

Mag. Miran Možina in Urška Kranjc Jakša<sup>1</sup>

## Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske

Asserting psychotherapy as an autonomous profession: what can we learn from the Netherlands?

### POVZETEK

V članku je na osnovi zgodovinskega prikaza razvoja psihoterapije na Nizozemskem od konca 19. stoletja do danes opisano, kako je že leta 1986 prišlo do zakonskega priznanja psihoterapije kot samostojnega poklica. To je bila posledica pospešenega demokratičnega razvoja celotne nizozemske družbe po drugi svetovni vojni, katerega pomemben del je bil tudi razcvet sistema za varovanje duševnega zdravja. Sledi prikaz sedanjega stanja normativne ureditve psihoterapije na Nizozemskem: dostop do poklica psihoterapevt, umestitev psihoterapevtske dejavnosti v sistem zdravstvenega varstva in financiranje psihoterapevtskih storitev. V zadnjem delu so na podlagi mednarodne primerjave Nizozemske in drugih evropskih držav povzete glavne značilnosti dobre psihoterapevtske zakonodaje, ki mora upoštevati zgodovinski razvoj, trenutno stanje in vizijo razvoja psihoterapije v prihodnosti, zmanjševati možnosti za destruktivna rivalstva med poklici na področju varstva duševnega zdravja, zagotoviti enakopravne vstopne pogoje za psihoterapevtsko izobraževanje in raznolikost psihoterapevtskih pristopov, spodbujati sodelovanje med akademskimi institucijami ter društvi in inštituti. V zaključku je prikazano, kako razmah neoliberalizma ovira normativno urejanje psihoterapije.

**Ključne besede:** psihoterapija kot poklic, Nizozemska, zdravstveno varstvo, klinična psihologija, psihiatrija, psihoterapevtska zakonodaja, psihoterapevtsko izobraževanje, financiranje psihoterapevtske dejavnosti

### ABSTRACT

This paper provides a historical overview of the development of psychotherapy in the Netherlands from the late 19th century to the present day leading to the legal recognition

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freud v Ljubljani, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)

Urška Kranjc Jakša, zakonska in družinska terapevtka stažistka, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, [ukranjcjaks@gmail.com](mailto:ukranjcjaks@gmail.com)

Avtorja se zahvaljujeva Romani Seljak za pomoč pri zbiranju podatkov o stanju psihoterapije na Nizozemskem.

of psychotherapy as a profession. Together with the improvement of the mental health care system, this was one of the important consequences of an accelerated democratic development of Dutch society as a whole after the Second World War. The paper also describes the present state of normative regulation of psychotherapy in the Netherlands, including access to the profession of psychotherapist, incorporation of psychotherapy into the health care system, and the financing of psychotherapeutic services. The last part of the paper is dedicated to the main characteristics of good normative regulation of psychotherapy based on an international comparison of the Netherlands and other European countries. A good normative regulation should take into account the historical development, the current status of psychotherapy, and the vision of future development. Moreover, it should diminish the destructive rivalry between different professions involved in mental health care, guarantee equal entry conditions for education, recognise various psychotherapeutic approaches and foster cooperation between academic institutions, associations and institutes. The paper ends with a reflection on how the expansion of neoliberalism hampers psychotherapy from being well regulated.

**Keywords:** psychotherapy as a profession, Netherlands, health care, clinical psychology, psychiatry, normative regulation of psychotherapy, psychotherapy training, financing of psychotherapeutic services

## EXTENDED ABSTRACT

### 1. Introduction

The need for psychotherapeutic forms of help is increasing in the world. The rapid technological development of the globalized world does not bring proportionate improvement of people's mental health. Social inequality is increasing; we are witnessing a decline in humanity, humanitarianism and solidarity. Mental problems and disorders are rising steeply and there is a lack of psychotherapeutic treatment and most importantly, prevention (WHO, 2017). Establishing psychotherapy as a self-employed profession and placing professional psychotherapeutic services into various social segments - for example in health care (Možina, 2008), social care, education, justice and economy - in most countries is harder than it would be expected. Professional psychotherapists, among others, are faced with the resistance of the established structures in areas of public health, social care and the education sector. They are faced with bureaucratic obstacles related to the expansion of neoliberalism and the opposition of various occupational/professional groups, in particular psychiatrists and (clinical) psychologists who defend their position in the health care system and narrow guild-like interests at the expense of the decline in quality of the mental health system (Možina, 2010ab).

In order to illustrate the development of psychotherapy we chose the Netherlands, which has one of the longest traditions regarding the protection of mental health and the promotion of psychotherapy as an independent profession among European countries. We summarized its history according to the article by Hutschemaekers and Oosterhuis (2004), which linked the contemporary situation in such a way that all those who seek to establish psychotherapy as an independent profession and autonomous academic discipline can find valuable information for comparison, critical situation analysis and

for a better approach to its development.

### 2. History of psychotherapy in the Netherlands

Psychotherapy in the Netherlands developed during the last decades of the nineteenth century, when general practitioners started to treat their patients by psychological means. In the early decades of the twentieth century psychoanalytic therapy predominated. In 1930 The Dutch Society of Psychotherapy (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie NVP) and in 1940 the first psychotherapeutic institute were founded in Amsterdam.

After the second world war the growth of mental health care services as well as psychotherapy was so fast that by the 1980s, with the emergence of regional out patient centres for mental health care (RIAGG), psychotherapy was considered the best form of treatment in RIAGGs. The number of patients who benefited from psychotherapy grew rapidly and the societal stigmatization of mental health problems diminished. The growth of the RIAGG system was astonishing and lowered the barriers for patients seeking help. When the system started in 1982 only seven out of 1,000 inhabitants asked for help. In 1988 this number had doubled to fourteen out of 1,000 and in 1996 had risen to almost seventeen persons per 1,000.

In 1986 the Dutch government formally recognized psychotherapy as an autonomous profession by the introduction of a temporary law. This recognition, which was called "le phénomène hollandais", included among other things a well-defined domain of psychotherapeutic activities and services, education programmes and ensuring the title was reserved only for those who were officially registered as psychotherapists. In 1993 the temporary law was changed to permanent law, the so called Wet BIG or the Individual Health Care Professionals Act. Both laws catalized the professionalization of psychotherapy: if in 1930 only a few psychoanalysts regarded themselves as psychotherapists, by the year 2000 almost 5,000 psychotherapists were officially registered. The multidisciplinary character of the profession was emphasized: apart from general practitioners and psychiatrists, the majority of psychotherapists were psychologists.

Meanwhile the rise of biological psychiatry and psychopharmacotherapy in the last three decades of the 20th century, connected to the shift in understanding of mental health problems (a shift from a psychosocial to biological paradigm), contributed greatly to a decline in the importance of psychotherapists and an improvement in the position of psychiatrists in the RIAGG system. Large numbers of psychotherapists left the RIAGG and established their own private practices and almost all the independent organizational RIAGG units for psychotherapy were abolished.

Although in 1993 it seemed that by the Wet BIG law the position of psychotherapists was permanently regulated, five years later the situation changed dramatically. In 2001 the Minister of Health decided to close down the training programme for psychotherapy, the register and brought psychotherapists under the regime of clinical psychologists. The first reason for such a decision was that clinical psychologists and psychiatrists had never wanted to accept psychotherapy as a separate profession but only as a specialization of psychologists or doctors of medicine. Until 1993 psychiatrists were allowed to use the title of psychotherapist. With the Wet BIG they lost this right despite their historical claim to the title and their formal training as psychotherapists. The announced closure of the register for psychotherapists seemed to solve their problem: the title of psychotherapist

would once again become available to them. The second reason was a growing divergence between the academic world and psychotherapists. Until 1990 research on psychotherapy was carried out by psychotherapists who worked in the departments of clinical psychology and psychiatry. But then the number of psychotherapists working at universities diminished, resulting in a growing distance between research on psychotherapy on the one hand, and the practice of psychotherapy on the other. So psychotherapy lost its advocates in the academic world and lost its reputation for being »scientific«. The third reason was that during the 1990s The Dutch Society of Psychotherapy (NVP) became defensive and initiated all kinds of conflicts on the essence of psychotherapy and the professionals who provide it. NVP did not consider psychotherapy to be an autonomous profession but only as a method which should be performed only by those who are employed in the health care system.

So in 2001 the Minister of Health decided to close down the training programme for psychotherapists, the Register of Psychotherapists and brought psychotherapists under the regime of clinical psychologists. She became convinced that quality in practising psychotherapy would be sufficiently guaranteed within the newly developed training programmes for psychiatrists and clinical psychologists. Her final conclusion was that psychotherapy is not sufficiently transparent and objective, too unclear and too confusing to recognize it as a profession with a significant role in the future developments of health care. It was best in her view to consider psychotherapy as a method, as one of the available options for treatment in mental health care, one that psychiatrists and clinical psychologists are most competent for evidence based psychotherapy practice. Only they are can do it transparently, objectively and effectively according to manualised protocols.

The minister's measure resulted in strong protests from the psychotherapists who had long been working for the legal regulation of psychotherapy as an autonomous profession. They organized their opposition and succeeded in regaining their rights. In 2005 the Ministry of Health reintroduced the Register of Psychotherapists. So from then on professionals in the health care system, who are not psychiatrists or psychologists, can once again acquire the title psychotherapist, if they have completed the necessary training. Psychotherapy can be practiced by psychiatrists and psychologists in the health care system or as a multiprofessional practice in accordance with the 1993 law (Van Broeck in Lietaer, 2008; Oudijk, 2002).

### 3. Present state of psychotherapy regulation in the Netherlands

The key document, which regulates psychotherapy in the Netherlands is the BIG Act (Individual Health Care Professions Act; Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) from 1993 which creates a unified framework for all health care professions. The most important goals of the BIG law were: (1) to improve the quality of the health care system and (2) the protection of patients from those who practice incompetently or carelessly. To achieve these goals the regulation of certain titles was introduced. Article 3 of the BIG Act contains a list of eight professional titles: health care psychologist, psychotherapist, physician, nurse, dentist, pharmacist, midwife and physiotherapist. For each of these professions the law defines the titles and specializations, training standards, competencies, registration procedures and mechanisms of quality control. (Siemons, 2014; Oudijk, 2002).

In the BIG register the following »psycho« professions or specializations are defined (Siemons, 2014: 5) (look at the schema 1):

- *Healthcare psychologists* (Gezondheidszorgpsycholoog / gz-psycholoog), with two specializations: clinical psychology and clinical neuropsychology.
- *Clinical psychologists* are specialized for psychodiagnostics and for psychological interventions for patients with grave and complex psychopathology. For this purpose they mostly apply psychotherapy.
- *Clinical neuropsychologists* are specialized in conditions of the brain and the consequences of these for cognition, emotions and behaviour. These include degenerative diseases such as dementia or Parkinson's disease and acquired brain injuries e.g. due to accidents or brain haemorrhages. The clinical neuropsychologist's job includes diagnosis, provision of information, counselling and treatment.
- *Psychotherapists*, who focus on the treatment of patients with complex psychological problems. Psychotherapists commonly assess and treat patients presenting with multiple problems, personality problems, or a combination of the two. In order to be able to develop a formulation and assess the patient's care needs, the psychotherapist needs to have expert abilities in the interpretation of many sources of information. Additionally, s/he must be capable of building a therapeutic relationship with the patient and carrying out complex methods of treatment. Essentially, they are specialized in high level counselling skills. The psychotherapist is an independent professional who carries out treatments independently or in close cooperation with another discipline. Psychotherapists may work in mental health care institutions, but also in independent practice.

Psychotherapeutic interventions include: client centred therapy, family therapy, problem solving treatment, short term therapies, CBT, behavioural, interpersonal and psychodynamic therapy (Cuijpers, 2011: 37).

All other psychotherapeutic approaches are named »alternative« therapies. These therapists are not included in the national register and are not allowed to use the title »psychotherapist«, but the title »ECP therapist«. ECP (European Certificate of Psychotherapy Therapist) title was granted to around 400 therapists, who finished training in modalities recognised by EAP (European Association for Psychotherapy). Most of them are working in private practice where clients pay about € 50,00 to € 120,00 per hour.

### 4. Commentary on the regulation of psychotherapy in the Netherlands

We decided on a comprehensive presentation of the historical development of psychotherapy in the Netherlands in order to help us in the broader sense - it can help us to understand the evolution of psychotherapy in Europe. It was no coincidence that the Netherlands recognized psychotherapy as an independent profession as early as 1986, immediately after Sweden. It was as a result of an accelerated democratic development in the whole of Dutch society after the Second World War, which played an important part in the flourishing of the system for the protection of mental health.

In the 1980s, with the RIAGG network, outpatient care of mental health was placed ahead of psychiatric care in hospitals, while the psychotherapeutic tradition, by empha-

sizing psychosocial aspects of mental health and illness, even overtook the antipsychiatry movement and prevailed over the biomedical model of mental disorders. At the same time, the Dutch story is instructive also because it shows how quickly the achievements in the psychotherapeutic field can be broken down even though they have been realized with great and long-lasting effort. Despite the normative recognition of psychotherapy as an independent profession and the legal placement of psychotherapists in the health care system in the 1980s and 1990s, the position of psychotherapists was destabilized at the beginning of the new millennium.

A wider, sociological view of history and the current state of psychotherapy in the Netherlands was also given to show how many factors influence the development of psychotherapy, which has its difficulties in all countries. Let us list some of the factors and processes that are all interconnected:

- Factors that are related to the constant development of the psychotherapeutic profession and are reflected in the transition from the dominant influence of psychoanalysis through the emergence of new psychotherapeutic approaches to effective evidence-based approaches and methods; the spectrum includes both long-term and short-term forms of psychotherapy as well as individual, couples, family, group, community and other forms of psychotherapeutic treatment (Možina 2011);
- Changes of scientific paradigms which are for the protection of mental health are reflected in the dialectical fluctuations between the biomedical and bio-psychosocial models (Grawe, 2005; Wampold & Imel, 2015);
- New forms of mental disorders and mental pathology and their pandemic spread, mainly anxiety depressive disorders (Wilkinson in Pickett, 2012; Blazer, 2005; Možina, 2017);
- Industrial manufacture of medications, the development of psychopharmaceutical drugs and their global marketing, which unfortunately often does not serve the welfare of patients but focuses mostly on maximizing profits (Blazer, 2005);
- Organization of the health care system, where there is a constant shift in the centre of gravity between the primary level and the specialist hospital level; this also involves constant fluctuations between emphasizing prevention and cure (Možina & Kosovel, 2017);
- Excessive expansion of bureaucracy in modern societies, which increasingly negatively affects the system of mental health protection (Verhaeghe, 2016);
- Financing psychotherapeutic services where an appropriate strategy based on studies of cost and benefits has not been developed to date (Možina, 2010a);
- The influence of state authorities, which may also be negative, as demonstrated in the case of a reckless and discriminatory measure by the Dutch Minister of Health in 2001 (Možina & Kosovel, 2017; Možina et al., 2018a).

