

# Profesjonalizacja Stowarzyszenia MONAR<sup>1</sup>

**MAREK GRONDAS**

Poradnia Profilaktyki, Leczenia i Terapii  
Uzależnień Stowarzyszenia MONAR w Łodzi  
marek\_grondas@wp.pl

W ciągu ponad czterdziestoletniej historii Stowarzyszenie MONAR przeszło długą drogę od spontanicznie kształtującego się ruchu społecznego do potężnej, cieszącej się sporym autorytetem metaorganizacji pozarządowej. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie tych aspektów procesu rozwoju Stowarzyszenia, które zdecydowały o jego profesjonalizacji.

Mitem założycielskim Stowarzyszenia MONAR jest opowieść o Marku Kotańskim, zatrudnionym w szpitalu psychiatrycznym młodym psychologu, który w sprzeciwie wobec nieskutecznej pracy z pacjentami uzależnionymi od narkotyków wyprowadza ich 15 października 1978 roku ze szpitala i zakłada pierwszy ośrodek stosujący nieznaną dotychczas w Polsce metodę społeczności terapeutycznej.

To wyjście niosło ze sobą symbolikę mającą dla samoidentyfikacji Stowarzyszenia fundamentalne znaczenie. Oznaczało niezgodę na stygmatyzację, wykluczenie i bezosobowe traktowanie osób uzależnionych, a zarazem przywoływało odwieczną ludzką tęsknotę za wspólnotą. Sama metoda społeczności terapeutycznej, rozwijana później jako profesjonalne narzędzie, w tym heroicznym okresie była przede wszystkim wyrazem wiary w znaczenie wzajemnej pomocy w procesie zdrowienia, o czym przypo-

minało powtarzane codziennie na porannych spotkaniach każdej społeczności credo Day-Topu, jednej z pierwszych amerykańskich wspólnot (<https://www.almalibre.pl>):

„Jestem tutaj, ponieważ nie mogę już dłużej uciekać od samego siebie.

Tak długo będę uciekał, dopóki nie odważę się zobaczyć siebie w oczach innych. [...]

W tym domu jestem częścią społeczności, dzieląc z innymi cele i codzienny trud.

Zapuszczając tu korzenie, mogę rozwijać się i tworzyć, nie będąc już dłużej samotnym.

Pomagając innym, mogę też odnaleźć siebie”.

Jak pisała później Jolanta Łazuga-Koczurowska, druga przewodnicząca Stowarzyszenia: „MONAR nie zaczął się od metody. [...] Zaczął się od wartości. Od uniwersalnych prawd dających ludziom nadzieję. Zaczął się od wiary, że im się uda. Proste i jasne zasady, posłuszeństwo i uczciwość, praca na rzecz Domu i bezwzględna troska o miejsce (o Dom), wzajemna pomoc i szacunek stanowiły wówczas podstawowy kodeks moralny” (Łazuga-Koczurowska 2014, s. 11).

Podstawowe zasady społeczności monarowskich, takie jak samorządność, współodpowiedzialność, wza-

<sup>1</sup> Artykuł powstał na podstawie doświadczeń autora jako kierownika Poradni Profilaktyki, Leczenia i Terapii Uzależnień Stowarzyszenia MONAR w Łodzi (od 2007 roku), przewodniczącego Komisji Etyki Stowarzyszenia MONAR (2009–2013), pełnomocnika Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR do spraw leczenia, terapii i rehabilitacji (2013–2017).

jemna pomoc, budowa emocjonalnych więzi i osobiste zaangażowanie terapeutów, mogły tworzyć wrażenie, że aby pracować w ośrodku leczenia uzależnień, nie trzeba dysponować profesjonalną wiedzą i umiejętnościami – wystarczy być kimś, kto te wartości zinternalizuje i będzie je realizował samym sobą. Ogromne znaczenie miała także świadomość wspólnoty losów – przekonanie, że zrozumieć, a zatem i skutecznie pomagać w uzależnieniu, może tylko ten, kto sam go doświadczył i przeszedł proces leczenia, a profesjonalna wiedza ma tu znaczenie drugorzędne. Idee te odzwierciedlał również Marek Kotański, wysyłając neofitów (kończących leczenie pacjentów) do nowych miejsc, gdzie mieli stawać się kolejnymi wersjami charyzmatycznego przywódcy prowadzącego uzależnionych ku wyzwoleniu z nałogu (Łazuga-Koczurowska 2002, s. 7).

