

Miran Možina<sup>1</sup>

## Uvodnik o integracijskih in transdiagnostičnih prizadevanjih v psihoterapevtski, psihiatrični in (klinično) psihološki diagnostiki

*Editorial on integrative and transdiagnostic efforts in psychotherapeutic, psychiatric and (clinical) psychological diagnostics*

Pričujoča tematska številka Kairosa predstavlja poskus konstruktivnega prispevka k aktualni razpravi o zakonski ureditvi psihoterapije, v kateri se med drugim krešejo kopja tudi okoli pomena medicinske diagnostike za psihoterapevtsko obravnavo. Predstavniki ortodotoksne smeri v slovenski psihiatriji in klinični psihologiji svoje zavračanje psihoterapevtov, ki ne delujejo v zdravstvu, utemeljujejo z njihovim domnevnim neznanjem in neizkušeno (pa čeprav opravijo ustrezna usposabljanja iz z dokazi podprtih psihoterapevtskih pristopov) za varno obravnavo oseb z duševnimi in vedenjskimi motnjami (v skladu z Mednarodno klasifikacijo MKB-10 Svetovne zdravstvene organizacije). Nasprotujejo normativni ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica, ker naj psihoterapevti zunaj zdravstva ne bi bili »diagnostično zavezani medicinskemu sistemu odgovornosti, saj brez zdravstvene izobrazbe niso usposobljeni za postavljanje diagnoz. To pomeni ukinitvev zavezujoče postavitev diagnoze in posledične odgovornosti kot integralnega dela stroke« (Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, 2024).

Čeprav so slovenski zdravniki (med njimi seveda tudi psihiatri) glede diagnosticiranja duševnih motenj zavezani uporabi kategorialne diagnostike Mednarodne klasifikacije bolezni (trenutno v prehodu od desete k enajsti reviziji), saj v sedanji ureditvi zdravstvenega sistema le na tej osnovi lahko opravičujejo in obračunavajo svoje diagnostične in terapevtske storitve, pa kategorialne diagnoze ne omogočajo smiselnega ter učinkovitega načrtovanja in izvajanja psihoterapije. Pa ne samo to, kategorialna psihiatrična diagnostika se je zaradi

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, SFU Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

številnih slabosti in celo škodljivosti pokazala kot neprimerna tudi kot izhodišče za psihiatrično in klinično psihološko obravnavo. S strani vse večjega števila psihiatričnih in psiholoških združenj ter psihiatrov in psihologov širom po svetu je deležna vse večjih kritik (npr. Blazer, 2005; Corrigan in Watson, 2007; Watters, 2010; Ledford, 2013; The British Psychological Society, 2013; Shorter, 2013, 2021; Timimi, 2013; Verhaeghe, 2016; Kotov idr., 2017; de Beurs idr., 2018; Cuijpers, 2019; Makovec, 2019; Stein idr., 2022).

Tako npr. Kotov idr. (2017) navajajo, da ekspanzivnost psihiatrične diagnostike med drugim vse bolj patologizira vsakdanje duševne težave ljudi in jih s tem stigmatizira. Opozarjajo tudi na diagnostično nestabilnost, na pogoste nejasne razmejitve med motnjami in komorbidnimi stanji ter na heterogenosti znotraj posameznih motenj, ki so posledica arbitrarno sprejetih razlik med psihopatologijo in normalnostjo. Avtorji slabosti tradicionalne taksonomije vidijo predvsem v:

- a. vsiljevanju kategorialne konceptualizacije za zelo razširjene pojave, kar vodi v znatno izgubo informacij, diagnostično nestabilnost in patologizacijo vsakdanjih duševnih težav ljudi;
- b. heterogenosti znotraj posameznih motenj, ki so posledica arbitrarno sprejetih razlik med psihopatologijo in normalnostjo;
- c. omejeni zanesljivosti tradicionalne kategorialne diagnostike, saj je bilo pri kliničnem preizkušanju diagnostičnih meril za duševne motnje, opredeljene v DSM-5, ugotovljeno, da 40% le-teh ni zadostilo niti blažjim kriterijem zanesljivosti, čeprav so iste motnje pogosto pokazale odlično zanesljivost, ko so bile operacionalizirane dimenzionalno;
- d. poskusu obravnave heterogenosti patoloških procesov z opredelitvijo podtipov motenj, ki so namesto na izsledkih strukturnih raziskav opredeljeni arbitrarno, zaradi česar razmejitve med podskupinami ni mogoča;
- e. visoki komorbidnosti obstoječih duševnih motenj, kar otežuje načrtovanje raziskav in klinično odločanje, saj komorbidnost izkrivlja rezultate študij in vpliva na zdravljenje. Obenem pa visoka komorbidnost nakazuje na to, da so bila nekatera enotna stanja razdeljena na več diagnoz, ki se posledično pogosto pojavljajo skupaj, kar kaže na potrebo po ponovnem določanju meja med motnjami;
- f. tem, da veliko bolnikov, kljub znakom očitne stiske ali prizadetosti, ki kažejo na potrebo po oskrbi, ne izpolni meril za nobeno duševno motnjo, kar bistveno vpliva na njihov status in obravnavo.

Angleški otroški psihiater in psihoterapevt Sami Timimi (Cohen in Timimi, 2008; Timimi idr., 2010; Timimi in Leo, 2010; Runswick-Cole idr., 2016) opozarja na medikalizacijo duševnih težav otrok in mladostnikov ter poziva k ukinitvi

psihiatričnih diagnostičnih sistemov MKB in DSM. V svojem članku *Nič več psihiatričnih etiket – Zakaj je treba odpraviti formalne psihiatrične diagnostične sisteme* navaja: »Psihiatrične diagnoze niso veljavne ali uporabne. Uporaba psihiatrične diagnoze povečuje stigma, ne pomaga pri odločitvah o zdravljenju, je povezana s poslabšanjem dolgoročne prognoze za duševne težave in vsiljuje zahodna prepričanja o duševni stiski drugim kulturam« (Timimi, 2013, str. 208).

## 1. **Trhli argumenti ortodoksnih slovenskih psihiatrov in kliničnih psihologov o ključni vlogi kategorialne psihiatrične diagnostike**

Tudi psihoterapevt Aleš Živkovič, ki pri pripravi zakona o psihoterapiji z Ministrstvom za zdravje sodeluje kot zunanji strokovni svetovalec in je dober poznavalec razmer v Angliji, opozarja na to, kako se angleška psihiatrija in (klinična) psihologija »odmika od strogega medicinskega modela. In sicer iz več razlogov. Eden od problemov je stigma, ki jo ta model duševnih težav prinaša. Prav tako je problematičen način diagnostike, ki v veliki meri ne suportira psihoterapevtskega zdravljenja« (Levstik, 2024). Živkovič poudari, da glavni interes ortodoksnih slovenskih psihiatrov in kliničnih psihologov ni ustrezna diagnostika, temveč ohranjanje profesionalnega statusa in monopola nad izvajanjem psihoterapije.

Konfrontacija med zagovorniki ortodoksnega psihiatrično/klinično psihološkega koncepta in psihoterapevtskega koncepta, ki se je jasno izrazila že v delovni skupini za zakon o psihoterapiji leta 2018 in se ponovno kaže v aktualnih javnih razpravah, se ne pojavlja samo v Sloveniji, temveč tudi v nekaterih drugih državah (Enache-Tonoiu, 2013), kjer se v javnosti in strokovnih krogih vedno znova odpirajo razprave o nujnosti medicinskega znanja (predvsem iz psihiatrične diagnostike in psihofarmakoterapije) za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti.

Skrajno stališče v razpravah, ki smo jim trenutno priča v Sloveniji, je, naj psihoterapijo izvajajo le psihiatri in klinični psihologi (ter morda ob tem le še ozek nabor nekaterih zdravstvenih delavcev in sodelavcev, ki so zaposleni v zdravstvu), ker so le oni sposobni ustreznega diagnosticiranja težav pacientov. To je podobno nesmiselno, kot če bi na podlagi tega, da so znanja iz biologije koristna za zdravnike, zahtevali, da so zdravniki lahko samo tisti, ki so zaključili študij biologije. Gotovo so določena znanja iz medicine (predvsem nevroznanosti) oz. psihiatrije za poklicno dejavnost psihoterapevta koristna in nujna, vendar psihoterapevti poleg specifično psihoterapevtskih znanj nujno potrebujejo tudi izbor znanj iz psihologije, filozofije (epistemologije, hermenevtike), biologije,

družbenih ved, pa tudi fizike in matematike ter informatike. Psihoterapija je kot avtonomna znanstvena veda interdisciplinarno področje.