#### 4.1 Access to the profession of psychotherapist

In the case of the Netherlands, we can also see the kind of friction that can occur when access to the profession of psychotherapist is restricted in such a way that psychotherapy becomes only be a second profession without the possibility of education as a first profession. After the first statutory regulation of 1993 enabled access to the profession of psychotherapist for all university-educated candidates, in 2001 the Minister of Health,

by arbitrary action, limited this access only to psychiatrists and clinical psychologists. These two occupational groups have repeatedly tried to win special privileges in the field of psychotherapeutic work in many other European countries, while demoting all other professional profiles to an inferior position with minor rights.

The most recent example of this occurred in Croatia (Možina et al., 2018b), when psychiatrists and clinical psychologists during a decisive phase in adopting the law managed to severely limit access to education with their discriminatory efforts. We can only ask ourselves how it is possible that such legislation can be supported (Morović, 2018). The Dutch psychotherapists could not accept the decision of the minister. With strong political activity, they again enjoy the right of a wide access to the profession of psychotherapists.

#### 4.2 Placement of psychotherapeutic services in the health care system

The long and interesting history of Dutch psychotherapy within the health system clearly shows how important it is for professional psychotherapists to treat both outpatients with mild and moderate mental disorders as well as hospitalized patients. However, the involvement of psychotherapists at all three levels of health care has been accompanied with a number of problems. Their resolution was in many respects exemplary. For example, how to deal with overlaps between »psycho« professions and how to develop mutual cooperation in multidisciplinary teams, joint projects and interdisciplinary discussions instead of promoting one-sided interests.

More and more scientific studies confirm that the multidisciplinary approach in the field of mental health care is the most effective. Among other things they show that all professions that help through conversation have many common factors that are crucial for performance and effectiveness (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Wampold & Imel, 2015). If psychotherapy alone can be sufficient to deal with mild mental disorders, this is by no means true for moderate and severe mental disorders, which has also been shown in decades of psychotherapeutic activity within the health system. Therefore, cooperation between psychotherapists, psychiatrists, clinical psychologists, social workers and other professional profiles working in the field of mental health protection is needed.

#### 4.3 Funding of psychotherapeutic services

The Dutch funding system divides users of psychotherapeutic services into three categories, namely those that have (NIP, 2018):

- mental disorders according to the American Diagnostic System for Mental Disorders DSM,
- psychological problems that do not meet the criteria for mental disorders according to the DSM,
- other psychological problems.

Such an artificial division creates a number of problems and injustices, since the financing of psychotherapeutic services is not interdepartmental. The regulation of the financing of psychotherapy alone or mainly within the health care system almost necessarily leads to professional nonsense and injustice to its users. No health system

anywhere in Europe or the world can provide by itself a wide range of universal, selective and indicated preventative measures in the field of mental health. This can only be done by including the sectors of social protection, education, and work, just to mention the main issues. For proper prevention, the most important people to focus on are not people with a mental disorder according to the DSM or MKB, but rather people with psychological problems. The Dutch funding of psychotherapeutic services therefore does not encourage prevention, but curative treatment, which is the prevailing trend of most if not all health care insurance systems. In medicine as a science it has been said for decades that the key is prevention, but in the health care system this is far from being realized.

A lot can be derived just from the fact that in order for a person with a mental disorder according to the DSM to be treated in the Netherlands, such a person needs a referral from a general health practitioner. In Austria, for example, general practitioners do not generally refer patients to psychotherapists and other »psycho« specialists (OECD, 2015) because of their poor qualifications for recognizing mental disorders or psychological problems. Therefore, it is necessary to consider thoroughly the determination of (clinical) pathways that will lead to psychotherapists not only within the framework of the health care system, but also in the area of social care, education, justice and the economy.

## 5. Key starting points for quality normative regulation of psychotherapy in Slovenia

Based on an international comparison with the Netherlands and other European countries the following guidelines can be used to regulate psychotherapeutic activity:

- It is better to be without legislation than to have bad legislation (Hauzoul, 2017; Sasse & Vrancken, 2017).
- Good regulatory arrangements take into account the historical development, the current state of affairs and the vision of development in the future (Možina, 2010b).
- Good normative regulation reduces the potential for destructive rivalry between professions in the field of mental health care (Možina, 2010b).
- Normative regulation of education in psychotherapy must prevent discriminatory entry conditions (Možina, 2007, 2016; Možina & Bohak, 2008; Možina et al., 2018a).
- Better uniform legislation than several partial legislations or regulations (Možina, 2010b; Možina et al., 2018b).
- The normative restriction of the diversity of psychotherapeutic approaches does not work (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010; Wampold & Imel, 2015).
- In the case of normative regulation, usually a small country can be a good example (Možina et al., 2018b).
- Good normative regulation in education in the field of psychotherapy and counselling promotes cooperation between universities, societies and institutes (Možina et al., 2018a).

## 6. Epilogue: neoliberalism is an obstacle to the quality normative regulation of psychotherapy

The scope of neoliberalism in all areas, including health care, social work, and education, favours the market model. Today, all of us who work in the field of mental health protection are affected by its consequences. The main areas of effect are a greater workload, escalation of competition, and an increasingly destructive rivalry between different disciplines, the excessive flow of regulations, the unwanted demands of management for greater profits, and the loss of clinical and academic independence. The rules are laid down in particular by health insurers and the management of institutions (in the USA, called »managed care« (Yalom, 2017), which promotes effectiveness as measured primarily by numbers, thereby forcing the ideology that quality is determined by measurability and that what we cannot measure does not count. Neoliberalism has also brought about an unstoppable boom of bureaucracy, which eats away at society like cancer, since what is on paper is increasingly important, and such a paper reality is seeming to have less and less connection with actual reality. The emphasis is thus increasingly transferring from content to appearance. For example, insurance companies are developing a gigantic administrative apparatus to control efficiency, reinforcing hierarchical top-down management, thus creating unproductive top layers, the main task of which is to maintain their own positions (Verhaeghe, 2016).

Psychotherapists do not want a normative system of the profession in order to endanger any of the established professions in the field of mental health protection. We want to offer additional forms of assistance to a rapidly growing number of people with existential and interpersonal problems, mental disorders and illnesses and also to help colleagues to bear the burdens of their professions, the work of which is becoming increasingly difficult these days.

## 1. Uvod

Potrebe po psihoterapevtskih oblikah pomoči so v svetu čedalje večje. (Pre)hiter tehnološki razvoj globaliziranega sveta namreč ne prinaša tudi sorazmernega izboljševanja duševnega zdravja ljudi. Družbena neenakost se povečuje, priča smo upadu humanosti, humanitarnosti in solidarnosti. Duševne težave in motnje strmo naraščajo, hkrati pa je premalo možnosti za psihoterapevtsko kurativo in še posebej preventivo (WHO, 2017). Uveljavljanje psihoterapije in psihosocialnega svetovanja kot samostojnih poklicev in umeščanje poklicne psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti v različne družbene segmente - na primer v zdravstvo (Možina, 2008), socialno varstvo, vzgojo in izobraževanje, pravosodje, gospodarstvo - je v večini držav po svetu težje, kot bi pričakovali. Poklicni psihoterapevti in svetovalci se med drugim srečujemo z odpori utečenih struktur v javnem zdravstvenem, socialno varstvenem in šolskem sektorju, z birokratskimi ovirami povezanimi z razmahom neoliberalizma in z nasprotovanji različnih poklicnih skupin, predvsem psihiatrov in (kliničnih) psihologov, ki branijo svoje pozicije v sistemu zdravstvenega varstva in ozke cehovske interese za ceno upadanja kvalitete sistema za varovanje duševnega zdravja (Možina 2010ab).

Za ponazoritev ovinkaste razvojne poti psihoterapije sva izbrala Nizozemsko, ki ima glede varovanja duševnega zdravja in uveljavljanja psihoterapije kot samostojnega poklica med evropskimi deželami eno najdaljših tradicij. Zgodovinski prerez sva povzela po članku Hutschemaekersa in Oosterhuisa (2004), nanj pa navezala prikaz sodobnih razmer na tak način, da bodo vsi, ki si prizadevajo za uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne akademske discipline v Sloveniji, lahko našli dragocene informacije za primerjavo, kritično analizo stanja pri nas in bolj kvalitetno razvojno razmišljanje.

## 2. Zgodovina psihoterapije na Nizozemskem

Psihoterapija se je na Nizozemskem začela razvijati podobno kot v okoliških državah. Pojavila se je sicer nekoliko kasneje kot v Franciji in Nemčiji. V zadnjih desetletjih devetnajstega stoletja so splošni zdravniki začeli svoje paciente z različnimi somatskimi težavami zdraviti s psihološkimi sredstvi. V zgodnjih desetletjih dvajsetega stoletja se je psihoterapija zožila na pretežno psihoanalitično zdravljenje. Bolniki so sestavljali majhno elitno skupino ljudi, ki so pripadali zgornjim družbenim slojem. Prakso psihoterapije so izvajali nekateri »razsvetljeni« psihoanalitiki, ki so bili člani Psihoanalitičnega društva. Do sprememb je prišlo v tridesetih letih 20. stoletja, ko je skupina psihiatrov poskušala prilagoditi psihoterapevtsko obravnavo tako, da bi jo lahko ponudili širšemu krogu ljudi. Ustanovitev Nizozemskega združenja za psihoterapijo (Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie NVP) leta 1930 je bila del tega gibanja, prav tako tudi ustanovitev prvega Inštituta za medicinsko psihoterapijo (IMP) leta 1940.

### 2.1 Inštitut za medicinsko psihoterapijo (IMP)

Takoj po vojni leta 1946 je vprašanje, ali IMP ponuja primerne oblike pomoči pravim ljudem, pripeljalo do notranjega spora med ortodoksnimi in bolj liberalnimi psihoanalitičnimi terapevti. Prva skupina, ki ni verjela v kratke intervencije, je zapustila IMP in v Amsterdamu ustanovila svoj psihoanalitični inštitut (PAI). Druga skupina, ki je verjela v kratke intervencije, pa je ostala v IMP. Vendar kljub temu mnogi psihiatri in drugi

strokovnjaki za duševno zdravje, ki so sicer podpirali kratke intervencije, niso sprejeli monopola IMP. Raje so se povezovali z inštituti, ki so bili povezani s cerkvenimi ustanovami, kot so bile na primer nove svetovalnice (oziroma »biroji«, nizozemsko Bureaux voor Levens- en Gezinsmoelikheden, LGV), ki so se osredotočale na »živiljenjske in družinske probleme«.

LGVji niso ponujali psihoterapije kot take, temveč so uporabljali različne vrste novih metod psihosocialne pomoči, ki so jih izvajali splošni zdravniki, psihologi in socialni delavci. Večina psihiatrov, ki so delali v LGV, je imelo le posvetovalno funkcijo. V tistem času je bilo razlikovanje med takšno psihosocialno obravnavo in psihoterapijo še vedno očitno, predvsem zato, ker je bila psihoterapija medicinska intervencija, ki so jo lahko izvajali le psihiatri. Začetki LGVjev, ki so zaposlovali predvsem nemedicinske strokovnjake za duševno zdravje, so bili uspešnejši kot začetki IMP. Prvi LGV je bil leta 1936 odprt v Rotterdamu in nato leta 1942 v Haagu. Do leta 1950 je delovalo enajst katoliških, štiri protestantske in štiri nevtralne ustanove, leta 1962 pa že sedemindvajsetih katoliških, šestnajst protestantskih, štiri humanistične, tri nevtralne in ena judovska ustanova.

Širjenje »nevtralne« psihoterapije je trajalo veliko dlje. Drugi IMP je bil ustanovljen leta 1953 v Utrechtu. Več kot deset let kasneje so bili inštituti ustanovljeni še v Leeuwardenu, Groningenu in Haagu. Od konca šestdesetih let se je število IMPjev hitro povečalo: trinajst leta 1976, sedemnajst leta 1980 in štiriindvajset leta 1981. Medtem pa je leta 1965 »M«, ki je v imenu IMP predstavljal medicino, dobil nov pomen: multidisciplinaren.

### 2.2 Sprememba paradigme

Rast IMPjev v šestdesetih in sedemdesetih letih je bila verjetno simptom globljega premika v skrbi za duševno zdravje in družbe nasploh. V tistem času je prišlo do več sprememb v sistemu skrbi za duševno zdravje. Poleg širitve IMPjev je psihoterapija pridobila vpliv tudi v drugih okoljih. V ambulantah, kot so zgoraj omenjeni LGVji, so uvedli različne vrste novih psihoterapevtskih metod, zlasti partnersko in nekoliko kasneje tudi družinsko terapijo. V Ambulantah za vodenje otrok (Medisch Opvoedkundig Bureau MOB) za otroke s psihosocialnimi problemi in njihove starše je psihoterapevtski pristop prevladoval že veliko prej, in sicer v tridesetih letih. Poleg tega so nove psihoterapevtske metode uvedli v šestdesetih letih v socialno psihiatričnih službah in ambulantah za kronične psihiatrične bolnike, kar je prispevalo k temu, da so socialne psihiatrične medicinske sestre vse bolj prevzemale terapevtsko vlogo in se tega tudi vse bolj zavedale.

Psihoterapevtski pristop je prav tako postajal vse bolj vpliven v psihiatričnih bolnicah. Že v petdesetih letih je bil glavni diagnostični okvir kombinacija psihoanalitične teorije in fenomenološkega pristopa. Kljub temu je prevladovalo mnenje, da je za večino bolnikov psihoterapevtsko zdravljenje neustrezno. Istočasno so se pojavili prvi znaki globljega premika. Prvič, sprememba imena »azil« v »bolnišnico za duševne bolezni«, drugič, uvedba neverbalnih kreativnih terapij (umetnostne in gibalne terapije) in tretjič, pojav multidisciplinarnih timov. Te spremembe so bile uvod v antipsihiatrično gibanje, ki se je pojavilo v poznih šestdesetih letih.

Najpomembnejši znak, da so se časi spreminjali, je bilo uvajanje t.i. "terapevtskih skupnosti" (angl. therapeutic communities). Leta 1988 so v 31 bolnicah, kjer so jih uvedli, zabeležili 500 sprejemov, kar je bilo malo v primerjavi z vsemi sprejemi v psihiatrične bolnice, ki jih je bilo skoraj 35000. Poleg teh psihoterapevtsko usmerjenih bolnic so psi-

hoterapevtske programe razvile tudi dnevne bolnice. Leta 1962 je bila v kraju Wolfheze ustanovljena prva dnevna bolnica. Leta 1986 so imele skoraj vse bolnice eno ali več dnevni bolnic. V tem letu je bilo sprejetih 6004 bolnikov. Psihoterapevtsko obravnavo so izvajali v polovici bolnic.

Te spremembe v varstvu duševnega zdravja so bile del širšega antipsihiatričnega gibanja, katerega zagovorniki so bili mnenja, da psihiatrični bolniki trpijo primarno zaradi škodljivih družbenih vplivov in ne zaradi bioloških vzrokov, kar je glavna predpostavka medicinskega modela. Antipsihiatrično gibanje pa te teorije ni uporabljalo samo kot metode dokazovanja, da na pacienta močno vpliva njegov socialni kontekst, temveč tudi kot način spreminjanja pacienta in okolja. Te spremembe so bile antipsihiatrične tudi v tem smislu, da je v varstvu duševnega zdravja prišlo do obrata tradicionalnih hierarhičnih vlog. Namesto zdravnika v vlogi »absolutnega monarha« je ključno vlogo prevzel multidisciplinarni tim.