W maju 1981 roku MONAR przyjął formułę stowarzyszenia. Do 1990 roku Stowarzyszenie MONAR miało już ponad dwadzieścia ośrodków, które realizowały model społeczności terapeutycznej oparty na zasadach pełnej abstynencji od narkotyków i alkoholu (*drugs free*), abstynencji seksualnej, zakazu agresji, podporządkowania się społeczności i angażowania się w pracę na jej rzecz. W ośrodkach nie zatrudniano poza terapeutami żadnego personelu, wszystkie zadania niezbędne do utrzymania wspólnoty i zarządzania nią były wykonywane przez mieszkańców. Społeczność ustanawiała normy i określała pro-

cedury ich przestrzegania, wymierzała kary i nadawała przywileje, zatwierdzała przejście każdego pacjenta przez kolejne etapy leczenia.

Formalne powołanie Stowarzyszenia umożliwiało finansowanie ze strony agend rządowych i samorządowych, początkowo jednak było ono dalece niewystarczające. Lata osiemdziesiąte i pierwsza połowa lat dziewięćdziesiątych to okres, w którym placówki były zmuszone do stałego poszukiwania środków materialnych i finansowych. Zabieganie o dary – żywność, odzież, środki czystości, materiały budowlane – stało się ważną częścią codzienności i umiejętnością, w której część pracowników i pacjentów osiągnęła godną podziwu sprawność. Stosunkowo wygodnym, choć niekoniecznie zachęcającym do rozwoju aspektem tej sytuacji było to, że ponieważ żadna instytucja nie brała na siebie w pełni odpowiedzialności za finansowanie placówek, żadna też nie czuła się kompetentna do stawiania im wymagań czy przeprowadzania bardziej całościowej kontroli.

### **Profesjonalizacja jako odpowiedź na zmiany uwarunkowań zewnętrznych**

Kolejne etapy tworzenia systemu leczenia uzależnień – powstanie w 1993 roku Biura do spraw Narkomanii (od 1999 roku Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii) i wprowadzenie finansowania leczenia uzależnionych przez Kasy Chorych, a później Narodowy Fundusz Zdrowia

– oznaczały domknięcie systemu: z jednej strony stabilność materialną, z drugiej zaś strony konieczność dostosowania się do wymogów obowiązujących w placówkach medycznych. Ośrodki Stowarzyszenia musiały zadbać o księgowość i dokumentację medyczną, często również o modernizację postaw terapeutów, dla których wymagania formalne nie miały dotychczas znaczenia. Ujawnił się przy tym trudny do przezwyciężenia rozdźwięk między praktyką społeczności terapeutycznych a medycznymi modelami leczenia – co kilka lat ponawiano próby wymuszania na ośrodkach stacjonarnych zatrudniania pielęgniarek i większej liczby psychiatrów, co jest dla tej metody drastycznie nieadekwatne, a z powodu znacznego wzrostu kosztów oznaczałoby w praktyce upadek ośrodków.

Istotne impulsy rozwojowe wynikały ze zmian epidemiologicznych. Marek Kotański i jego uczniowie tworzyli polski model w warunkach rozwijającej się epidemii uzależnienia od kompotu (uzyskiwanej domowym sposobem heroiny), mieli zatem do czynienia z jednorodną grupą głęboko uzależnionych pacjentów, którzy potrzebowali przede wszystkim całościowego leczenia w oderwaniu od swoich naturalnych środowisk. Miała temu służyć sieć niewielkich miejskich punktów konsultacyjnych oraz położone najczęściej w oddaleniu od skupisk miejskich ośrodki stacjonarne, realizujące długie (do dwudziestu czterech miesięcy) programy, w których plany terapii poszczególnych pa-

cjentów były bardzo do siebie podobne, dzięki czemu społeczność mogła bazować na wspólnych doświadczeniach. Ułatwiała to restrykcyjną realizację zasady *drugs free*, polegającą na zakazie przyjmowania wszelkich środków psychoaktywnych, zatem nawet leków antypsychotycznych.