Dejstvo, ki izhaja iz izsledkov raziskav o učinkovitosti psihoterapije, in ga psihiatri in klinični psihologi poskušajo zakriti ter celo poudarjajo njegovo nasprotje, pa je, da večina diagnostičnega znanja psihiatrov za izvajanje psihoterapije ni uporabna oziroma lahko predstavlja celo oviro, saj to znanje temelji na medicinskem modelu, ki se v primerjavi s psihoterapevtskim modelom kaže kot vse manj primeren ne le za psihoterapijo in svetovanje, temveč tudi za vse druge pogovorne oblike pomoči, ko gre za celostno obravnavo duševnih motenj. Zato se vse bolj intenzivira iskanje transdiagnostičnih procesov oz. mehanizmov, ki predstavljajo podlago za različne duševne motnje.

## 2. **Transdiagnostične raziskave o procesih in mehanizmih duševnih motenj**

Za večino duševnih motenj v DSM ali MKB sistemu do danes še niso našli biološkega markerja ali posameznega kognitivnega procesa, ki bi bil povezan s posamezno kategorialno psihiatrično diagnozo. Večinoma so taki markerji ali procesi povezani s številnimi diagnostičnimi kategorijami. Zato so raziskovalci začeli iskati mehanizme, preko katerih so okoljski dejavniki, kot so npr. revščina, diskriminacija, osamljenost, slabo ravnanje z otroki ali travme, povezani s številnimi duševnimi motnjami.

Čeprav Fusar-Poli idr. (2019) v sistematičnem pregledu ugotavljajo, da transdiagnostični pristopi še niso privedli do nove paradigme v diagnostiki in kliničnem delu, pa Lynch idr. (2021) v sistematičnem pregledu transdiagnostičnih rizičnih in varovalnih dejavnikov za splošno in specifično psihopatologijo pri mladih (starih od 10 do 24 let) poročajo o obetavnih izsledkih o transdiagnostičnem vplivu raznih biopsihosocialnih dejavnikov. Nekateri avtorji predlagajo dopolnitev DSM kategorialne diagnostike z dimenzionalno (npr. Narrow in Kuhl, 2011), Hayes idr. (1996) pa se na primer zavzemajo za funkcionalno dimenzionalni pristop, saj osnova klasificiranja ne bi smela biti posameznikovo vedenje in simptomatika, temveč duševni procesi, ki ju povzročajo in ohranjajo.

Ameriški nacionalni inštitut za duševno zdravje (National Institute of Mental Health) je od leta 2009 začel razvijati nov transdiagnostični okvir za raziskovanje psihiatrične simptomatike z imenom "Kriteriji za raziskovalna področja" (Research Domain Criteria = RDoC) (Cuthbert in Insel, 2013). Namesto DSM diagnoz uvaja široke raziskovalne kategorije, ki temeljijo na temeljnih kognitivnih, vedenjskih in nevroloških mehanizmih. Npr. področje "negativna valenca" vključuje kategorije, kot so strah, tesnoba in izguba. Vsako kategorijo poskušajo

utemeljiti na osnovi genetike, nevronske povezave in vedenja (Ledford, 2013; Ledford idr., 2021). Cuthbert (2015) v zvezi z RDoC opozarja, da značilnosti duševnih motenj obstajajo na kontinuumu, pri čemer komorbidnost lahko odraža vzorce simptomov, ki so posledica skupnih dejavnikov tveganja in so morda temelj ene same duševne motnje. Takšen pristop naj bi pomagal pojasniti širšo strukturo psihopatoloških pojavov ter meje in prekrivanja med duševnimi motnjami.

Medtem ko je bil cilj uvajanja DSM izboljšati zanesljivost diagnosticiranja duševnih motenj, pa je cilj modela "biološke klasifikacije duševnih motenj" (Biological Classification of Mental Disorders = BeCOME) (Brückl idr., 2020), ki so ga začeli razvijati leta 2015 na Inštitutu Max Planck za psihiatrijo v Münchnu, duševne motnje opredeliti kot bolezni z biološko podlago. V ta namen uporabljajo podatke, ki jih dobijo s pomočjo genetskih, molekularnih, fizioloških, slikovnih (npr. fMRI), nevropsiholoških, psihofizioloških in psihometričnih meritev. Fokus BeCOME študij je na duševnih motnjah, ki so povezane s stresom.