S pojavom gibanja za samoaktualizacijo v šestdesetih in sedemdesetih letih so tabuji povezani s psihoterapijo vse bolj kopneli. Kdor je iskal psihoterapevtsko pomoč, ni bil več obravnavan kot duševno bolan, temveč kot nekdo, ki vlagal v svoje duševno zdravje. V skladu s tem pogledom je psihoterapija postala kraljevska pot do »resničnega jaza«, ki se je skrival za raznimi vrstami travm in posledicami neugodnih socializacijskih procesov. Uvajali so nove metode in tehnike, ki so postale zelo priljubljene, kot na primer »senzitivni treningi« (angl. sensitivity trainings) in na klienta usmerjen pristop Carla Rogersa z izrazitim izkustvenim poudarkom. Tako se je razvila nova oblika psihoterapije, ki je postala vse bolj priljubljena: psihodinamična teorija se je povezala s humanistično psihologijo Abrahama Maslova in z načeli geštalt psihologije.

Nova paradigma je pomenila, da so lahko za nove vrste klientov razvijali nove možnosti obravnav. Prva širitev je bila dosežena s pojavom terapevtskih skupnosti; psihoterapija ni dobila samo mesta v psihiatričnih bolnicah, temveč je ponudila tudi možnosti zdravljenja za nekatere bolnike s psihotičnimi in osebnostnimi motnjami. Druga razširitev je bila, kot sva že omenila, povezana s samoaktualizacijo, ki ni bila omejena samo na kliente z nevrotičnimi motnjami. Ta terapevtska metoda je pritegnila veliko »iskalcev zdravja«, ki so v družbi sicer dobro delovali, so pa imeli težave pri iskanju smisla v materialistično usmerjeni družbi. Tretja razširitev pa je bila povezana s pojavom t. i. tehnik psihoterapevtskega učenja. Vedenjska terapija je ljudem pokazala, kako oblikovati svoje vedenje in premagati nevrotična stanja, kot so fobije, strah pred neuspehom, manjše depresije itn.

Vendar pa do opisanih sprememb ni prišlo le zaradi novih skupin klientov, temveč tudi zaradi sprememb simptomatike. Po pomoč se je obračalo vse manj klientov s somatskimi težavami ter neopredelljivo živčnostjo in konverzivnimi motnjami, vse več pa jih je tožilo zaradi psihičnih težav, na primer depresivnosti, občutkov manjvrednosti itn. Prav tako so začeli sami uporabljati strokovne izraze, kot so pomanjkanje asertivnosti, hiperventilacija itn. Tako so se v teh letih problemi, ki so jih obravnavali v psihoterapiji, dramatično spremenili.

### 2.3 Mreža RIAGG: mreža regionalnih inštitutov za ambulantno varstvo duševnega zdravja

Vpliv antipsihiatričnega gibanja je težko natančno izmeriti, saj se je preoblikovanje skrbi za duševno zdravje začelo že prej. Kljub temu pa se pojav mreže RIAGG lahko šteje za

dediča tega gibanja. Vsaj dve osrednji točki v nastanku mreže RIAGG sta izhajali iz antipsihiatrije: dajanje prednosti ambulantnemu varstvu duševnega zdravja pred psihiatrično oskrbo v bolnicah in prevlada psihoterapevtske tradicije nad biomedicinskim modelom duševnih motenj.

Mreža RIAGG je uradno začela z delovanjem 1. januarja 1982. Znotraj ene organizacijske enote je združila različne ustanove za ambulantno varstvo duševnega zdravja: MOB (Ambulante za vodenje otrok), SPD (Socialno-psihiatrične storitve), LGV (Biroje za življenjske in družinske težave), Psihogeriatrične svetovalnice (del medicinske pomoči v skupnosti) in IMP. Mreža RIAGG je imela več funkcij: socialno psihiatrično pomoč, psihoterapevtsko pomoč, svetovanje in storitve primarnega zdravstvenega varstva ter preventivo. Mreža RIAGG je nadaljevala z izvajanjem vseh funkcij nekdanjih institucij. Novosti, ki jih je uvedla mreža RIAGG, pa je bil način financiranja iz javnih sredstev in njena organizacijska struktura.

Kaj so bile prednosti mreže RIAGG? Prvič, vsem državljanom Nizozemske je omogočila enake pravice in dostop do ambulantne psihiatrične pomoči. Nizozemsko so razdelili na 59 regij s 150 000 do 300 000 prebivalci. Vsaka regija je imela svoj RIAGG, kar je za številna področja pomenilo povečanje obsega pomoči, predvsem psihoterapije, in boljšo organizacijsko strukturo. Namesto amalgama institucij, ki so pripadala različnim cerkvenim ustanovam in so zato med sabo tekmoval, se je razvila enotna struktura ambulantne skrbi za duševno zdravje. Seveda ostaja odprto vprašanje, do kakšne mere je mreža RIAGG uspela uresničiti demokratični ideal enake dostopnosti za vse, vendar so številke zgovorne: ko je leta 1982 mreža RIAGG pričela z delovanjem, je le 7 od 1000 prebivalcev iskalo pomoč, leta 1988 se je število podvojilo na 14, leta 1996 pa se je dvignilo na skoraj 17 na 1000 prebivalcev.

Obstajal pa je še drugi razlog za postavitev novega sistema: organiziran je bil kot protitež konservativnim psihiatričnim bolnicam. Nacionalni inšpektorat za duševno zdravje (angl. National Inspectorate for Mental Health) je hotel postaviti dvodelno organizacijo: bolnice in ambulante, ki so lahko delovale neodvisno od bolnic, tako da so imeli bolniki možnost izbire in niso bili več odvisni samo od bolnic. Psihiatrične bolnice so bile zato zadržane do nove organiziranosti skrbi za duševno zdravje.

Znotraj mreže RIAGG je prevladovala psihoterapevtska tradicija nad socialno psihiatrično. Pristop socialno psihiatričnega varstva, v katerem so socialno psihiatrične medicinske sestre obiskovale in nudile podporo kroničnim bolnikom, je nadomestil veliko bolj terapevtski pristop, v katerem so morali pacienti obiskati RIAGG, kjer so jih medicinske sestre obravnavale s psihoterapevtskimi metodami. Prav tako so postale psihoterapevtske metode prva izbira za bolnike z blažjimi motnjami. Poleg tega je standard IMP multidisciplinarnega timskega dela postal standard mreže RIAGG. Tako kot v IMP so bili psihoterapevti (ne glede na njihovo specifično predhodno usposabljanje) skoraj enako pomembni kot psihiatri. Psihoterapevtska obravnava je postala zlati standard, psihoterapevti pa »elitna enota« mreže RIAGG.

### 2.4 Zakonsko priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica

V začetku sedemdesetih let prejšnjega stoletja so bili psihoterapevti večinoma še vedno registrirani kot psihiatri, vendar je skupina psihoterapevtskih psihologov rastla. Že leta 1961 je Nizozemsko združenje za psihoterapijo (NVP) razmišljalo o možnostih, da bi

vedli kurikulum za psihoterapijo na univerzi. Do novega učnega načrta ni prišlo, ker so se psihologi zbal, da bo s tem upadla priljubljenost njihovega študija. Z interdisciplinarnim doktorskim programom bi imeli študenti namreč možnost, da bi iz psihologije presedlali na psihoterapijo. Z ustanovitvijo inštituta RINO (Regionalni inštitut za šolanje in prestrukturiranje v varstvu duševnega zdravja) v osemdesetih letih pa je razkol med univerzitetnim in poklicnim usposabljanjem postal še bolj očiten. RINO je postal pristojen za usposabljanje psihologov - psihoterapevtov, medtem ko so se psihiatri še naprej usposabljali v okviru svojega rednega medicinskega izobraževanja.

NVP se je počasi spremenilo iz znanstvenega v poklicno združenje z vsemi značilnostmi sindikata, kar se je pokazalo tudi v premiku od organiziranja lastnih programov usposabljanja k vzpostavitvi sistema ocenjevanja za različne programe izobraževanja. Ta prehod so potrdili tudi premiki, ki so sledili: NVP je poskušalo podpreti finančni položaj psihoterapevtov tako, da je nacionalni medicinski svet zaprosilo za uradno priznanje psihoterapije in predlagalo psihoterapijo kot sestavni del obravnave v sistemu varovanja duševnega zdravja. Ta prizadevanja so ob vse večjem družbenem ugledu psihoterapije pripomogla, da je prišlo leta 1986 do formalnega priznanja psihoterapije kot samostojnega poklica, do t. i. »nizozemskega fenomena« (”le phénomène hollandais”).

Že leta 1973 je bil s priporočilom De Vreezejeve državne komisije glede zakona o delu in delavcih v zdravstvenem varstvu storjen prvi korak k samostojnemu poklicu psihoterapevta. Po prejšnjem zakonu iz leta 1965 so dejavnost zdravstvenega varstva opravljali le zdravniki. Vendar pa so dejansko v praksi zdravstveno varstvo izvajali različni strokovnjaki. Nizozemsko zdravniško društvo se ni želelo odpovedati svojemu privilegiju. De Vreeze je predlagal nov zakon, po katerem naj bi bilo uradno priznanih več zdravstvenih poklicev, hkrati pa naj bi zdravljenje izvajali samo zdravniki. V prilogi k predlogu je bil poseben del namenjen psihoterapiji. Komisija je svetovala, da se poklic psihoterapije uradno prizna, kar je privedlo do močnega nasprotovanja psihiatrov in psihologov. Oboji so zavrnilo psihoterapijo kot samostojen poklic.

Leta 1977 je Državni inšpektorat za varstvo duševnega zdravja naredil drugi korak k priznanju samostojnega poklica psihoterapevta z ustanovitvijo širše komisije za psihoterapijo (komisija Verhagen). Namen komisije je bil preučiti različne obstoječe poglede na psihoterapijo. Leta 1978 je objavila razpravo in leta 1980 končno poročilo. Glavna ugotovitev je bila, da je psihoterapija samostojna disciplina, kar je pomenilo, da je potrebno poklic psihoterapevta formalno priznati. Komisija je tudi navedla, da so psihiatri že po definiciji tudi psihoterapevti. Verhagen se je poleg tega zavzel, da je akademski naziv nujen pogoj za psihoterapevtsko izobraževanje in registracijo, kar je privedlo do izključitve socialnih delavcev. Kasneje so izobraževanje razdelili na dve fazi: začetno fazo, ki vodi do formalne registracije psihoterapevta, in specialistično fazo, ki so jo razvila in organizirala različna specialistična združenja. Priporočila iz končnega poročila so pripomogla, da je prišlo leta 1986 z začasnim zakonom do uradnega priznanja psihoterapije kot samostojnega poklica. Leta 1993 pa so psihoterapevti dobili avtonomni položaj v okviru t. i. zakona BIG (The BIG Act = Individual Health Care Professions Act; nizozemska kratica BIG pomeni Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).

Ko je leta 1986 nizozemska vlada z zakonom priznala poklic psihoterapevta, je bila v

tistem času to druga evropska država<sup>2</sup>, ki je to storila. Priznanje poklica je med drugim prineslo natančno opisano področje dejavnosti, specifičen in uradno priznan izobraževalni program ter naziv, ki je postal rezerviran samo za tiste, ki so bili uradno registrirani kot psihoterapevti. V poznih osemdesetih in v devetdesetih letih je tako prišlo do razcveta psihoterapije, ki je prevladovala v mreži RIAGG, kar kažejo tudi številke: leta 1991 je bilo 3738 registriranih psihoterapevtov, leta 1999 pa že 5138.

Vzporedno pa so potekali številni procesi, ki so napovedovali, da nadaljnji razvoj psihoterapije na Nizozemskem ne bo tekel gladko, tako da je v določenih fazah postalo celo vprašljivo, ali bodo psihoterapevti ohranili poklicno avtonomijo. Prvi proces je bil, da so številni psihoterapevti zapustili mrežo RIAGG in odprli lastne zasebne prakse. Drugi, da je v mreži RIAGG po obdobju presežka psihiatrov postopno prišlo do njihovega pomanjkanja, medtem ko nihče bil zaskrbljen zaradi pomanjkanja psihoterapevtov. Tretji pa je bil, da se je psihofarmakoterapija vrnila v mrežo RIAGG.

## 2.5 Vzponi in padci nizozemske psihoterapije

Porast števila pacientov v mreži RIAGG je imel več posledic. Prva je bila povečanje delovne obremenitve psihoterapevtov. Stari multidisciplinarni pristop je bil deležen vse močnejših kritik in je postal eden od simbolov nepriljubljene birokracije mreže RIAGG. To je tudi spodbudilo razvoj novih pragmatičnih terapevtskih metod, kot je »kratkotrajna psihoterapija«, in postopoma naj bi jo bili dolžni uporabljati vsi. Za mnoge, na primer za psihoterapevte, ki so se specializirali v klasični dinamični psihoterapiji, je bilo to sporno. Nestrinjanje okoli uporabe kratkotrajnih terapij je privedlo tudi resnega spraševanja o bistvu psihoterapije.

V poznih osemdesetih letih se je zaradi popularnosti psihoterapije pokazala še druga posledica: vse manj so se uporabljale socialno psihiatrične metode za oskrbo kroničnih bolnikov, saj so socialno psihiatrične medicinske sestre vse manj delale s kroničnimi neozdravljivimi bolniki, ki so posledično prejeli manj pomoči. To je veljalo zlasti za tiste paciente, ki niso mogli ali niso želeli prejemati pomoči mreže RIAGG. V istem obdobju so psihiatrične bolnice izpraznile svoje oddelke za dolgotrajno oskrbo z zmanjševanjem sprejema kroničnih bolnikov, od katerih so se mnogi vrnil v skupnost. Mreža RIAGG tem pacientom ni mogla nuditi potrebne pomoči, zato so morale psihiatrične bolnice organizirati lastno ambulantno oskrbo. Vse bolj nejasno je postajalo, katera institucija je bila odgovorna za to, da so se kronični bolniki znašli brez oskrbe. Na eni strani je to privedlo do vedno večjih kritik organizacije varstva duševnega zdravja, po drugi strani pa do poskusov združitve psihiatričnih bolnic in mreže RIAGG.