Wycofanie się narkomanii kompotowej i otwarcie granic spowodowało, że od początku lat dziewięćdziesiątych polska scena narkotykowa zaczęła upodabniać się do zachodnioeuropejskiej. Pojawiły się na szerszą skalę charakterystyczne dla krajów zachodnich substancje i wzory ich używania. Narkotyki rozpowszechniały się na nowych obszarach, szczególnie w dotkniętych traumą transformacji mniejszych miastach i na terenach wiejskich. Użytkownicy nie stanowili już homogenicznej grupy, mieli coraz bardziej zróżnicowane potrzeby i możliwości. Rósł odsetek pacjentów, którzy nie mieli za sobą poważnych strat biograficznych, mogli kontynuować pracę lub naukę czy stosunkowo szybko do nich wrócić, potrzebowali jednak dużo bardziej zindywidualizowanego podejścia. Rozpowszechnienie narkotyków inwazyjnych psychotycznie – amfetamin, później tak zwanych dopalaczy – wymuszało stosowanie farmakoterapii, a co za tym idzie – rewizję zasady *drugs free*. Procesy te wymagały wprowadzania poważnych zmian programowych.

Społeczność terapeutyczna to wbrew pozorom wyrafinowana metoda, w której praca nad rozwojem

osobistym polega na wykorzystywaniu dynamiki relacji międzyludzkich w ogromnej liczbie złożonych sytuacji. W długotrwałym procesie uczenia się pacjent buduje więzi emocjonalne z innymi, uwewnętrznia wartości, konfrontuje z grupą obraz samego siebie, nabywa umiejętności intrapsychicznych i interpersonalnych, doświadcza satysfakcji bycia potrzebnym i ma szansę na odbudowanie osobistego poczucia wartości. Skuteczność zapewnia społeczności jednoczesne stosowanie dwóch niełatwych do pogodzenia zasad: sprawiedliwości i indywidualizacji: konsekwentne przestrzeganie zasad i równe traktowanie wszystkich w wypadku ich naruszenia trzeba łączyć ze wsparciem i zrozumieniem indywidualnych uwarunkowań. Było to stosunkowo proste w sytuacji jednorodności grupy – model charyzmatycznego przywództwa Marka Kotańskiego i naśladowujących go uczniów płynnie łączył się tu z mądrością grupy, przechowywaną w doświadczeniach pacjentów z najdłuższym stażem. W konsekwencji społeczność – kadra terapeutów i pacjenci – osiągała na ogół sporą wprawę w odtwarzaniu oddziaływań o potwierdzonej skuteczności, a zadanie indywidualizacji brał na siebie lider, który jedynie był wyposażony (nieformalnie) w moc wykraczania poza obowiązującą tradycję. W miarę jak w społecznościach zaczęli się pojawiać pacjenci o zróżnicowanych i bardziej skomplikowanych dysfunkcjach, odwoływanie się do tradycji lub decyzji lide-

ra przestawało wystarczać – tradycja nie zawierała odpowiednich przepisów, a lider, o bardzo wysokich nawet kompetencjach, nie był w stanie pełnić funkcji terapeuty indywidualnego wobec każdego pacjenta. Oznaczało to konieczność rozwoju indywidualnych umiejętności zawodowych terapeutów i intensyfikacji pracy zespołowej, lider musiał przystać na rozproszenie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji (co nie zawsze było łatwe do pogodzenia z monarchiczną pozycją wypracowywaną przez niektórych szefów ośrodków). Punkty konsultacyjne stanęły przed koniecznością poszerzania oferty o różne formy psychoterapii dla osób, których leczenie stacjonarne okazywało się nieadekwatne, czyli przekształcania się w placówki ambulatoryjne o szerokiej ofercie.