Zato za izboljšanje vseh teh pomanjkljivosti Kotov idr. (2017) pa predlagajo t. i. model "Hierarhične taksonomije psihopatologije" (HiTOP), ki sindrome in podtipe konstruira na podlagi opažene kovariance simptomov. Pri tem so sorodni simptomi združeni v skupine, kar zmanjšuje heterogenost, sindromi, ki se pojavljajo istočasno, pa so združeni v spektre, s čimer se jasno prikaže komorbidnost. Pojavi so poleg tega opredeljeni dimenzionalno, kar naslavlja probleme razmejevanja in diagnostično nestabilnost. Model HiTOP naj bi odpravil omejitve tradicionalne taksonomije, izboljšal raziskave in klinično prakso ter zagotovil učinkovit način za povzemanje in posredovanje informacij o dejavnikih tveganja, etiologiji, patofiziologiji, fenomenologiji, poteku bolezni in odzivu na zdravljenje, s čimer bi se uporabnost psihiatrične diagnostike bistveno izboljšala.

## 3. **Povratno informirana procesna in idiografska psihoterapevtska diagnostika**

Ker kategorialne psihiatrične diagnoze tudi ne korelirajo z izidi psihoterapevtskih obravnav (Miller in Bargmann, 2011; Miller, 2012; Miller in Donahey, 2012; Miller in Duncan, 2012; Duncan et al., 2017), psihoterapevti že dolgo razvijajo ter uporabljajo lastne sisteme za oceno in diagnostiko (npr. Mace, 1995; Rustin in Quagliata, 2000; Cooper in Alfille, 1998, 2011; Marquis, 2007; Bartuska idr., 2008; Aktar, 2009; Newirth, 2018; Priest, 2024). V zadnjih dveh desetletjih so se pokazali kot posebej dragoceni procesni načini ocenjevanja ter individualizirana, idiografska diagnostika (v okviru t.i. personalizirane psihoterapije), na osnovi

katerih je možno učinkovito vodenje psihoterapevtskega procesa (Lambert, 2010; Meier, 2014; Fisher, 2015; Jennissen idr., 2018; Olthof idr., 2020; Schiepek, 2003; Schiepek in Cremers, 2003; Schiepek idr., 2015, 2016; Schöller idr., 2018).

Sprotno zbiranje klientovih *povratnih informacij* in njihova uporaba za vodenje psihoterapevtskega procesa prispevata k terapevtskemu izidu od 15 do 31 %. Z razvojem računalniške in komunikacijske tehnologije postaja povratno informirana obravnava vse pomembnejša podpora za večanje učinkovitosti psihoterapije. Najboljša napovedovalca izida sta klientovo doživljanje terapevtskega delovnega odnosa in njegovo sprejemanje ciljev, nalog in metod (Norcross, 2010). Ker psihoterapevti napredek in zadovoljstvo svojih klientov pogosto precenjujejo in so le v 5 % sposobni zaznati njihovo stagnacijo ali negativni izid (Hannan in dr. 2005; Maeschalck idr., 2019) in ker primerjave terapevtovih in klientovih ocen procesa kažejo velike razlike, terapevtova perspektiva ni samozadosten vir podatkov tako za evalvacijo kot tudi načrtovanje obravnave (Schuckard idr., 2017).

Zato so se v zadnjih dveh desetletjih razvili verodostojnejši načini zbiranja klientovih povratnih informacij, kot so "povratno informirana obravnava" (feedback-informed treatment = FIT) (Miller in dr., 2015), "rutinsko merjenje izida" (routine outcome measurement = ROM) (de Beurs in dr., 2011; Miller, 2012; Maeschalck idr., 2019) in "spremljanje v dejanskem času" poteka obravnave (Real Time Monitoring = RTM) (Schiepek, 1999, 2008; Schiepek in dr., 2005; Schiepek in dr., 2005; Sommerfeld, 2005). Tovrstni podatki pomagajo k informiranemu odločanju o vrsti obravnave in o tem, ali je potrebno z njo nadaljevati, jo spremeniti ali celo zaključiti. Če način dela ne kaže rezultatov, ga je potrebno spreminjati in spreminjamo toliko časa, dokler se učinki ne pokažejo (Prescott idr., 2017).