Poleg teh sprememb v mreži RIAGG je prišlo do korenite preobrazbe v psihiatriji. Socialno psihoterapevtski model sedemdesetih let je vse bolj izgubljal na veljavi, vse več privržencev pa je dobival biomedicinski model. Z njim se je širilo prepričanje, da bi lahko duševne težave obravnavali kot samostojne entitete, torej kot bolezni ali motnje, in ne kot dinamične deviacije od družbenih norm ali kot neprimerne prilagoditve na zapletene družbene okoliščine. Nova paradigma je omogočila, da so lahko te motnje šteli, preučevali njihov začetek in potek ter raziskovali njihove organske vzroke. S poudarjanjem bioloških dejavnikov se je v ospredje prebilo tudi farmakološko zdravljenje. Ta razvoj je

<sup>2</sup> Leta 1985 so na Švedskem uvedli sistem podeljevanja licenc za različne psihoterapevtske pristope, potem ko je parlament sklenil, da je psihoterapija samostojno urejen poklic.

spodbudila uvedba nove generacije antidepresivov, ki so delovali na serotoninški sistem (t. i. SSRI antidepresivi). Najbolj znan je postal Prozac, čigar učinke so popularni mediji prenapihnil.

Premik k biomedicinskemu modelu je v sistemu varstva duševnega zdravja neposredno vplival na položaj in vpliv psihiatrov. Psihiatrično združenje je že dolgo trdilo, da spadajo diagnostične preiskave in predpisovanje zdravil pod pristojnost psihiatrov, kar so v novih okoliščinah lahko uveljavili. Do najbolj dramatičnih sprememb je prišlo prav v mreži RIAGG, kjer so bili psihiatri le člani multidisciplinarnih timov, s pojavom biološke psihiatrije pa so si temeljito izboljšali svoj položaj. Ta se je dodatno utrdil z združitvijo mreže RIAGG in psihiatričnih bolnic, saj so imeli že po tradiciji psihiatri v njih ključen položaj.

Psihoterapevti so se na te spremembe odzvali defenzivno. Ker je postalo jasno, da se njihov vpliv v mreži RIAGG hitro zmanjšuje, so se mnogi umaknili v svoje sobe, medtem ko so drugi mrežo zapustili in odprli zasebno prakso. Poleg tega so psihoterapevti izgubili svoj poseben položaj in privilegirani status, ker so psihoterapevtske intervencije uporabljale tudi socialno psihiatrične medicinske sestre in psihologi. Tako je postopno prišlo do ukinitve skoraj vseh neodvisnih enot mreže RIAGG za psihoterapijo.

Posledica te spremembe je bila, da je v institucijah prevladal pragmatični model kratkotrajne psihoterapije, ki so ga izvajale predvsem socialno psihiatrične medicinske sestre in psihologi. Za psihoterapevtsko metodo, usmerjeno v reševanje problemov, ki so jo uporabljali, je bilo med drugim značilno majhno število rednih srečanj za manj izobražene kliente z resnejšimi problemi. V zasebnih praksah pa je še vedno prevladoval tradicionalen psihoterapevtski model, ki je bil usmerjen na posameznika. Ta terapija je bila intenzivnejša s pogostejšimi srečanji skozi daljše obdobje in z zahtevnejšimi cilji. Namenjena je bila klientom, ki so bili bolj izobraženi in bolj vključeni v družbo. V zasebnih praksah so psihoterapevti še naprej uporabljali psihodinamične, na kliente osredotočene pristope.

Do leta 1985 zasebna praksa psiholoških psihoterapevtov v primerjavi z zasebno prakso psihiatričnih psihoterapevtov skoraj ni obstajala. Nekaj ponudnikov psihoterapije je sicer bilo, vendar je bilo število njihovih pacientov zanemarljivo. Po letu 1985 so se razmere zelo spremenile. Prišlo je do povečanja števila zasebnih praks psiholoških psihoterapevtov, tudi zaradi novega finančnega sistema, v katerem je zavarovalnica Medicaid povrnila stroške psihoterapije tudi nemedicinskim psihoterapevtom v zasebni praksi. Vendar je bila selitev iz mreže RIAGG v zasebno prakso veliko več kot kozmetična sprememba in ni bila le posledica novih finančnih tokov. Sami psihoterapevti so jo različno pojasnjevali, toda prevladujoči vtis je bil, da so v institucijah izgubljali svojo strokovno avtonomijo. Prav tako so se pritoževali zaradi razraščanja birokratizacije, številnih protokolov in predpisanih postopkov. Drugi družbeni kritiki pa so umik psihoterapevtov razlagali kot znak spreminjanja koncepta skrbi za duševno zdravje v javni mreži zdravstvenega sistema. Povratak biopsihiatričnega modela je znotraj institucij močno spremenil glavne oblike obravnave na področju varstva duševnega zdravja.

Z drugimi besedami, spreminjajoči se položaj psihoterapevtov ni bil povezan le z vprašanji moči in statusa, temveč je bil tudi posledica spremembe paradigme v varstvu duševnega zdravja. Kot primer tega premika lahko razumemo uvedbo novih multidisciplinarnih, z dokazi podprtih smernic. Tako so bile na primer v novih smernicah za

zdravljenje depresivnih in anksioznih motenj iz leta 2003 zaradi pomanjkanja dokazov o njihovem učinku opuščene vse tradicionalne v posameznika usmerjene obravnave, kot so psihoanalitične, v klienta usmerjene in skupinske psihoterapije.

V prvi različici zakona BIG iz leta 1993 je bila psihoterapija definirana kot multiprofesionalna dejavnost s pravno zaščitenim nazivom. Dostop do izobraževanja iz psihoterapije je imelo več poklicev pod pogojem, da so kandidati izpolnili izobraževalne kriterije. Psihoterapevti, ki so jih izpolnili, so se lahko vpisali v Register psihoterapevtov, ki ga je vodilo Ministrstvo za dobrobit, javno zdravje in kulturo. Strokovno priznavanje in akreditacijo je izvajala Medicinska komisija za javno zdravje (Oudijk, 2002). Izgledalo je, da je bil z zakonom BIG položaj psihoterapevtov za vedno formaliziran. Vendar pa je vlada leta 1998 oznanila, da zapira register psihoterapevtov, kar je že nakazovalo, da želi tudi ukiniti poklic psihoterapevta. Kako je možno razumeti ta premik?

Neposredni razlog za ponovni razmislek o položaju psihoterapevtov so bile študije o različnih disciplinah na področju varstva duševnega zdravja. Številke so pokazale veliko prekrivanje med poklici zdravstvenih psihologov, psihoterapevtov in psihiatrov. Poleg tega so raziskave pokazale, da je bilo 90 odstotkov kliničnih psihologov (psihologov, ki so bili registrirani v nizozemskem združenju psihologov, NIP) tudi psihoterapevtov. Glavni cilj zakona, to je utemeljitev potrebe po različnih poklicih v zdravstvu, ni bil dosežen.

Najenostavnejša rešitev te zmede je bila povezati klinično psihologijo in psihoterapijo na enega od dveh načinov: kategorizirati klinične psihologe kot psihoterapevte ali obratno psihoterapevte premestiti v okvir kliničnih psihologov. Minister za zdravje je raje izbral drugo možnost. Nepričakovana odločitev je povzročila ukinitve pravnega statusa psihoterapevtov in krepitev kliničnih psihologov brez formalnega psihoterapevtskega statusa.

Za to odločitev je bilo več razlogov. Prvi je bil logika zakona, ki je priznal formalno razlikovanje med osnovnimi disciplinami in specializacijami. Zakon je umestil psihoterapevte med osnovne discipline. Vendar pa dejansko v praksi psihoterapevti niso bili del osnovnih disciplin, temveč so imeli enak položaj kot specializirani psihologi in zdravniki. Klinično psihologijo pa so tako zakon kot tudi strokovnjaki na terenu obravnavali kot specializacijo. Zato je bila vključitev psihoterapije v okvir klinične psihologije logična. Drugi razlog je bil povezan s psihiatri, ki se nikoli niso popolnoma strinjali s samostojnim poklicem psihoterapevtov. Do leta 1993 je bilo psihiatrom dovoljeno uporabljati naziv psihoterapevt, z zakonom BIG pa jim je bila ta pravica odvzeta. Napovedano zaprtje registra psihoterapevtov leta 1998 je obetalo rešiti njihov problem, saj bi jim naziv psihoterapevt znova postal dostopen. Spreminjajoči se položaj psihiatrov v varstvu duševnega zdravja je tako imel vpliv tudi na profesionalizacijo psihoterapevtov. Podobno so imeli tudi psihologi svoje razloge za podporo ukinitvi posebnega oziroma ločenega poklicnega statusa psihoterapevtov.

Na to odločitev so vplivala tudi vse večja razhajanja med akademskim svetom in psihoterapevti. Do leta 1990 so raziskave na področju psihoterapije izvajali psihoterapevti, ki so bili zaposleni na katedrah za klinično psihologijo in psihiatrijo. Nato pa se je število psihoterapevtov, ki so delali na univerzah, začelo manjšati, kar je postopno privedlo do vse večjega razkoraka med raziskavami na področju psihoterapije in psihoterapevtsko prakso. Na univerzah so se raziskave vse bolj osredotočale na kognitivno vedenjsko terapijo, usmerjeno na diagnostične kategorije, medtem ko so psihoterapevti v praksi izvajali psihoterapijo, ki je ostala usmerjena na posameznika in njegove probleme. Rezultat je

bil, da je psihoterapija, ki se je odvijala v praksi, izgubljala zagovornike v akademskem svetu. Premik je povzročil upad raziskav o psihoterapevtski praksi in psihoterapija je izgubila sloves, da je »znanstvena«.

Nizozemsko združenje za psihoterapijo (NVP) je bilo ustanovljeno v tridesetih letih prejšnjega stoletja. Sestavljali so ga psihiatri, ki so bili redni člani, in splošni zdravniki, ki so bili izredni člani. Imeli so dva konservativna cilja: preprečiti, da bi laiki postali terapevti, in onemogočiti monopolizacijo psihoterapije s strani psihoanalitikov. Kasneje je združenje postajalo vse bolj liberalno in je odprlo vrata tudi drugim poklicnim profilom, predvsem psihologom. V devetdesetih letih je ponovno postalo bolj defenzivno in je sprožilo vrsto konfliktov o bistvu psihoterapije in o tem, kateri strokovnjaki jo lahko izvajajo. Združenje je izoblikovalo stališče, da psihoterapija ni avtonomen poklic, temveč le metoda, ki jo lahko izvajajo psihiatri in klinični psihologi, ki so zaposleni v okviru zdravstva. Ta odločitev je bolj kot širšim interesom psihoterapevtske skupnosti služila ščititvi interesov članov NVP.

Leta 2001, to je tri leta po predlogu ukinitve, je dejansko prišlo do zaprtja registra psihoterapevtov in do brisanja psihoterapije kot samostojnega poklica, ostala je le kot metoda, ki jo izvajajo psihiatri in klinični psihologi. Na predlog Nizozemskega društva psihologov (NIP) je ministrica za zdravje Borst (sicer tudi sama po poklicu zdravica), ki je pred osmimi leti sprejela register psihoterapevtov, radikalno spremenila svoje prejšnje mnenje v novo prepričanje, da bo kvaliteta psihoterapevtskih storitev dovolj dobro zagotovljena z novo razvitimi programi specializacije za psihiatre in klinične psihologe. Prav tako je začela oznanjati, da psihoterapija ni dovolj transparentna in objektivna, temveč da je zaradi številnih pristopov in šol preveč nejasna in zmedena, da bi bila lahko priznana kot poklic in da ne more igrati pomembne vloge v bodočem razvoju zdravstvenega varstva. Le psihiatri in klinični psihologi naj bi po njenem novem prepričanju imeli dovolj široko perspektivo in dovolj znanja, ki je empirično potrjeno, za manualizirano, na osnovi protokolov v priročnikih vodeno izvajanje psihoterapije kot metode.

Tako je bila ukinjena psihoterapija kot poklic, do katerega imajo lahko dostop različni profili strokovnjakov. Naziv psihoterapevt je postal rezerviran samo za psihiatre in klinične psihologe, ki so že bili specialisti v okviru psihologov v zdravstvenem varstvu. Za naziv psihologa v zdravstvenem varstvu ter za vstop v izobraževanje iz klinične psihologije in psihoterapije so morali imeti kandidati magisterij iz psihologije, pedagogike ali varovanja duševnega zdravja (znanosti o zdravstvenem varstvu) (Oudijk, 2002).

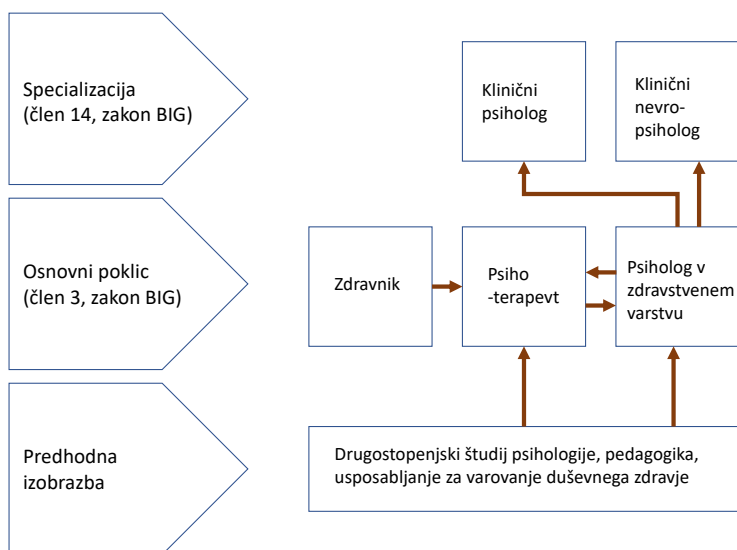
Vendar se je ministrica uštelala, če je mislila, da bodo psihoterapevti mirno sprejeli njeno predstavo o »transparentni, objektivni in učinkoviti psihoterapiji«, kot je rada poudarjala. Ker je odklanjala dialog s psihoterapevti, ki so bili z novimi nedemokratično sprejetimi odločitvami ministrstva močno oškodovani, so se nemudoma dobro organizirali in ponovno pridobili pravice, ki so jim bile nepričakovano odvzete. Leta 2005 so tako na Ministrstvu za zdravje ponovno uvedli Register psihoterapevtov, potem ko je ministrstvo moralo popustiti političnim pritiskom psihoterapevtov, ki so izhajali iz drugih poklicev in niso imeli več dostopa do naziva psihoterapevt. Zdravstveni delavci, ki niso bili psihiatri ali psihologi v zdravstvenem varstvu, so lahko spet pridobili naziv psihoterapevt, če so opravili ustrezno izobraževanje. Psihoterapijo so torej lahko izvajali psihiatri ali psihologi v zdravstvenem varstvu ali pa se je izvajala kot multiprofesionalna dejavnost v skladu z zakonom iz leta 1993 (Van Broeck in Lietaer, 2008; Oudijk, 2002).