Dodatkowym czynnikiem profesjonalizacji stawał się napływ do MONARU zawodowych psychologów i psychoterapeutów. Stowarzyszenie było dla wielu z nich miejscem atrakcyjnym: obiecywało wolność od rutyny i barier instytucjonalnych, bardziej osobiste relacje z pacjentami i współpracownikami, rozwój osobistego potencjału i kreatywności. Konfrontacja profesjonalistów, którzy sami nie zaznali uzależnienia, z neofitami, nieposiadającymi co prawda – przynajmniej początkowo – formalnego wykształcenia, dysponującymi za to bogatym osobistym doświadczeniem, bywała niekiedy trudna i powodowała liczne konflikty: brak zaufania do książkowej wie-

dzy ścierał się tu z niedocenianiem osobistych doświadczeń jako podstawy rozumienia innych ludzi. W dłuższej perspektywie różnicowanie wiedzy i doświadczeń kadry okazywało się jednak twórcze, prowadziło do ukształtowania się modelu terapeutycznego jako profesjonalisty uczącego się przez ciągłą – również zespołową – refleksję nad praktyką.

Istotną cezurą w procesie rozwoju Stowarzyszenia stała się tragiczna śmierć Marka Kotańskiego 19 sierpnia 2002 roku. Nowa przewodnicząca, Jolanta Łazuga-Koczurowska, twórczyni i liderka ośrodka MONAR w Gdańsku-Matarni, nie była bezpośrednią uczennicą Marka Kotańskiego, ale jako nauczycielka akademicka oraz autorka wielu programów profilaktycznych i terapeutycznych łączyła w sobie tradycję Stowarzyszenia z dążeniem do dalszej jego profesjonalizacji.

### **Ewolucja systemu przeciwdziałania narkomanii**

Tendencje rozwojowe Stowarzyszenia MONAR były wzmacniane przez coraz poważniejsze zewnętrzne wymagania instytucjonalne (Bukowska 2013). Na podstawie art. 27 ust. 1 Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii wprowadzono administrowany przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii system certyfikacji i superwizji, w którego ramach terapeuci zostali zobowiązani do odbycia specjalistycznego szkolenia zakończonego egzaminem i umożliwiającącego uzyskanie tytułu

specjalisty terapii uzależnień. Wymóg certyfikacji i poddawania swojej pracy superwizji stał się stopniowo warunkiem niezbędnym do uzyskania kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia i wielu innych dotacji.

W 2009 roku na mocy art. 88 Ustawy o grach hazardowych ustanowiono Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych, mający finansować pomoc osobom uzależnionym od hazardu. Powołanie Funduszu wynikało z potrzeby politycznej (oczyszczenia się ówczesnej elity władzy z oskarżeń o korupcyjne związki z biznesem hazardowym), do leczenia zgłaszało się jednak niewielu hazardzistów, dlatego nowelizacją z dnia 26 maja 2011 roku rozszerzono jego działanie na inne uzależnienia behawioralne. Okazało się, że metody pracy z osobami uzależnionymi od narkotyków można zastosować do tej grupy uzależnień, co pozwoliło poszerzyć ofertę wielu poradni, ale wymusiło również dalszy rozwój umiejętności terapeutycznych.

Do pierwszej dekady XXI wieku Stowarzyszenie MONAR przeszło długą drogę od ruchu społecznego do potężnej metaorganizacji administrującej siecią profesjonalnych placówek leczenia stacjonarnego, ambulatoryjnego i postrehabilitacyjnego (około jednej trzeciej krajowego potencjału w leczeniu uzależnień innych niż alkohol) z pięćdziesięcioma dwiema placówkami dla osób bezdomnych (<http://www.monar.org.pl>). Już pod koniec 2013 roku na 415 zatrudnionych w ośrodkach stacjonarnych

i ambulatoriach 270 osób (65%) legitymowało się tytułem specjalisty terapii uzależnień lub uczestniczyło w szkoleniach certyfikujących, a spośród nich aż 146 osób dysponowało dodatkowymi wyższymi kwalifikacjami<sup>2</sup>. Dziś MONAR to 156 placówek, z pomocy których korzysta rocznie około 25 tysięcy osób.