#### 4. **Od medicinskega k transdiagnostičnemu, transteoretičnemu in transkulturalnemu kontekstualnemu modelu**

Leta 2001 je Bruce Wampold objavil knjigo z naslovom *Velika psihoterapevtska razprava* in jo nato nadgradil z dopolnjeno izdajo leta 2015 (Wampold in Imel, 2015). Na podlagi številnih raziskav je spodbil prepričanje, da lahko psihoterapijo najbolje razumemo in izvajamo na osnovi medicinskega modela. Predvsem na podlagi metaanaliz je na novo utemeljil t.i. »kontekstualni model«, ki v primerjavi z medicinskim omogoča popolnoma nove uvide v delovanje psihoterapije. Pokazal je na slabosti pretiranega poudarjanja empirično podprtih metod psihoterapije (angl. Empirically Supported Treatments = EST), ki temeljijo na

medicinskem modelu, in pozval k nadaljevanju raziskovanja skupnih dejavnikov, na podlagi katerih je v šestdesetih letih prejšnjega stoletja izrasel kontekstualni model, ki je transdiagnostičen, transteoretičen in transkulturalen model.

Biomedicinski model, kot ga zastopajo ortodoksni slovenski psihiatri in klinični psihologi (tabela 1), se je s poudarjanjem dualizma telesa in uma (duha) začel uveljavljati z razvojem sodobne medicine od srede 19. stoletja naprej. Zdravje je definirano kot odsotnost bolezni, izvor bolezni pa je v telesu, v primeru duševnih motenj gre predvsem za motnje biokemičnih in/ali nevrofizioloških procesov. Diagnoza temelji na specifični opredelitvi tega telesnega vzroka in je osnova za načrtovanje in izvedbo specifične oblike terapije. Na tej osnovi je prišlo do pretirane subspecializacije in fragmentacije raznih oblik zdravljenja ter zagovarjanja superiornosti določenih oblik zdravljenja nad drugimi. Ključne naj bi bile metode in tehnike zdravljenja, saj naj bi bistveno vplivale na izid zdravljenja. Le-te naj bi potrdili z nadzorovanimi študijami (t.i. RCT dizajn), njihovo izvajanje pa naj bi temeljilo na standardiziranih priročnikih.

Tabela 1

Razlike med biomedicinskim modelom in kontekstualnim modelom (po Wampold in Imel, 2015).

BIOMICINSKI MODEL	KONTEKSTUALNI MODEL
razvoj sodobne medicine (od srede 19. stoletja naprej)	razvoj širših kulturnih tokov, tradicionalnih zdraviteljskih praks in humanizma
dualizem telesa in uma (duha)	holizem
biomedicinski model	biopsihosocialni model
zdravje kot odsotnost bolezni	zdravje kot stanje telesnega, psihičnega in socialnega ravnovesja
somatogenetska, monokavzalna etiologija – moteni biokemični in/ali nevrofiziološki procesi	biopsihosocialna, večvzročna etiologija
specifičnost diagnoze	kontekstualizirana ocena
specifičnost terapevtske obravnave	skupne značilnosti terapevtskih obravnav
subspecializacija in fragmentacija zdravljenja	integracija zdravljenja

BIOMEDICINSKI MODEL	KONTEKSTUALNI MODEL
superiornost določenega terapevtskega pristopa/metode	razsodba ptiča Dodo: različni psihoterapevtski pristopi so na splošno enako učinkoviti
ključne so psihoterapevtske tehnike, saj bistveno vplivajo na izid terapije	ključni so skupni dejavniki: klientovi dejavniki, terapevtovi dejavniki, terapevtski odnos/aliansa, povratno informiranje
empirično podprte terapije (angl. »Empirically Supported Treatments« - EST)	na izsledkih temelječe prakse (angl. »Evidence Based Practices« - EBP) in praksi temelječi izsledki (angl. »Practice-Based Evidence« - PBE)
standardizirani priročniki	prilagajanje terapije potrebam in značilnostim vsakega klienta