### 3. Sedanje stanje normativne ureditve psihoterapije na Nizozemskem

Ključni dokument, ki regulira psihoterapijo na Nizozemskem, je že zgoraj omenjeni Zakon o zdravstvenih poklicih (The BIG Act). Njegovo sprejetje leta 1993 je pomenilo oblikovanje enotnega okvira za vse zdravstvene poklice. Glavni cilji zakona BIG so bili (1) izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in (2) zaščita bolnikov pred izvajalci, ki delujejo nekompetentno in neodgovorno. Namesto ureditve poklicev je za uresničevanje teh ciljev uvedel sistem zaščite nazivov. V 3. členu zakona BIG je seznam osmih poklicev: zdravnik, farmacevt, zobozdravnik, fizioterapevt, medicinska sestra, psiholog v zdravstvenem varstvu (naziv psiholog od tega leta ni več reguliran), psihoterapevt in babica. Samo tiste osebe, ki izpolnjujejo zahteve glede strokovnega znanja določenega poklica, lahko nosijo naziv tega poklica. Za vsak poklic zakon določa naziv in specializacije, izobraževalne standarde, kompetence, registriranje in mehanizme nadzora kakovosti. Nepravilna uporaba nazivov se kaznuje s kaznijo v višini več tisoč evrov (Siemons, 2014; Oudijk, 2002).

V registru BIG so definirani naslednji »psiho« poklici oziroma specializacije (glej shemo 1) (Siemons, 2014: 5):

- *Psihologi v zdravstvenem varstvu* (angl. healthcare psychologist, nizozemsko Gezondheidszorgpsycholoog / gz-psycholoog), ki delajo s pacienti s problemi, povezanimi z duševnim zdravjem in z duševnimi motnjami. Prav tako se ukvarjajo z duševnimi vidiki telesnih bolezni, okvar in invalidnostjo. Njihovi glavni nalogi sta diagnosticiranje in zdravljenje. Na prvi, osnovni ravni zdravstvenega varstva t. i. »splošni psihologi« (angl. general psychologists) tesno sodelujejo s splošnimi zdravniki, ki nanje usmerjajo paciente z običajnimi psihološkimi problemi. Splošni psiholog na osnovni ravni zdravstvenega varstva diagnosticira in nudi terapijo, ki se osredotoča na odpravljanje psiholoških problemov. Kliente z bolj kompleksnimi težavami se usmerja na drugo raven zdravstvenega varstva ali v specializirane ustanove. Najprej je potrebna registracija v registru BIG, nato se lahko psiholog registrira kot splošni psiholog na osnovni ravni zdravstvenega varstva.
- Poklic »psiholog v zdravstvenem varstvu« ima dve specializaciji: klinično psihologijo in klinično nevropsihologijo.
- *Klinični psihologi* so specializirani za psihodiagnostiko in za psihološke intervencije za paciente s hudo in kompleksno psihopatologijo. V ta namen najpogosteje uporabljajo psihoterapijo.
- *Klinični nevropsihologi* so specializirani za psihodiagnostiko, ki osvetljuje odnos med možgani in vedenjem, ter za terapijo pacientov z motnjami v delovanju možganov in specifičnih skupin psihiatričnih pacientov, na primer za otroke z razvojnimi motnjami in učnimi težavami.
- *Psihoterapevti*, ki na področju varovanja duševnega zdravja delajo v institucijah zdravstvenega varstva ali kot samozaposleni. Glede na določila zakona BIG v okviru sistema zdravstvenega varstva psihoterapevti ne morejo opraviti specializacije.



Shema 1: V skladu z zakonom BIG in registrom, ki določa, kdo lahko dela v nizozemskem sistemu zdravstvenega varstva, je v shemi prikazan položaj psihoterapevta, ki je priznan kot samostojen poklic. Prikazano je tudi, da je potrebna predhodna drugostopenjska izobrazba iz psihologije, pedagogike ali varovanja duševnega zdravja in da se lahko za to poklicno dejavnost znotraj zdravstvenega varstva usposobijo tudi zdravniki in psihologi, ki so registrirani v registru BIG. Psihoterapevt ne more opraviti specializacije, medtem ko ima psiholog na voljo dve specializaciji – klinično psihologijo in klinično nevropsihologijo (Siemons, 2014: 5).

Zakon BIG torej ščiti naziv »psihoterapevt« in ga definira kot samostojen poklic od leta 1998<sup>3</sup>. Psihoterapevt se osredotoča na zdravljenje bolnikov s kompleksnimi duševnimi težavami. Psihoterapevti pogosto ocenjujejo in obravnavajo paciente z več problemi, osebnostnimi težavami ali kombinacijo obeh. Za ocenjevanje bolnikovih potreb mora imeti psihoterapevt strokovne sposobnosti za interpretacijo številnih virov informacij. Poleg tega mora biti sposoben razvijati terapevtski odnos s pacientom in izvajati kompleksne metode zdravljenja. V osnovi je specializiran za visoko strokovno svetovanje. Terapevtske obravnave lahko izvaja samostojno ali v sodelovanju z drugimi strokovnjaki. Psihoterapevti lahko delajo v institucijah zdravstvenega varstva ali v neodvisnih praksah (Siemons, 2014: 8).

<sup>3</sup> Strokovnjak lahko uporablja naziv v skladu z zakonom BIG samo, če je registriran v registru BIG. Psiholog v zdravstvenem varstvu ali psihoterapevt se lahko registrira v registru BIG, če predloži dokazilo o zaključenem izobraževanju in če poravnata stroške vpisa. Javnost ima vpogled v register BIG, kar pomeni, da lahko vsak preveri, ali je nekdo registriran. Register BIG upravlja Centralna informacijska enota za zdravstvene poklice (CIBG) v Haagu. Ta agencija tudi izvaja določila zakona BIG v imenu nizozemskega ministrstva za zdravje, socialno varstvo in šport (Siemons, 2014: 3).

Registracija velja za obdobje petih let. Od 1. januarja 2012 morajo psihoterapevti in psihologi v zdravstvenem varstvu obnavljati svojo registracijo. Za obnovo morajo v preteklem petletnem obdobju dokazati, da so opravili najmanj 3120 ur prakse. Če tega pogoja ne izpolnijo, morajo opraviti dodatno usposabljanje (prav tam).

Med psihoterapevtske intervencije so vštete na klienta usmerjena terapija (angl. client centered therapy), odnosna oziroma družinska terapija, terapija za reševanje problemov (angl. problem solving treatment), kratkotrajne terapije, kognitivno vedenjska terapija (KVT), vedenjska terapija, interpersonalna in psihodinamska terapija (Cuijpers, 2011: 37).

Zakon določa tako vstopne pogoje v izobraževanja iz psihoterapije kot tudi omejitve glede izobraževanj iz različnih psihoterapevtskih pristopov. Tako lahko na primer v izobraževanje iz KVT vstopajo samo psihologi, psihiatri in zdravniki. Tisti, ki ga uspešno zaključijo, se lahko vpišejo v nacionalni register, ki ga v skladu z zakonom vodi Ministrstvo za zdravstvo, in samo ti lahko uporabljajo naziv »psihoterapevt«. Večino storitev psihoterapevtov, ki so evidentirani v državnem registru in delajo na kliničnem področju, plačujejo klinike.

Vsi drugi psihoterapevtski pristopi se imenujejo »alternativne« terapije. Terapevti teh pristopov niso vključeni v nacionalni vladni register in ne smejo uporabljati naziva »psihoterapevt«, temveč naziv »EDP terapevt«. EDP (terapevt z Evropsko diplomom iz psihoterapije) ima okoli 400 terapevtov, ki so končali izobraževanja iz različnih pristopov, ki jih priznava EAP (Evropska zveza za psihoterapijo). Številni delajo v privatnih praksah in računajo od 50 do 120 Evrov na uro.

Ker je Nizozemsko društvo za psihoterapijo (NVP) v devetdesetih letih postajalo vse bolj konzervativno in se je začelo zapirati, je od leta 1997 Nizozemsko združenje za psihoterapijo (NAP = De Nederlandse Associatie voor Psychotherapie; <https://www.nap-psychotherapie.nl/1wx/home.html>), ki združuje društva in inštitute različnih psihoterapevtskih pristopov (na primer integrativno, geštalt terapijo, psihodramo, bioenergetiko idr.), začelo združevati t. i. »alternativne« psihoterapevte z Evropsko diplomom iz psihoterapije (EDP) v Register terapevtov (ECP Register = European Certificate of Psychotherapy Register). Vstopni pogoj je šesta stopnja izobrazbe, to je prva stopnja univerzitetne izobrazbe. NAP vodi tudi register študentov dveh različnih stopenj. Terapevti drugih alternativnih terapij (akupunktura, osteopatija, terapije z masažo itn.) lahko dobijo priznanje nekaterih nizozemskih zavarovalnic, vendar so zahteve za to priznanje nižje od zahtev EDP. Storitve nekaterih terapevtov, ki so registrirani v NAP na stopnji študentov, nekatere zavarovalnice upoštevajo in delno nadomestijo stroške njihovih terapij (EAP, 2017).

### 3.1 Prekrivanje med štirimi »psiho« poklici po BIG zakonu

Štirje »psiho« poklici po zakonu BIG se precej prekrivajo. Mnogi psihologi, ki so registrirani za en poklic, so hkrati registrirani tudi za preostale tri poklice. Na primer, skoraj polovica vseh psihologov v zdravstvenem varstvu je registriranih tudi kot psihoterapevti, približno četrtnina vseh psihoterapevtov pa tudi kot klinični psihologi. Vendar podobnost teh poklicev lahko zmede zunanje opazovalce: v čem se točno razlikujeta psiholog v zdravstvenem varstvu in psihoterapevt? In kakšna je razlika med kliničnim psihologom in psihoterapevtom?

Za večjo preglednost so v spodnjih štirih točkah predstavljene ključne značilnosti temeljnih kompetenc teh štirih poklicev (Siemons, 2014: 17–18):

- psiholog v zdravstvenem varstvu: usposobljen je za diagnosticiranje običajnih psiholoških stanj in za psihološke obravnave, v okviru katerih uporablja tudi psihoterapevtske tehnike (kot so KVT, vedenjska terapija in svetovanje);

- psihoterapevt: v primerjavi s psihologom v zdravstvenem varstvu je manj usposobljen za diagnostiko psiholoških stanj, bolj pa za poglobljeno psihoterapevtsko obravnavo in svetovanje;
- klinični psiholog: je psiholog v zdravstvenem varstvu, ki je dodatno usposobljen za diagnostiko zapletenih duševnih motenj (na primer osebnotne motnje, PTSM ali zasvojenosti) in je opravil celotno izobraževanje iz psihoterapije. Prav tako mora izvesti kakovostno raziskavo, ki je primerna za objavo, in mora biti tudi temeljito usposobljen za prevzemanje upravnih funkcij v zdravstvenem varstvu;
- klinični nevropsiholog: je psiholog v zdravstvenem varstvu z dodatnim usposabljanjem za diagnostiko kompleksnih psiholoških stanj ter zdravljenje kognitivnih in psiholoških posledic možganske patologije. Tako kot klinični psihologi mora opraviti kvalitetno raziskavo, ki je primerna za objavo, in mora biti usposobljen za prevzemanje upravnih funkcij v zdravstvenem varstvu.

### 3.2 Vstopni pogoji za programe psihoterapevtskega izobraževanja

Na psihoterapevtski podiplomski program se lahko vpišejo kandidati, ki so končali univerzitetni študij oziroma drugostopenjski študij psihologije, pedagogike, varovanja duševnega zdravja (angl. mental health care) in medicine. Poleg tega mora drugostopenjski program vsebovati določene predmete, ki izpolnjujejo zahteve za predhodno usposabljanje. To se ocenjuje po vsej državi enako (Siemons, 2014: 8).

### 3.3 Psihoterapevtsko izobraževanje

Podiplomski študijski program iz psihoterapije je sestavljen iz akademskega in praktičnega dela. Organizirajo ga regionalne izobraževalne ustanove, ki ponujajo tudi študijski program za psihologe v zdravstvenem varstvu. V ta dva študijska programa se vsako leto vpiše približno 175 študentov. Študij obsega 1280 ur akademskega in praktičnega usposabljanja (vključno s 150 urami supervizije, 50 urami osebne izkušnje in 2400 urami prakse). Skupni obseg (3680 ur) je približno enak obsegu študija za psihologe v zdravstvenem varstvu (3600 ur). Praktično usposabljanje študentov psihoterapije nadzoruje mentor za prakso. Študij lahko traja 3 ali 4 leta. 3-letni program je namenjen psihologom v zdravstvenem varstvu, ki želijo postati psihoterapevti. Tako so oproščeni dela 4-letnega programa, ki je namenjen vsem ostalim. Poleg rednega študija je možen tudi študij ob delu. Akademskega izobraževanja poteka v akademski ustanovi. Večina preostalega tedna (za redne študente) je namenjena pridobivanju praktičnih izkušenj. Študenti opravljajo prakso pod nadzorom mentorja ali koordinatorja prakse. Ustanovo za praktično usposabljanje in supervizorja praktičnega usposabljanja mora odobriti mentor za prakso. Da bi lahko študenti izpolnili zahtevano število ur praktičnega usposabljanja, morajo podpisati pogodbo z ustanovo za praktično usposabljanje. Študentje se lahko usmerijo na dve področji: za odrasle in starejše ter za otroke in mladostnike (Siemons, 2014: 8–9).

### 3.4 Stroški

Ustanova, ki nudi praktični del usposabljanja, pokriva tudi stroške. V letu 2013 so stroški akademskega dela izobraževanja znašali približno 24.000 evrov, brez učbenikov

oziroma študijske literature in brez osebne izkušnje. Te stroške ponavadi nosi študent sam. V nekaterih primerih lahko te stroške delno ali v celoti poravnata ustanova, ki nudi praktični del usposabljanja. Na Nizozemskem je bilo leta 2013 registriranih približno 7.000 psihoterapevtov (Siemons, 2014: 9).

### 3.5 Nizozemski sistem zdravstvenega varstva

Nizozemski zakon o zdravstvenem zavarovanju (angl. Dutch Health Insurance Act, nizozemsko Zorgverzekeringswet) določa tri ravni zdravstvenega varstva, ki omogočajo stopenjsko obravnavo od blažjih in splošnih do težjih in specialnih motenj. Na prvi ravni (angl. GP-care and POH-GGZ, nizozemsko De huisartszorg en POH-GGZ) blažje in splošne motnje obravnavajo splošni zdravniki in psihologi prve ravni. Če so težave pacientov bolj zahtevne, jih usmerijo na drugo raven (angl. Generalistic Basic Mental Healthcare, nizozemsko De Generalistische Basis GGZ = GB GGZ), na kateri bolj specializirani strokovnjaki za duševno zdravje diagnosticirajo in zdravijo v skladu z multidisciplinarnimi smernicami. Če je potrebna še nadaljnja obravnava, paciente usmerijo na tretjo raven (angl. Specialised Mental Healthcare, nizozemsko De Gespecialiseerde GGZ = GGGZ), kjer jih zdravijo še bolj specializirano. Psihoterapevti delajo na vseh treh ravneh, kar pomeni, da obravnavajo tako ambulantne paciente z blagimi oblikami depresije kot tudi hospitalizirane paciente s shizofrenijo (Cuijpers, 2011: 37; NIP, 2018).