Rozwój organizacyjny Stowarzyszenia był w znacznej mierze ograniczany przez to, że stanowiło ono w istocie federację samodzielnych placówek zarządzanych przez liderów przyzwyczajonych do szerokiej autonomii, na których codzienne funkcjonowanie Zarząd Główny Stowarzyszenia MONAR praktycznie nie miał wiele wpływu. Sytuacja ta się zmieniła, gdy na mocy Ustawy o działalności leczniczej Stowarzyszenie MONAR stało się jednym podmiotem leczniczym, a poszczególne placówki terapeutyczne – podległymi mu zakładami. Od tej pory to Zarząd Główny zawierał umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia i Krajowym Biurem do spraw Przeciwdziałania Narkomanii i dysponował uzyskiwanymi od płatników finansami, co umożliwiało przeznaczanie większej ilości środków na działalność merytoryczną centrali (Łazuga-Koczurowska 2014). Rozwijając bieżącą komunikację z podległymi placówkami, zarząd główny mógł prowadzić syste-

matyczną analizę sceny narkotykowej dużo sprawniej niż krajowe instytucje, publikujące wyniki badań ze sporym opóźnieniem.

Z badań własnych Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR przeprowadzonych pod koniec 2013 roku wyłonił się obraz zmian polskiej sceny narkotykowej, postępującego zróżnicowania potrzeb i konieczności dostosowania do nich oferty leczniczej<sup>3</sup>. Na tej podstawie opracowano *Strategię Rozwoju Stowarzyszenia na lata 2014–2020*, w której określono cele strategiczne zmierzające do zbudowania spójnego ogólnopolskiego systemu profilaktyki, terapii, i postrehabilitacji, wskazano także potrzebę znacznych zmian w dotychczasowej organizacji pomocy osobom uzależnionym, w tym między innymi:

- specjalizację ośrodków stacjonarnych ze względu na specyficzne potrzeby klientów,
- skrócenia czasu leczenia stacjonarnego,
- zapewnienie elastyczności systemu – aby klient, wypadając z jakiegokolwiek programu, nie musiał rezygnować z leczenia, lecz był kierowany do bardziej dlań adekwatnej formy pomocy,
- zapewnienie współpracy międzyinstytucjonalnej z innymi segmentami usług społecznych na wszystkich etapach pracy z pacjentem i jego rodziną.

<sup>2</sup> Potrzeby rozwojowe ośrodków Stowarzyszenia MONAR – badanie ankietowe pełnomocnika Zarządu Głównego Stowarzyszenia MONAR do spraw leczenia, terapii i rehabilitacji, wrzesień–grudzień 2013 roku.

<sup>3</sup> *Ibidem*.

Stopniowo wprowadzano system elektronicznej dokumentacji, ujednoliconą dla całego Stowarzyszenia, wyłaniano placówki przeznaczone do programowej modernizacji, przygotowywano merytorycznie ich kadry.

Od 2014 roku Stowarzyszenie MONAR występowało do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia o zaakceptowanie i wsparcie finansowe proponowanych reform. Niestety, mimo ich zgodności z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, z priorytetami Krajowego Programu Zapobiegania Narkomanii i rekomendacjami Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zabrakło na to konstruktywnej odpowiedzi. Organy administracji państwowej okazały się niezdolne do elastycznego reagowania na istotne zmiany zachodzące na scenie narkotykowej, co uniemożliwiło Stowarzyszeniu wprowadzenie poważniejszych reform.

### **Ewolucja ideologii zawodowej – MONAR jako czołowa organizacja pozarządowa**

Postępujące zróżnicowanie problemów osób uzależnionych powodowało modernizację poglądów na istotę uzależnienia i zasady terapii. Pierwsi pacjenci społeczności terapeutycznych potrzebowali na ogół prostego przekazu: „Albo zdecydujesz się na absolutną abstynencję, albo zginiesz”. Do poradni zgłaszali się jednak coraz częściej ludzie z rozmaitych powodów niezdolni lub niegotowi do całkowitego odstawienia

