby wszystkie osoby realizujące program specjalizacji odbyły staże w ośrodkach terapeutycznych. Nie wszędzie tak się dzieje. I w efekcie niewielu psychiatrów swobodnie porusza się w problematyce związanej z używaniem substancji psychoaktywnych.

**Iwona Niewiadomska:** Ja powiem o doświadczeniach Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, bo już od 2002 roku prowadzimy studia podyplomowe profilaktyka społeczna i terapia uzależnień. I są to dobre doświad-

czenia. Dobre dla dwóch stron – zarówno uczestników, jak i podmiotu prowadzącego studia podyplomowe. Przede wszystkim dla naszych studentów, a potem absolwentów, dlatego, że budują oni ścieżkę kariery związaną z profilaktyką i terapią uzależnień. Jeżeli ktoś się zdecyduje, że po studiach chce kontynuować naukę jako specjalista terapii uzależnień, może to u nas uczynić. Dodatkowym atutem jest to, że absolwenci uzyskują podwójny dyplom – otrzymują certyfikat ministra zdrowia i certyfikat uczelniany. No i kolejna rzecz. W ramach tych specjalistycznych szkoleń są określone wymogi formalne dotyczące programu zajęć, który jest w dużej mierze interdyscyplinarny. Warto również podkreślić, że osoby prowadzące zajęcia są wysokiej klasy specjalistami. W związku z tym na KUL-u mają one możliwość budowania swojej kariery zawodowej. Trzeba też zauważyć, że certyfikat specjalisty czy instruktora terapii uzależnień jest bardzo dobrym certyfikatem, ponieważ dobrze sytuuje osoby go posiadające w obszarze zatrudnienia.

**Bogusława Bukowska:** *Nie bez przyczyny zapytałam o to zainteresowanie, bo jeśli chodzi o zainteresowanie studium w zakresie terapii uzależnień, to jest ono nieustające. W Krajowym Biurze uważaliśmy, że po kilku edycjach szkolenia zainteresowanie to będzie słabło. Okazuje się, że nic takiego się nie dzieje. Co roku na szkoleniach mamy około sto osób, które chcą ukończyć studium terapii uzależnień. Tak, jak powiedziała prof. Niewiadomska, część z tych szkoleń jest zintegrowana ze studiami podyplomowymi na uczelniach wyższych, chociaż nie na uczelniach medycznych. Takich doświadczeń nie mamy.*

*Proszę państwa, nasze spotkanie dobiegło końca. Dziękuję wszystkim panelistom. Wydaje się, że podczas tej dyskusji wybrzmiało kilka bardzo istotnych wątków: konieczność nauki prawidłowej komunikacji lekarz–pacjent oraz integracji nauk społecznych z naukami medycznymi.*