### 3.6 Zdravstveno zavarovanje

Nizozemski sistem zdravstvenega zavarovanja je popolnoma privatiziran. NAP register je javen in ga zavarovalnice tudi preverjajo. Da bi bili v registru NAP in da bi dobili povračilo stroškov s strani zavarovalnic, morajo terapevti zadostiti naslednjim pogojem (NIP, 2018):

- obvladati morajo psihosocialna znanja enajstih modulov (šesta stopnja);
- dokončati morajo izobraževanje iz enega od psihoterapevtskih pristopov, ki jih priznava EAP;
- vsaki dve leti morajo izpolniti zahteve po stalnem strokovnem izobraževanju (CPD = continuing professional development).

*Katere stroške zavarovalnice povrnejo klientom?*

Po podatkih Nizozemskega društva psihologov (NIP, 2018) je stanje naslednje: Varstvo duševnega zdravja pokriva zakon o zdravstvenem zavarovanju (angl. Health Insurance Act law; nizozemsko Zorgverzekeringswet). Od 1. januarja 2014 sta nekdanji dve ravni varstva duševnega zdravja (prva in druga raven) razširjeni na tri ravni: osnovno (GP in POH-GGZ), splošno (G GGZ) in specializirano (G GGZ) varstvo duševnega zdravja.

Osnovno varstvo (GP in POH-GGZ) je krito z osnovnim zdravstvenim zavarovanjem. Splošno (GB GGZ in G GGZ) je povrnjeno prek osebne zdravstvenega zavarovanja, če gre za motnjo po DSM, če je splošni zdravnik izdal napotnico in če je psiholog, h kateremu je zdravnik napotil pacienta, na seznamu "glavnih izvajalcev" (nizozemsko »hoofdbehandelaar« oziroma »regiebehandelaar«), ki ga odobri minister. Na seznamu so med drugim psihologi in psihoterapevti, ki so v BIG registru, psihologi za otroke in mladostnike, ki so registru Nacionalnega inštituta za psihologijo (NIP) ter ortopedagogi (NVO) (Geus, 2007). Na povračilo vpliva tudi vrsta zdravljenja, ki ga je deležen klient. Klient se mora pred obiskom strokovnjaka pozanimati pri svoji zavarovalnici, ali mu ta

povrne vrsto obravnave, ki jo prejme. Nizozemski zavod za zdravstveno zavarovanje je pripravil pravila, ki jih morajo strokovnjaki za varstvo duševnega zdravja upoštevati, kot so omejitve glede tarif, pravila o tem, kaj mora biti na računu, ter informacije, ki jih morajo psihoterapevti in psihologi pošiljati zdravstvenim zavarovalnicam.

Če klientovi psihološki problemi ne izpolnjujejo kriterijev za motnje po DSM, po Zakonu o zdravstvenem zavarovanju stroški oskrbe niso kriti. Obstaja pa druga kategorija psiholoških problemov, ki jih pokriva Zakon o ureditvi trga za zdravstveno varstvo (angl. Law Healthcare Market; nizozemsko Wet Marktordening Gezondheidszorg - WMG) in ki vključuje težave v odnosih, prilagoditvene motnje in učne težave. Nizozemski zavod za zdravstveno zavarovanje to imenuje »drugi produkt«. Ker so te težave zajete v WMG, je Nizozemski zavod za zdravstveno zavarovanje določil najvišje tarife in kaj je treba vključiti na račun, kot je navedeno zgoraj. V tem primeru je najvišja tarifa, ki jo lahko psiholog zaračuna za srečanje, 105,25 EUR.

Tretja vrsta oskrbe, na primer coaching in trening čuječnosti, se nudi v primeru psiholoških težav. To se ne šteje za varstvo duševnega zdravja, ampak bolj za obliko duševne podpore. V tem primeru morajo psihologi zaračunati 21 % DDV-ja, lahko pa prosto določijo višino tarife in vsebino računa.

#### 4. Komentar k normativni ureditvi psihoterapije na Nizozemskem

Za bolj izčrpen prikaz zgodovinskega razvoja psihoterapije na Nizozemskem sva se odločila predvsem zato, ker so lahko primerjave s Slovenijo, in seveda tudi z drugimi evropskimi državami, zelo poučne. Podrobnejše poznavanje razvoja psihoterapije na Nizozemskem nama je tako na primer pomagalo razumeti, kako da so že leta 1986, takoj za Švedsko, zakonsko priznali psihoterapijo kot samostojni poklic. Nikakor ni šlo za naključje, temveč za rezultat pospešenega demokratičnega razvoja celotne nizozemske družbe po drugi svetovni vojni, katerega pomemben del je bil tudi razcvet sistema za varovanje duševnega zdravja, kakršnega v Sloveniji še do danes nismo dosegli.

Če primerjamo Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2018–2028, ki jo je marca 2018 sprejel slovenski parlament (Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a), lahko vidimo, da so Nizozemci celovite spremembe, ki jih za naslednje desetletno obdobje načrtuje naša resolucija, v veliki ali še večji meri uresničili že z mrežo RIAGG v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Takrat so ambulantno varstvo duševnega zdravja postavili pred psihiatrično oskrbo v bolnicah, ob tem pa je psihoterapevska tradicija s poudarjanjem psihosocialnih vidikov duševnega zdravja in boleznih celotno prehitela antipsihiatrično gibanje ter prevladala nad biomedicinskim modelom duševnih motenj. V družbi poklicev v sistemu zdravstvenega varstva so psihoterapevti, predvsem v odnosu do psihiatrov in (kliničnih) psihologov, zavzeli mesto, ki si ga želimo doseči tudi tisti slovenski psihoterapevti, ki si prizadevamo za uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica.

Nizozemska zgodba pa je poučna tudi zato, ker kaže, kako hitro lahko pride do sprememb v regulativi psihoterapije, potem ko že izgleda, da je normativno sprejet koncept psihoterapije kot samostojnega poklica. Kljub zakonskemu priznanju psihoterapije kot samostojnega poklica in jasni umestitvi psihoterapevtov v sistem zdravstvenega varstva, ki sta sicer omogočila nadaljnji razcvet psihoterapije v mreži RIAGG v poznih

osemdesetih in devetdesetih letih prejšnjega stoletja, se je statusni položaj nizozemskih psihoterapevtov na začetku novega tisočletja zamajal do samih temeljev. Iz širšega, zgodovinskega sociološkega prikaza, ki sva ga podala, je jasno, da so tako vzponi kot padci v normativnem urejanju psihoterapije kot samostojnega poklica povezani s številnimi dejavniki, ki so med seboj krožno povezani:

- dejavniki, ki so povezani s stalnim razvojem psihoterapevske stroke in se kažejo v prehodih od prevladujočega vpliva psihoanalize preko pojavljanja novih psihoterapevtskih pristopov do učinkovitih, na dokazih podprtih pristopov in metod; spekter zajema tako dolgotrajne in kratkotrajne oblike psihoterapije kot tudi individualne in partnerske, družinske, skupinske, skupnostne in druge oblike psihoterapevske obravnave (Možina, 2011);
- spremembe znanstvenih paradig, ki se v varstvu duševnega zdravja kažejo v dialektičnih nihanjih med biomedicinskim in psihosocialnim / psihoterapevtskim modelom. Glede tega se zavedava, da se psihoterapija na Nizozemskem ne more vrniti v "zlato obdobje" osemdesetih let, ko se je tehtnica za nekaj časa nagnila v prid psihosocialnemu modelu, nato pa je z razmahom nevrobiologije in psihofarmakoterapije sledil zasuk k poudarjenemu biologizmu in renesansi krepelinske psihiatrije, ki traja še danes. Predvidevava pa, da prihaja novo zlato obdobje psihoterapije, ki bo slonelo na novi ravni integracije t. i. biopsihosocialnega modela. Skokovit razvoj nevroznanosti v prvih dvajsetih letih našega tisočletja namreč ni prinesel dokazov, da imajo duševne motnje biološki/telesni/ možganski izvor, temveč da so spremembe v delovanju možganov, ki so povezane z duševnimi motnjami, bolj posledica družbenih vplivov, predvsem tistih, ki nas dosežejo preko odnosov s pomembnimi drugimi. Hkrati so sodobne metode slikanja možganov, ki so se razvile od konca dvajsetega stoletja, pokazale, da učinkovita psihoterapija spreminja možgane (Grawe, 2004). Paradoks, ki se nam kaže danes, je, da je psihoterapija potrebovala prav medicinski model za svojo renesanso in uveljavitev na novi ravni, kjer ga bo lahko celo preseгла s t. i. "kontekstualnim modelom" (Wampold in Imel, 2015);
- nove oblike duševnih motenj in patologij ter njihovo pandemično širjenje, predvsem anksiozno depresivnih motenj, ki jih izolirano psihofarmakološko "zdravljenje" srednje in dolgoročno samo še stopnjuje, če ne pride do družbenih sprememb, na primer izboljšanja rastoče neenakosti (Wilkinson in Pickett, 2012; Blazer, 2015; Možina, 2017);
- industrijska proizvodnja zdravil, razvoj psihofarmakov in njihovo globalno trženje, ki žal velikokrat ne služi dobrobiti uporabnikov, temveč je usmerjeno le v čim večji dobiček (Blazer, 2005);
- organizacija sistema zdravstvenega varstva, kjer prihaja do stalnih premikov težišča med primarno ravni in specialistično bolnišnično ravni; s tem je povezano tudi stalno nihanje med poudarjanjem preventive in kurative (Možina in Kosovel, 2017);
- neoliberalistično pretirano razraščanje birokracije v sodobnih družbah, ki vse bolj negativno vpliva tudi na sistem varovanja duševnega zdravja (Verhaeghe, 2016);
- financiranje psihoterapevtskih storitev, kjer se do danes ni razvila ustrezna strategija, ki bi temeljila na študijah stroškov in koristi (Možina, 2010a);

- vpliv državnih organov, ki je lahko še kako negativen (Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a), kar se je pokazalo tudi na primeru nedemokratskega in diskriminatornega ukrepa nizozemske ministrice za zdravje leta 2001, saj je ukrepala bolj na podlagi cehovskih predsodkov kot pa na temelju uravnovešene strokovne in znanstvene analize stanja.

#### 4.1 Dostop do poklica psihoterapevt

Na primeru Nizozemske lahko tudi vidimo, do kakšnih trenj v zvezi z dostopom do poklica psihoterapevt lahko pripelje ureditev, po kateri je psihoterapija lahko samo drugi poklic brez možnosti izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic. Potem ko je prva zakonska ureditev iz leta 1993 omogočala dostop do poklica in naziva psihoterapevt vsem univerzitetno izobraženim kandidatom, je leta 2001 ministrica za zdravje omejila to možnost samo na psihiatre in klinične psihologe. Ti dve poklicni skupini si vedno znova tudi v številnih drugih evropskih državah, ne samo na Nizozemskem in v Sloveniji, poskušata izboriti posebne privilegije na področju izvajanja psihoterapevtske dejavnosti, hkrati pa potisniti vse druge profile strokovnjakov v manjvreden položaj z manjšimi pravicami.

Zadnji primer se je zgodil na Hrvaškem (Možina in dr., 2018b), ko so psihiatri in klinični psihologi v odločilni fazi sprejemanja zakona s svojimi diskriminatornimi prizadevanji močno omejili dostop do izobraževanja. Ob tem se lahko samo sprašujemo, kako je mogoče, da lahko tako ureditev v določenem trenutku podprejo celo zakonodajni organi (Morović, 2018). Tudi nizozemski psihoterapevti se z odločitvijo ministrice nikakor niso mogli sprijazniti. Z odločno politično aktivnostjo so si znova priborili pravico do širokega dostopa do poklica psihoterapevt. Prepričana sva, da je tudi v Sloveniji razvoj psihoterapije dosegel tako visoko raven in da smo slovenski psihoterapevti postali tako politično dejavni, da v družbi ne bi bilo več mogoče uveljaviti ukrepa, kot ga je izvedla nizozemska ministrica.

#### 4.2 Umestitev psihoterapevtske dejavnosti v sistem zdravstvenega varstva

Dolga in zanimiva zgodovina nizozemske psihoterapije v okviru zdravstvenega sistema po eni strani jasno kaže, kako pomembno je, da poklicni psihoterapevti obravnavajo tako ambulantne paciente z blagimi in srednje težkimi duševnimi motnjami kot tudi hospitalizirane paciente. Vendar so vključitev psihoterapevtov v vse tri ravni zdravstvenega varstva spremljali številni problemi. Njihovo reševanje pa je bilo na Nizozemskem v mnogih vidikih zgledno. Na primer, kako reševati prekrivanja med »psiho« poklici in kako namesto uveljavljanja enostranskih interesov razvijati medsebojno sodelovanje v multidisciplinarnih timih, skupnih projektih in interdisciplinarnih obravnavah.

Takšne pobude srečamo tudi v Sloveniji. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2018–2028 med drugim načrtuje uvajanje mreže Centrov za duševno zdravje (tako za otroke in mladostnike kot za odrasle), kjer bodo delovali multidisciplinarni timi, kar bo izjemna priložnost za premoščanje neproduktivnih trenj med različnimi strokovnimi profili. Soočali se bodo namreč z velikim številom uporabnikov in veliko zahtevnostjo tako preventivnih kot kurativnih storitev zanje, za katere nobena stroka posebej, ne psihiatrija, ne psihologija, ne psihoterapija, nimajo enoznačno boljših odgovorov in rešitev. Vse več znanstvenih in epidemioloških študij potrjuje, da

je multidisciplinarni pristop na področju varovanja duševnega zdravja najbolj učinkovit (OECD, 2015). Med drugim kažejo, da imajo vsi poklici, ki pomagajo preko pogovora, veliko skupnih dejavnikov, ki so za uspešnost in učinkovitost ključnega pomena (Wampold in Imel, 2015).

Če je lahko psihoterapija sama dovolj za obravnavanje lažjih duševnih motenj, pa to nikakor ne drži za srednje težke in hude duševne motnje, kar se je pokazalo tudi v desetletjih izvajanja psihoterapevtske dejavnosti v okviru nizozemskega zdravstvenega sistema. Zato je potrebno sodelovanje med psihoterapevti, psihiatri, kliničnimi psihologi, socialnimi delavci in drugimi poklicnimi profili, ki delujejo na področju varovanja duševnega zdravja ter, predvsem za primarno preventivo, širše sodelovanje strokovnjakov različnih področij - zdravstvenega in socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva (Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a).

#### 4.3 Financiranje psihoterapevtske dejavnosti

Nizozemski sistem financiranja deli uporabnike psihoterapevtskih storitev na tri kategorije, in sicer na tiste, ki imajo (NIP, 2018):

- duševno motnjo po ameriškem diagnostičnem sistemu za duševne motnje DSM,
- »samo« psihološke probleme in ne izpolnjujejo kriterijev za duševno motnjo po DSM,
- psihološke težave.