narkotyków, a przecież również potrzebujący pomocy. Stopniowo zdobywało akceptację przekonanie, że osiągnięcie i utrzymanie abstynencji nie musi być w pracy z osobami uzależnionymi jedynym celem, że w wielu wypadkach akceptowalna jest na przykład terapia substytucyjna (kontrolowane podawanie opioidów), niesienie pomocy czynnym narkomanom przez poprawianie jakości ich życia i zapewnianie bardziej higienicznych warunków przyjmowania substancji lub nawet (w wypadku użytkowników marihuany) wsparcie w powrocie do używania kontrolowanego. Przekonania terapeutów ewoluowały od tradycyjnego modelu medycznego, zakładającego, że uzależnienie to nieuleczalna choroba mózgu, do modelu biopsychospołecznego, w którym rozumie się je jako destrukcyjny mechanizm dostosowawczy możliwy do wyeliminowania w procesie terapii. Spowodowało to stopniowe przekształcenie ideologii *drugs free* w szerszą humanistyczną formułę psychoterapii jako procesu rozwoju uruchamiającego osobiste zasoby i zwiększającego zdolność do konstruktywnego radzenia sobie z problemami.

W 2006 roku powołano do życia Instytut Szkoleniowo-Badawczy MONAR, którego celem było prowadzenie szkoleń i badań na rzecz środowiska zawodowego terapeutów uzależnień. Od 2012 roku niektóre placówki ambulatoryjne Stowarzyszenia MONAR zaczęły realizować CANDIS – program terapii ambulatoryjnej dla



użytkowników marihuany, zakładający możliwość nauki używania kontrolowanego. W 2014 roku opublikowano *Stanowisko Stowarzyszenia MONAR w sprawie leczenia substytucyjnego*, krytyczne wobec dotychczas realizowanych w Polsce programów tego typu (<http://www.monar.org>), ale co do istoty akceptujące terapię substytucyjną i zawierające propozycje jej unowocześnienia, co przyjęto jako radykalny przełom w poglądach środowiska monarowskiego.

W miarę wzmacniania się organizacyjnego dojrzało w Stowarzyszeniu dążenie do budowania siły organizacji opartej na wiarygodności, transparentności i wspierania innych organizacji pozarządowych. Działająca w kadencji 2009–2013 Komisja Etyki opracowała *Kodeks etyki pracowników Stowarzyszenia MONAR* oraz regulamin normujący pracę Komisji, które następnie, jako dokumenty zatwierdzone przez kolejny Walny Zjazd, zyskały silne umocowanie statutowe (<http://www.monar.org>). Przykładem występowania w obronie interesów całego trzeciego sektora była stanowcza postawa Stowarzyszenia wobec podejmowanych w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej w 2013 roku prób wprowadzenia „parametryzacyjnych” zmian we wzorach dokumentów obowiązujących organizacje pozarządowe. MONAR wystąpił z najbardziej bodaj zdecydowaną krytyką projektu nowego rozporządzenia, wskazując jego wady, między innymi redukcję usług społecznych do produktów wycenianych finansowo czy deprecjono-

wanie pozycji organizacji pozarządowych w relacjach z organami władzy. W wyniku tej krytyki Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej wycofało projekt i nigdy doń nie wróciło.

### Profilaktyka szkolna

Osobnym obszarem profesjonalizacji była działalność profilaktyczna w szkołach i innych placówkach pracy z dziećmi i młodzieżą. Pracownicy Stowarzyszenia realizowali programy profilaktyczne dla młodzieży i wspierali nauczycieli w pracy z uczniami zagrożonymi. Stale podwyższano wymagania wobec profilaktyków, organizowano dla nich specjalistyczne szkolenia, opracowywano autorskie programy profilaktyczne rekomendowane przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, z własną listą certyfikowanych realizatorów.

Ekspertci Stowarzyszenia MONAR wielokrotnie krytykowali pozorność i nieskuteczność większości działań profilaktycznych w szkołach oraz brak rozwiązań systemowych, które mogłyby spowodować, by polskie szkoły stały się efektywnymi środowiskami wychowawczo-profilaktycznymi. W latach 2014–2015 doprowadziło to do podjęcia przez Ministerstwo Edukacji Narodowej współpracy ze Stowarzyszeniem przy opracowaniu nowych zasad profilaktyki szkolnej. Ogłoszone 18 sierpnia 2015 roku Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty dzia-