Nasprotno temu pa se je kontekstualni model razvil iz širših kulturnih tokov, tradicionalnih zdraviteljskih praks in humanizma. Namesto dualizma telesa in uma poudarja holizem in temelji na biopsihosocialnem modelu, ki definira zdravje kot stanje telesnega, psihičnega in socialnega ravnovesja. Tako zdravje kot bolezen razlaga kot posledico prepleta biopsihosocialnih dejavnikov večvzročno. Namesto kategorialne psihiatrične diagnostike razvija načine ocene in diagnostike, ki upoštevajo posameznika v njegovem socialnem in kulturnem kontekstu. Prizadeva si za integracijo subspecializiranih in fragmentiranih oblik zdravljenja. Namesto iskanja superiornosti določenega psihoterapevtskega pristopa in metode se sklicuje na rezultate metanaliz, ki so potrdile t.i. »razsodbo ptiča Doda«, da so različni psihoterapevtski pristopi na splošno enako učinkoviti zaradi delovanja t.i. »skupnih dejavnikov« (angl. common factors), med katerimi so ključni klientovi dejavniki, terapevtovi dejavniki, terapevtski delovni odnos in povratno informiranje. Namesto nadzorovanih študij in RCT dizajna se v okviru psihoterapevtskega modela uveljavljajo na izsledkih temelječe prakse (angl. »Evidence Based practices« - EBP) na praksi temelječe izsledki (angl. »Practice-Based Evidence« - PBE). In namesto uporabe standardiziranih priročnikov psihoterapevti v okviru tega modela prilagajajo vsako terapijo potrebam in značilnostim vsakega klienta.

Zanimivo je, da nekateri slovenski psihiatri in klinični psihologi, ki se ukvarjajo v psihoterapijo, v svojih publikacijah opisujejo, kako bolj ali manj razmišljajo in delujejo v okviru kontekstualnega modela (npr. Praper idr., 2016; Rus Makovec in Trampuž, 2016), hkrati pa ortodoksna linija v javnih polemikah vedno znova poudarja specifičnost diagnostike in terapije, ki pa je značilnost medicinskega modela. Iz tega paradoksa je razvidno, kako manipulirajo s strokovnimi argumenti za ohranjanje svojega vpliva in za degradiranje ter preprečevanje

vključevanja poklicnih psihoterapevtov v zdravstvo. Absurdno je, da prav ob tem ko poudarjajo svojo kompetentnost za kategorialno diagnostiko, ki naj bi bila izključno njihova kvaliteta, kažejo svojo nekompetentnost.

Druga sporna točka pa je, da ortodoksni psihiatri in klinični psihologi poudarjajo superiornost tistih psihoterapevtskih pristopov (predvsem psihoanalitičnega in KVT), ki odgovarjajo njihovim interesom in kjer so si v svojih društvih in inštitutih zagotovili ekskluzivno pravico do takšnih programov izobraževanja ob hkratnem degradiranju drugih psihoterapevtskih izobraževanj (celo akademskih). Ob tem namerno ignorirajo rezultate izjemno velikega števila raziskav, ki od leta 1980 naprej vedno znova potrjujejo razsodbo ptiča Dodo, da je velikost učinka različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. poleg psihoanalitičnih, KVT in sistemskih tudi humanističnih, integrativnih in drugih pristopov) na splošno enaka (Duncan idr., 2010).

5.

## Slovenski psihoterapevti imamo sanje

V vse bolj medikaliziranem in medikamentaliziranem okolju slovenskega sistema skrbi za duševno zdravje, v katerem se večina proračunskega denarja steka v psihiatrične bolnice in specialistično dejavnost namesto v preventivo ter na primarno raven zdravstvenega in socialnega varstva (Možina & Kosovel, 2107), je dialog med poklicnimi psihoterapevti, ki delujemo zunaj zdravstva, ter psihiatri in kliničnimi psihologi, ki delujejo v specializiranih zdravstvenih institucijah, podoben pogovoru med Davidom in Goljatom. V slovenski psihoterapevtski razpravi se Goljat pri tem obnaša v popolnem nasprotju s kriteriji Gela in Pritza (2020) za argumentirani dialog in dialoški pluralizem. Med tremi poklicnimi skupinami ni varnega socializiranja, ki bi omogočalo interaktivnost, ni recipročnosti, odprtosti, zaupanja, spoštovanja in skrbi drug za drugega. Tudi po kriterijih Jeana Piageta (1995) za sodelovanje se pokaže popolno nasprotje, saj psihiatri in klinični psihologi nastopajo na egocentrični, avtoritativni način in pričakujejo podrejanje svojim pravilom, vsiljujejo svoja ideološka prepričanja namesto argumentov. Njihova naj bi obveljala za vselej in za vse.