Taka delitev ustvarja številne probleme in nepravilnosti, ker financiranje psihoterapevtske dejavnosti ni medresorsko usklajeno. Ureditev financiranja psihoterapije samo ali predvsem v okviru sistema zdravstvenega varstva skoraj nujno privede do strokovnih nesmislov in nepravilnosti do uporabnikov. Noben zdravstveni sistem kjerkoli po Evropi ali v svetu ne more sam zagotoviti široke palete univerzalnih, selektivnih in indiciranih preventivnih ukrepov na področju duševnega zdravja. To je mogoče le z vključitvijo sektorjev socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja ter dela, če omenimo ključne. Za preventivo niso najpomembnejša tarčna skupina tisti z duševnimi motnjami po DSM ali MKB, temveč osebe s psihološkimi težavami in tiste, ki imajo »samo« psihološke probleme. Nizozemsko financiranje psihoterapevtskih storitev torej ne spodbuja preventive, ampak kurativo, kar je prevladujoči trend večine zavarovalniških sistemov za področje zdravstva po Evropi. V medicini kot znanosti se že desetletja govori, da je ključna preventiva, v sistemih zdravstvenega varstva pa se to še zdaleč ne uresničuje.

Vzemimo za ponazoritev trening čuječnosti. Po kriterijih nizozemskih zavarovalnic ta ne spada med storitve za varovanje duševnega zdravja, temveč za obliko duševne podpore, ki si jo mora plačati vsak sam. Iz vidika znanstvenih dognanj o varovanju duševnega zdravja pa je to neutemeljeno, saj trening čuječnosti ni koristen le za težave v odnosih, prilagoditvene motnje in učne težave, katerih psihoterapevtsko obravnavo krije Zakon o ureditvi trga za zdravstveno varstvo, temveč celo v obravnavi težjih duševnih motenj po DSM, kot so ponavljajoče se depresije ali osebne motnje, kar pokriva Zakon o zdravstvenem zavarovanju. Če je trening čuječnosti tako učinkovit, potem bi pametni in pravični sistemi financiranja varstva duševnega zdravja morali spodbujati ljudi, da se vanj vključujejo že v okviru preventivnih programov na področju socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja ter na delovnem mestu.

Izstopa tudi dejstvo, da je na Nizozemskem za plačilo psihoterapevtskih storitev za

paciente z duševnimi motnjami po DSM nujen pogoj napotnica splošnega zdravnika. V Avstriji na primer splošni zdravniki zaradi slabe usposobljenosti za prepoznavanje duševnih motenj oziroma »samo« psiholoških problemov ne usmerjajo pacientov ustrezno k psihoterapevtom in drugim »psiho« specialistom (OECD, 2015). Do tovrstnih podatkov za Slovenijo nisva prišla, vendar je možno, da tudi pri nas prihaja do takšnih primerov. Zato bi morali v Sloveniji temeljito premisliti o določanju kliničnih in preventivnih poti, ki bodo vodile do psihoterapevtov ne samo v okviru zdravstvenega sistema, temveč tudi na področju socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, v pravosodju in gospodarstvu.

## 5. Ključna izhodišča za kvalitetno normativno ureditev psihoterapije v Sloveniji

Kaj so lahko na podlagi mednarodne primerjave z Nizozemsko in drugimi evropskimi državami koristna izhodišča za zakonsko ureditev psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji?

### 5.1 Bolje brez zakona kot slab zakon.

Najbolj svež primer za to je Belgija, kjer je bil leta 2014 sprejet relativno dober zakon, a je bil leta 2016 revidiran v izrazito slabega. V poskusu, da bi storili korak naprej, so stopili dva nazaj.

Belgijski psihoterapevti so si veliko let prizadevali za normativno ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica, kar jim je končno uspelo, ko je parlament aprila 2014 sprejel zakon, ki naj bi postal pravno močan najkasneje do septembra 2016, vendar je v prehodnem obdobju prišlo do nepričakovanega obrata. V zakonu (Hauzoul, 2017; Sasse in Vrancken, 2014) so definirali psihoterapijo kot avtonomno dejavnost in kot samostojen poklic ter zaščitili naziv psihoterapevt. Kot ključen organ so postavili Zvezni svet za psihoterapijo, ki naj bi v prehodnem obdobju svetoval ministru glede natančnih standardov izobraževanja in izvajanja dejavnosti, glede pristopov, ki naj bi bili priznani, glede stalnega strokovnega izpopolnjevanja in glede pravil za staroste. Sestavljalo naj bi ga 8 predstavnikov vsake od štirih glavnih psihoterapevtskih smeri (glej spodaj) in dva psihiatra, skupaj 34 članov.

Minimalne zahteve glede izobraževanja za pridobitev naziva psihoterapevt, ki jih je uvedel zakon, so bile:

- diploma prve stopnje iz zdravstvenih ved, psihologije, pedagogike ali družboslovja v obsegu najmanj 180 kreditnih točk (ECTS);
- osnovna znanja iz psihologije, ki jih je kandidat pridobil na univerzi, in vključujejo splošno psihologijo, psihiatrijo in psihopatologijo, psihofarmakologijo, psihodiagnostiko, uvod v glavne psihoterapevtske pristope, uvod v sistem varovanja duševnega zdravja;
- potem ko bi kandidat izpolnil zahteve navedene v prvi in drugi točki, pa bi moral opraviti izobraževanje iz izbranega psihoterapevtskega pristopa v obsegu najmanj 70 kreditnih točk (ECTS) v obdobju 4 let v verificiranem programu, ki bi ga lahko izvajala javna univerza ali zasebna ustanova; vključenih bi moralo biti najmanj 500 ur teorije in najmanj 1600 ur supervizirane psihoterapevtske prakse.

Pogoji za osebno izkušnjo v zakonu niso bili natančno določeni, temveč je bilo prepuščeno vsakemu pristopu, da jih oblikuje, s tem da naj bi jih potrdil Zvezni svet za psihoterapijo.

Zakon je priznal štiri glavne psihoterapevtske smeri:

- psihoanalitične in psihodinamsko orientirane psihoterapije;
- vedenjske in kognitivno vedenjske psihoterapije;
- sistemske in družinsko orientirane psihoterapije;
- humanistične, na osebo usmerjene in izkustvene psihoterapije.

Drugi pristopi naj bi šli skozi postopek verifikacije pri Zveznem svetu za psihoterapijo.

Zakon je tudi poudaril pomen spoštovanja etičnega kodeksa in sodelovanja z drugimi poklici v zdravstvenem sektorju, npr. z zdravniki.

Junija 2016 pa je bila na veliko presenečenje psihoterapevtov izglasovana nova verzija zakona, ki jo je predlagal takratni minister za zdravje in socialne zadeve (Hauzoul, 2017; Sasse in Vrancken, 2017). V njem psihoterapije kot samostojnega poklica ni bilo več, temveč je bila definirana le kot metoda oziroma tehnika, ki jo lahko izvajajo klinični psihologi, klinični ortopedagogi (pri nas se ta profil imenuje specialni pedagogi) in zdravniki, ki so opravili izobraževanje iz psihoterapije. Obstoječi in delujoči psihoterapevti ne bi smeli več delati samostojno, temveč le pod supervizijo.

Psihoterapevti so sprožili sodne postopke in decembra 2017 je ustavno sodišče odločilo, da se mora zaustaviti izvajanje zakona v zvezi obstoječimi in delujočimi psihoterapevti. Nato je februarja 2018 ustavno sodišče črtalo sporni 11. in 12. člen ter s tem določilo, da lahko:

- obstoječi in delujoči psihoterapevti, ne glede kakšen je njihov osnovni poklic, nadaljujejo s svojim delom;
- študenti, ki so končali prvi letnik prve stopnje študija junija 2017, ohranijo pravico do vstopa v psihoterapevtsko izobraževanje po končanem študiju na prvi stopnji; z izobraževanjem bodo lahko nadaljevali na univerzah, nič več pa na privatnih ustanovah; svojega poklica ne bodo mogli opravljati avtonomno, temveč le pod supervizijo zdravnikov ali psihologov in sprejemali bodo lahko le paciente, ki jih bodo k njim napotili splošni zdravniki ali psihologi;
- študenti, ki so začeli s študijem na prvi stopnji septembra 2017, ne bodo več mogli nadaljevati z izobraževanjem iz psihoterapije.

Žal je torej psihoterapevtom uspelo le delno omiliti škodo, ki jo je že in jo še bo povzročila nova verzija prej dobro zastavljenega zakona. Vendar pa belgijski kolegi nadaljujejo s svojimi prizadevanji za normativno ureditev, ki bo priznala psihoterapijo kot samostojni poklic.

### 5.2 Dobra normativna ureditev upošteva zgodovinski razvoj, trenutno stanje in vizijo razvoja psihoterapije v prihodnosti.

Nekateri psihiatri in psihologi še vedno pristransko, z namenom ohranjanja svojih cehovskih pozicij in privilegijev, ocenjujejo sodobne razmere na področju psihoterapije, ki se je v zadnjih desetletjih razvila v samostojni poklic in je kot taka ponekod v svetu že priznana. Zgodovina psihoterapije in njeno trenutno stanje jasno govorita v prid avtonomnosti poklica.

Za ponazoritev, kako neustrezna so na današnji stopnji razvoja psihoterapije stališča zdravnikov oziroma psihiatrov in psihologov, ki ne morejo sprejeti dejstva, da je psihoterapija samostojen poklic, lahko naredimo miselni poizkus. Predstavljajmo si, da bi danes nekdo začel oporekati, da je zdravnik samostojen poklic in da je medicina le metoda ali tehnika, ki jo lahko izvajajo na primer socialni delavci. Verjetno ni nikogar, ki ne bi to doživel kot absurdno. Žal se tisti, ki oporekajo avtonomnosti psihoterapije, ne zavedajo, da je njihovo stališče podobno protislovno. Ne vidijo ali nočejo videti zgodovinskega razvoja psihoterapije in njenega trenutnega stanja.

Prav tako zakoni in predpisi, ki ne upoštevajo vizije prihodnosti, hitro postanejo Prokrustova postelja za nadaljnji razvoj, kot se to kaže v deželah, kjer so regulirali psihoterapijo (ali bi jo želeli regulirati) samo oziroma predvsem po meri ene ali dveh poklicnih skupin, npr. psihologov (npr. Švica, Nizozemska), psihiatrov (npr. Belgija), zdravnikov (npr. Latvija), psihologov in zdravnikov (npr. Nemčija, Italija, Madžarska) (Možina, 2010b). Če je na primer italijanski zakon pred dvajsetimi leti še imel določen razvojni potencial, na sedanji razvojni stopnji psihoterapije parcialno pravno urejanje psihoterapije, npr. samo za zdravnike in/ali samo za psihologe, pomeni slab zakon.

### 5.3 Dobra normativna ureditev zmanjšuje možnosti za destruktivna rivalstva med poklici na področju varstva duševnega zdravja.

Za razvoj sta nujno potrebna različnost in dialektični proces med predstavniki te različnosti, vendar so izkušnje v praksi pogosto drugačne. Že hiter pregled po Evropi pokaže, kako dinamika med različnimi strokovnjaki na področju varovanja duševnega zdravja iztirja iz dialektičnega dialoga v destruktivnost. Na primer med tistimi, ki delajo v zdravstvu, in tistimi zunaj zdravstva (npr. Nemčija, Latvija), med pristopi (npr. Nemčija), med psihoanalitiki kot predstavniki tradicije in novejšimi pristopi kot predstavniki tranzicije (npr. Velika Britanija), med psihologi in psihiatri oziroma zdravniki (npr. Belgija, Italija), med psihologi/psihiatri/zdravniki na eni strani in drugimi poklici (npr. Nemčija, Italija, Hrvaška), med zdravniki in nezdravniki, med psihologi in nepsihologi (npr. Švica) itn. (Možina, 2010b).

Pomemben razlog za bohotenje destruktivnih rivalstev pa je velikokrat prav manjka-joča, pomanjkljiva ali pa slaba normativna ureditev. Evropske izkušnje kažejo, da se ne smemo zanašati na to, da se bo neplodna tekmovalnost med poklici, ki naj bi sodelovali na področju varovanja duševnega zdravja, zgladila sama od sebe. Le dobra normativna ureditev lahko postavi okvire za dialektični proces, ki bo ob večanju raznolikosti povečeval stopnjo sodelovanja.

### 5.4 Normativna ureditev psihoterapevtskega izobraževanja mora preprečiti diskriminatorne vstopne pogoje.

Če je za študij medicine, psihologije, socialnega dela, pedagogike, teologije idr. dovolj srednja šola kot vstopni pogoj, potem je glede na stopnjo razvoja psihoterapije dozorel čas, da to velja tudi za študij psihoterapije (Možina, 2007, 2016). Z neposrednim študijem psihoterapije so se odprle nove možnosti v razvoju psihoterapije, ki ga ni mogoče več ustaviti. Z neustrezno zakonodajo se razvoj psihoterapije kot prvega poklica lahko

le upočasni in oteži. Bodoči zakoni o psihoterapevtski dejavnosti bi morali poleg izobraževanja za drugi poklic spodbuditi tudi izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic ter hkrati spodbuditi sodelovanje med izvajalci študijev in edukacij (Možina in Bohak, 2008; Možina in dr., 2018a).

Vstopni pogoji za izobraževanje iz psihoterapije za drugi poklic pa bi prav tako morali biti odprti za vse, ki imajo najmanj prvo stopnjo univerzitetne izobrazbe. Da so jo opravili na področju humanistike in družboslovja je lahko priporočilo, nikakor pa ne pogoj, ki bi izključeval vse druge. Ključno pri presojanju psihoterapevtske usposobljenosti mora biti, kako je študent ali edukant izpolnil zahteve izobraževanja in ne to, ali je vanj vstopil kot psiholog, zdravnik, inženir ali veterinar (Možina in dr., 2018a).

### 5.5 Bolje enoten zakon kot več parcialnih zakonov oziroma predpisov.

Ena glavnih slabosti večine regulativ psihoterapije po Evropi je parcialnost, to pomeni, da urejajo le del psihoterapevtske dejavnosti. Nedvomno jo je izjemno zahtevno dobro regulirati z enim zakonom, a to ne bi smel biti razlog, da se a priori izbere na videz lažja pot in se jo s parcialnimi predpisi razkosa. Zgovoren primer je Nemčija, kjer so področje psihoterapije do nedavnega urejali štirje pomembni predpisi (Možina, 2010b) in so prav na začetku leta 2019 regulativo izboljšali, s tem da so spremenili dosedanji zakon o psiholoških psihoterapevtih iz leta 1999 (Možina in dr., 2018b). Uradni razglas novega nemškega zakona o psihoterapiji je predviden poleti 2019, kar bo prineslo tudi uvedbo novega poklicnega naziva »psihoterapevt«, namesto starih nazivov »psihološki psihoterapevt« in »psihoterapevt za otroke in mladostnike« (BMG, 2019ab). S tem bo potegnjena jasnejša poklicna ločnica med poklicema psihoterapevt in psiholog.

Eden glavnih razlogov za novi nemški zakon pa je bil, da se je zvezno ministrstvo za zdravje po preverjanju različnih možnosti izobraževanja odločilo za neposredno akademsko izobraževanje takoj po maturi (nemško »Direktausbildung«) s triletno diplomsko in dvoletno magistrsko stopnjo (BMG, 2016, 2019). S tem se je Nemčija izenačila z Avstrijo, ki je na svetu prva odprla to pot na Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju (Fiegl, 2016; Možina, 2016).