łałości wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii powstało na podstawie postulatów Stowarzyszenia MONAR: podkreślało znaczenie kształtowania postaw i rozwoju umiejętności, a przede wszystkim rozszerzało koncepcję profilaktyki na inne niż używanie narkotyków zachowania ryzykowne oraz na działania skierowane ku nauczycielom i rodzicom. Po wyborach parlamentarnych w 2015 roku nowe władze Ministerstwa Edukacji Narodowej nie zajęły się co prawda operacjonalizacją rozporządzenia, ale aktywność Stowarzyszenia na tej niwie nie pozostała bez efektów: w latach 2016–2018 resort edukacji dotował ogólnopolski program Stowarzyszenia „Szkolne superwizje”, polegający na prowadzeniu dla nauczycieli i pedagogów superwizji pracy wychowawczej, pierwszy bodaj w Polsce program wprowadzający do szkół na taką skalę ważną, a dotychczas nieobecną formę doskonalenia zawodowego. Realizacja tego programu stała się niewątpliwie potwierdzeniem potencjału kadrowego Stowarzyszenia, które było w stanie zapewnić prowadzenie superwizji dla 142 piętnastoosobowych grup we wszystkich województwach.

\*\*\*

Na proces profesjonalnej ewolucji Stowarzyszenia MONAR wpływały liczne czynniki epidemiologiczne, prawno-organizacyjne i ekonomiczne, które stawały się impulsami do rozwoju

lub co najmniej wymuszały zmiany dostosowawcze.

Czterdziestoletnia historia Stowarzyszenia MONAR pozwala wskazać dwa główne aspekty profesjonalizacji. Pierwszy z nich wynikał ze zdolności dostosowania się do zmieniających się wymogów instytucjonalnych i ekonomicznych – w tym zakresie Stowarzyszenie okazywało się organizmem niezwykle elastycznym. Znaczenie miały tu ukształtowany w początkach działalności instynkt przetrwania, a także moralny autorytet i sieć wsparcia społecznego, wynikające z okoliczności, że w wielu środowiskach i instytucjach funkcjonują dawni beneficjenci Stowarzyszenia lub ich bliscy.

Aspekt drugi ujawnia istotny problem ograniczający możliwość profesjonalizacji organizacji pozarządowych – otóż wydaje się ona mało możliwa bez współpracy z instytucjami państwa. Organizacja pozarządowa może okazać się dużo bardziej sprawna i elastyczna od agend państwowych w diagnozowaniu potrzeb i ich zaspokajaniu, aby jednak walory te wykorzystać, musi znaleźć po stronie administracji kompetentnych i zaangażowanych partnerów, co w historii Stowarzyszenia MONAR nie zawsze okazywało się możliwe.

**BIBLIOGRAFIA**

- Bukowska, Bogusława, Wieczorek, Dorota, Czabała, Czesław. 2013. System szkoleń i certyfikacji – perspektywa historyczna i możliwości rozwoju. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4: 7–12.
- Łazuga-Koczurowska, Jolanta. 2002. Marek Kotański – psycholog rozmiłowany w człowieku. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 2: 7–18.
- Łazuga-Koczurowska, Jolanta. 2014a. Metoda społeczności terapeutycznej w leczeniu uzależnień. *Świat Problemów*, X: 11–15.
- Łazuga-Koczurowska, Jolanta. 2014b. Reorganizacja systemu MONAR – kierunki zmian. *Serwis Informacyjny Narkomania* 3: 42–47.

**AKTY PRAWNE I DOKUMENTY**

- Ustawa z dnia 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych (Dz.U. 2009 Nr 201, poz. 1540, z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 maja 2011 roku o zmianie ustawy o grach hazardowych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2011 Nr 134, poz. 779).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2015 r. poz. 1249).

**ŹRÓDŁA INTERNETOWE**

- <https://www.almalibre.pl/filozofia-ktora-leczy/>
- <http://www.monar.org/o-nas/raporty-sprawozdania-publicacje/>  
Sprawozdanie-finansowe-i-merytoryczne-stowarzyszenia-monar-za-2018-rok
- <http://www.monar.org/o-nas/raporty-sprawozdania-publicacje/>  
Stanowiskao-stowarzyszenia-monar- w-sprawie leczenia substytucyjnego
- <http://www.monar.org/o-nas/komisja-etyki>