Da obstaja takšen kontekst nesodelovanja in nedialoga, je za razumevanje slovenske psihoterapevtske razprave še bolj pomembno od samih vsebin, ki se pojavljajo v soočanjih med obema stranema. Ko si npr. psihoterapevti prizadevamo svoja stališča vedno znova podkrepiti s sklicevanjem na raziskave, to nima prav nobenega učinka. Že vnaprej je jasno, da bo praktično vsaka naša izjava ali poskus argumentiranega dialoga Goljatu izhodišče za novo zavračanje ali ignoranco.

In vendar imamo psihoterapevti, ki nam ortodoksni psihiatri in klinični psihologi odrekajo diagnostično kompetentnost in s tem pravico do obravnavanja duševnih motenj, svoje sanje. V teh sanjah vidimo psihoterapijo kot samostojen poklic in avtonomno znanstveno vedo, ki se sklicuje na skupne dejavnike, razsodbo ptiča Dodo, biopsihosocialni/kontekstualni model ter integracijska in transdiagnostična prizadevanja v psihoterapevtski, psihiatrični in (klinično) psihološki diagnostiki in obravnavi. Namesto izključevanja sanjamo o enakovrednem sodelovanju z vsemi strokovnjaki na področju duševnega zdravja, z ramo ob rami.

Zdi se, da je pred nami še dolga pot in da se bo velika razprava o psihoterapiji, ne samo pri nas, nadaljevala še kar nekaj časa. Potrebno bo veliko odprtosti, srčnosti in poguma, da bi se soočili z nelagodjem negotovosti, ki neizogibno spremlja sodelovanje, kot je poudaril Piaget (1995). Nikoli namreč ne moremo vedeti, kam bo sodelovanje vodilo, saj vključuje enakost različnih posameznikov, avtonomijo, svobodno razpravo, racionalnost, vzajemnost, protislovja, policentrizem, medsebojno potrjevanje, potrebo po znanstvenem dokazovanju, izumljanje poti med hojo, heterostazo ter razlikovanje med dejstvi in ideali.

Ko bomo na nepredvidljivi poti sodelovanja nenadoma spoznali, da še vedno iščemo odgovor na vprašanje, katera paradigma znanstvenosti je primerna za psihoterapevtski poklic, in celo, kaj je znanost jutrišnjega dne in kako vemo, kar vemo, bo potrebna tudi skromnost ob spoznanju in priznanju velikanskega obsega naše nevednosti. Brez svobodomiselnosti, odkritosti, poguma in skromnosti tudi ne bomo sposobni dovolj odprtosti za nove oblike povezovanja in sodelovanja med psihoterapevtskimi šolami in preko njih ter med psihoterapijo kot samostojnim poklicem in drugimi poklici, ki se ukvarjajo z varovanjem duševnega zdravja. Psihoterapevti bi si morali prizadevati biti zgled vsem sorodnim poklicem, kako je mogoče sodelovati z uporabniki naših storitev in njihovimi združenji, pa tudi z vsemi tistimi, ki se zaradi vse večjih družbenih neenakosti in nepravilnosti soočajo s stiskami in pomanjkanjem podpore s strani javnih služb.

Pluralistični razvoj različnih disciplin na področju duševnega zdravja ne more temeljiti na biomedicinskem modelu. Psihoterapevti lahko pomembno prispevamo k razvoju novega, transdiagnostičnega in transteoretskega pristopa. To ne pomeni izkoreninjenja objektivizma, temveč njegovo umestitev v meta-teoretski okvir konstruktivistične/hermenevtične/kontekstualne paradigme. Naš skupni cilj pri tem ostaja jasen: razviti bolj raznolike, prožne, odgovorne, visoko stroškovno učinkovite, klientom in kontekstu prilagojene obravnave. Integracija na osnovi dialoškega pluralizma nam lahko pomaga doseči ta cilj in nas zbliža. Psihoterapevti sami lahko gredo hitreje, skupaj z uporabniki in drugimi strokovnjaki s področja duševnega zdravja pa lahko gredo veliko dlje!