### 5.6 Normativno omejevanje raznolikosti psihoterapevtskih pristopov se ne obnese.

V marsikateri državi so poskušale oziroma poskušajo z normativnim omejevanjem števila pristopov ohraniti privilegirani položaj predvsem psihoanalitične terapije (npr. Nemčija, Velika Britanija, Francija), ker imajo daljšo tradicijo, čeprav so raziskave o učinkovitosti tem težnjam precej porezale krila (Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010; Wampold in Imel, 2015). Prav tovrstne raziskave so (vsaj za nekaj časa) dvignile nad druge pristope kognitivno-vedenjsko terapijo (KVT) (npr. v Nemčiji, Angliji), ker naj bi bila bolj znanstvena (empirično podprta) od drugih. Če so nekateri pristopi do zdaj vložili manj navora v raziskovanje kot KVT, še ne pomeni, da so manj učinkoviti oziroma indicirani od KVT. Hkrati imajo številne KVT študije, ki dokazujejo superiornost KVT nad drugimi pristopi, resne metodološke pomanjkljivosti. Model kontrolnih študij, ki je standard v medicini in ki ga poizkuša KVT prenesti tudi v raziskovanje psihoterapije, je

za to veliko manj primeren in uporaben<sup>4</sup> (Schiepek, 2008). Tako so se nam po dvajsetih letih raziskave KVT, ki naj bi utemeljile njihove normativne privilegije, pokazale bolj kot sredstvo političnega pritiska, ne pa kot empirično podprta dejstva o njeni superiornosti nad drugimi pristopi.

### 5.7 Pri normativnem urejanju je majhna država lahko velik zgled.

Da je majhna država glede normativne ureditve lahko velik zgled, smo videli na primeru Malte, ki je julija 2018 sprejela zakon o psihoterapiji (Možina in dr., 2018b). Dosežek malteških kolegov je še posebej občudovanja vreden zato, ker je zgodovina njihove psihoterapije veliko krajša, s tem pa tudi njena razvitost manjša kot v številnih evropskih državah. Če bomo v Sloveniji uspeli z medresorskim zakonom, ki psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti ne bo reguliral samo v okviru zdravstva, temveč tudi na področju socialnega varstva, dela, vzgoje in izobraževanja ter pravosodja in gospodarstva, bomo postali država, ki bo glede na stanje razvoja psihoterapije in svetovanja in glede na njegovo vizijo imela najsodobnejšo regulativo (Možina in dr., 2018a).

### 5.8 Dobra normativna ureditev v izobraževanju s področja psihoterapije in svetovanja spodbuja sodelovanje med univerzami ter društvi in inštituti.

Da med univerzami ter društvi in inštituti destruktivna rivalstva niso nujna, se je med drugim pokazalo v Nemčiji, Avstriji, Belgiji (do leta 2016) in Italiji. V Avstriji so vzpostavili dobro delujoč sistem izobraževanja, kjer bodoči psihoterapevti lahko izbirajo med študiji na fakultetah, verificiranimi edukacijami po društvi in inštitutih ali kombinacijo obeh. Tako rešitev zagovarjamo tudi za slovensko normativno ureditev psihoterapije, saj bi na ta način najbolj upoštevali obstoječe stanje, preprečili destruktivna rivalstva in odprli možnosti za sodelovanje in razvoj vseh nosilcev izobraževanja (Možina in dr., 2018a).

## 6. Epilog: razmah neoliberalizma je ovira za dobro normativno ureditev psihoterapije

Ko smo priča vedno novim viharjem v kozarcu, kot je slovenske zdrahe slikovito označil eden od starost slovenske psihoterapije, Anton Trstenjak (Možina, 2011), zlahka prezremo, da glavna ovira za boljšo ureditev področja varovanja duševnega zdravja nismo niti psihoterapevti niti psihosocialni svetovalci, pa tudi ne zdravniki, psihologi ali pedagogi idr., skratka nobeden od ustaljenih poklicev, niti nobeden od tistih poklicev, ki se šele uveljavljajo in se bodo še poskušali priključiti multidisciplinarnim timom, pač pa birokrati.

<sup>4</sup> Predvsem so problematični poizkusi manualizacije psihoterapevtskih postopkov, kar se je npr. pokazalo tudi v študiji, v kateri so poskušali določiti vpliv terapevtskih osebnostnih dejavnikov v kognitivno-vedenjski psihoterapiji (Project MATCH Research Group, 1998, v Norcross, 2002: 5). V raziskovanju zdravljenja panične motnje so standardizirali program zdravljenja, psihoterapevte in kliente, da bi čim bolj zmanjšali učinke psihoterapevtske osebnosti. Program zdravljenja so določili po priročniku in ga natančno strukturirali, psihoterapevte so enako usposobili ter jih ob tem opazovali, kliente pa so izbrali po strogih diagnostičnih postopkih, da bi bili čim bolj podobni. Kljub temu so se psihoterapevti pomembno razlikovali po uspešnosti in obsegu sprememb, ki so jih dosegli v delu s klienti. Delež psihoterapevtskega učinka v celotni učinkovitosti psihoterapije je nihal v razponu kar od 0 % do 18 %.

Silno bohotenje birokratizma na vseh področjih, tudi v zdravstvu, socialni, delu, vzgoji in izobraževanju, pravosodju, pa je povezano z razmahom neoliberalizma, ki protežira tržni model. Njegove posledice danes občutimo vsi, ki delamo na področju varovanja duševnega zdravja. Kažejo se predvsem v veliki delovni obremenjenosti, stopnjevanju tekmovalnosti in vse bolj destruktivnem rivalstvu med različnimi strokami, pretiranemu bohotenju predpisov, nebrzdanim zahtevam vodstev po večjih dobičkih ter izgubi klinične in akademske neodvisnosti. Pravila določajo predvsem zdravstvene zavarovalnice in vodstva ustanov (v ZDA t. i. managed care) (Yalom, 2017), ki učinkovitost postavljajo nad vse drugo in jo merijo predvsem s številkami, s tem pa nam vsiljujejo ideologijo, da je kakovost določena z merljivostjo in da tisto, česar ne moremo meriti, ne šteje. Birokracija postaja podobna rakastemu tkivu, ki razjeda družbo oziroma skupnost, saj vse manj deluje po principih solidarnosti. Vse bolj postaja pomembno tisto, kar je na papirju, papirna resničnost pa ima vse manj zveze z dejansko resničnostjo. Poudarek se tako vse bolj prenaša iz vsebine na videz. Zavarovalnice za nadzor nad učinkovitostjo razvijajo velikanski upravni aparat, krepijo hierarhično vodenje z vrha navzdol, s tem pa ustvarjajo neproduktivne zgornje plasti, katerih glavna naloga je ohranjanje lastnih položajev (Verhaeghe, 2016).

Leta 2009 je nizozemski zdravnik Mark Desmet v javnost naslovil odprto pismo in v njem potožil o tem, kaj ga na delovnem mestu vsak dan muči (Desmet v Verhaeghe, 2016: 143-144):

- nenehne strukturne izboljšave, tako da sploh ni časa za njihovo evalvacijo, ker jo nova izboljšava že prehitijo;
- vse večji občutek „Velikega Brata“ zaradi povečevanja nadzora nad zaposlenimi;
- vse je žrtvovano na oltarju merljivosti, dejanska nega bolnikov izginja;
- vse manj je osredotočenosti na samo delo in vse več na administracijo, upravljanje in nadzor, tako da bi bolnišnice nedvomno delovale veliko bolj učinkovito, če bolnikov ne bi bilo;
- „odvratno protislovje“: nenehno smo prisiljeni v zniževanje stroškov, hkrati pa vidimo, kako se vedno večje vsote denarja trošijo za stvari, ki ničemur ne služijo.

Kdo od nas v tem pismu ne prepozna težav, ki tarejo tudi njega ali njo, ne glede na to, ali je zdravnik, socialni delavec, medicinska sestra, učitelj ali psiholog? Psihoterapevti in psihosocialni svetovalci si ne želimo normativne ureditve svojih poklicev zato, da bi ogrozili kogarkoli od ustaljenih poklicev na področju varovanja duševnega zdravja, temveč hočemo ponuditi še dvoje rok za pomoč hitro rastočemu številu ljudi z eksistencialnimi in medosebnimi problemi, duševnimi motnjami in boleznimi, pa tudi za pomoč kolegom in kolegicam, ki v današnjih razmerah vse težje nosijo bremena svojih odgovornih pomagajočih poklicev.

## 7. Izjava avtorjev o upoštevanju možnega konflikta interesov

V skladu z uredniško politiko in etiko objavljanja Slovenske revije za psihoterapijo Kairos izjavljamo, da sva člana Delovne skupine za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji, ki je bila marca 2018 imenovana s strani Ministrstva za zdravje. V njej si prvi avtor, kot zastopnik Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda, in druga avtorica, kot zastopnica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, prizadevava za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica.

Izjavljava, da v tem članku ne navajava informacij, ki bi enostransko, tendenciozno poudarjale najin interes v Delovni skupini, temveč sva na osnovi relevantnih strokovnih in znanstvenih informacij poskušala uravnoteženo utemeljiti smiselnost normativne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

## VIRI

- Blazer, D. G. (2005). *The Age of Melancholy: »Major Depression« and its Social Origin*. New York: Routledge.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Eckpunktepapier zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Bonn: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Psychotherapeuten bekommen eigenen Studiengang. Bonn: BMG. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeuten-ausbildung.html>
- Cuijpers, P. (2011). Psychotherapy in Netherlands. V BundesPsychotherapeutenKammer (ur.). *Psychotherapy in Europe – Disease Management Strategies for Depression*. Berlin: BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK).
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. in Hubble, M. (Eds.) (2010). *The Heart and Soul of Change* (2nd. Ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- European Association for Psychotherapy (EAP) (2017). The situation of psychotherapy in the Netherlands. <https://www.europsyche.org/contents/14284/netherlands>
- Fiegl, J. (2016). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press.
- Geus, R. (2007). *NVO Professional competence profile of the remedial educationalist/psychologist in care provision for people with an intellectual disability*. Amsterdam: NVO, Association of Educationalists in the Netherlands.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Hauzoul, C. (2017). Psychotherapy and Belgian legislation: a point of view from the French speaking part of the country. <http://www.efpp.org/texts/Psychotherapyandbelgianlegislation.pdf>
- Hutschemaekers, G. J. M. in Oosterhuis, H. (2004). Psychotherapy in The Netherlands after the Second World War. *Med Hist.*, Oct 1; 48(4): 429–448.
- Morović, J. (2018). Zakon o djelatnosti psihoterapije ne smije diskriminirati. Zagreb: SPUH. <https://www.savez-spuh.hr/uncategorized/zakon-o-djelatnosti-psihoterapije-ne-smije-diskriminirati/>
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 1, 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2008). Psychotherapy as integral part of comprehensive health care. V: Kovačić, L. (ur.), Zaletel-Kragelj, L. (ur.). *Management in health care practice: a handbook for teachers, researchers and health professionals*. Lage: Hans Jacobs Publishing Company: 642-659.
- Možina, M. (2010a). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 1-2: 133-166.
- Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V: Žvelc, M. (ur.), Možina, M. (ur.) in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 11-55.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V Fiegl, J. *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.
- Možina, M. (2017). Uvodnik o depresiji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 11, 1-2: 5-51.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti.

- Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, 3-4: 119-142.
- Možina, M. in Kosovel, I. (2017). Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 11, 3-4: 235-248.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I. in Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018a). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4: 7-39.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018b). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4: 245-272.
- Network for Psychotherapeutic Care in Europe (NPCE). Netherlands. <http://www.npce.eu/netherlands.html>
- Norcross, J. C. (ur.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- OECD (2015). *Mental Health and Work: Austria*. [https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria\\_9789264228047-en](https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en)
- Sasse, C. in Vrancken, P. (2014). Legislation on psychotherapy in Belgium – status February 2014. Vienna: EAP. <https://www.europsyche.org/contents/14285/belgium>
- Sasse, C. in Vrancken, P. (2017). Situation in Belgium – updated as per October 2017. Vienna: EAP. <https://www.europsyche.org/contents/14285/belgium>
- Schiepek, G. (2008). Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 2, 1-2: 7-32.
- Siemons, J. (2014). *Psychologists in health care in the Netherlands*. Utrecht: Federatie van Gezondheidszorgpsychologen. [https://www.psynip.nl/en/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/FGZP\\_BRO\\_NEURO\\_ENG\\_DEF.pdf](https://www.psynip.nl/en/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/FGZP_BRO_NEURO_ENG_DEF.pdf)
- NIP - The Dutch Association of Psychologists (2018). <https://www.psynip.nl/en/>
- Verhaeghe, P (2016). *Identiteta v času neoliberalizma, izgubljenih vrednot in anonimne avtoritete*. Mengeš: Ciceron.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy (2nd ed.)*. New York: Routledge.
- WHO – World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: WHO.
- Wilkinson, R. in Pickett, K. (2012). *Velika ideja: Zakaj je enakost boljša za vse*. Novo mesto: Penca in drugi.
- Yalom, I. (2017). *Darilo terapije: odprto pismo novi generaciji terapevtov in njihovim klientom*. Ljubljana: UMco.

## PRILOGA 1

### Seznam uporabnih naslovov

Več informacij o BIG zakonu ter o programih izobraževanja in registracijskih postopkih za psihologe v zdravstvenem varstvu, psihoterapevte, klinične psihologe in klinične nevropsihologe je možno dobiti na naslednjih naslovih:

- CIBG (vključuje CBGV): [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl) and [www.bigregister.nl/en](http://www.bigregister.nl/en) (v angleščini);
- FGzP (Federation of Health care Psychologists): [www.fgzp.nl](http://www.fgzp.nl);
- Health care Inspectorate: [www.igz.nl](http://www.igz.nl);
- NIP (Dutch Association of Psychologists): [www.psynip.nl](http://www.psynip.nl);
- NVGzP (Dutch Association for Health care Psychology and its Specialties): [www.nvgzp.nl](http://www.nvgzp.nl);
- NVO (Association of Educationalists in the Netherlands): [www.nvo.nl](http://www.nvo.nl);
- NVP (Dutch Association for Psychotherapy): [www.psychotherapie.nl](http://www.psychotherapie.nl);
- Nuffic: [www.nuffic.nl](http://www.nuffic.nl);
- Disciplinary Committee for the health care Sector: [www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl](http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl); – Regionalne izobraževalne ustanove:
  - RINO North-Holland (Amsterdam): [www.rino.nl](http://www.rino.nl);
  - RINO Group (Utrecht and Leiden/Rotterdam): [www.rinogroep.nl](http://www.rinogroep.nl);
  - SPON post-doctorate programmes (Nijmegen): [www.spon-opleidingen.nl](http://www.spon-opleidingen.nl);
  - RINO South (Eindhoven): [www.rinozuid.nl](http://www.rinozuid.nl);
  - Training institute PPO (Groningen): [www.ppo-opleidingen.nl](http://www.ppo-opleidingen.nl).