## Slovenski psihoterapevti imamo sanje ...

## Viri

- Aktar, S. (2009). *Turning Points in Dynamic Psychotherapy: Initial Assessment, Boundaries, Money, Disruptions and Suicidal Crises*. Routledge.
- Bartuska, H., Buchsbaumer, M., Mehta, G., Pawlowsky, G., & Wiesnagrotzki (2008). *Psychotherapeutic Diagnostics: Guidelines for the New Standard*. Springer.
- Blazer, D. (2005). *The Age of Melancholy*. Routledge.
- Brückl, T. M., Spoomaker, V. I., Sämann, P. G., Brem, A. K., Henco, L., Czamara, D., Elbau, L., Grandi, N. C., Jollans, L., Kühnel, A., Leuchs, L., Pöhlchen, D., Schneider, M., Tontsch, A., Keck, M. E., Schilbach, L., Czisch, M., Lucae, S., Erhardt, A. in Binder, E. B. (2020). The biological classification of mental disorders (BeCOME) study: a protocol for an observational deep-phenotyping study for the identification of biological subtypes. *BMC psychiatry*, 20(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02541-z>
- Cohen, C. I. in Timimi, S. (2008). *Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health*. Cambridge University Press.
- Cooper, J. in Alfilie, H. (1998). *Assessment in Psychotherapy*. Karnac.
- Cooper, J. in Alfilie, H. (2011). *A guide to assessment for psychoanalytic psychotherapists*. Karnac.
- Corrigan, P. W. in Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community mental health journal*, 43(5), 439–458.
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An Overview. *World Psychiatry*, 18, 276–285.
- Cuthbert, B. N. (2015). Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17(1), 89–97. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/bcuthbert>
- Cuthbert, B. N. in Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- de Beurs, E., Blankers, M., Delespaul, P., van Duijn, E., Mulder, N., Nugter, A., Swildens, W., Tiemens, B. G., Theunissen, J., van Voorst, A. F. A. in van Weeghel, J. (2018). Treatment results for severe psychiatric illness: which method is best suited to denote the outcome of mental health care?. *BMC psychiatry*, 18(1), 225. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1798-4>
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E. in Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2. izd.). APA.
- Duncan, B. L., Sparks, J. A. in Timimi, S. (2017). Beyond Critique: The Partners for Change Outcome Management System as an Alternative Paradigm to Psychiatric Diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 7–29.
- Enache-Tonoiu, A. (2013). Psychiatry and Psychotherapy: A Troubled Relationship. *Europe's Journal of Psychology*, 9(4), 664–670. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i4.717>
- Fisher, A. J. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 825–836. doi:10.1037/ccp0000026
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Gelo, O. G. C., & Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. V A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter & B. Rieken (ur.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (str. 57–84). Pabst Science Publishers.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. in Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 155–163.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. in Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>

- Jennissen, S., Huber, J., Ehrental, J. C., Schauenburg, H. in Dinger, U. (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*, 175(10), 961–969. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17080847>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. APA.
- Ledford, H. (2013). Psychiatry framework seeks to reform diagnostic doctrine. *Nature* (2013). <https://doi.org/10.1038/nature.2013.12972>
- Ledford, C. J. W., Seehusen, D. A. in Crawford, P. F. (2021). Toward a model of shared meaningful diagnosis. *Patient education and counseling*, 104(1), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.016>
- Levtik, V. (2024). Čeprav sem polno kvalificiran, v našem zdravstvu ne bi mogel delati: Intervju z Alešem Živkovičem. *Zurnal24.si*, 31. 3. 2024. [https://www.zurnal24.si/zdravje/aktualno/ceprav-je-polno-kvalificiran-v-nasem-zdravstvu-ne-bi-mogel-delati-421640#google\\_vignette](https://www.zurnal24.si/zdravje/aktualno/ceprav-je-polno-kvalificiran-v-nasem-zdravstvu-ne-bi-mogel-delati-421640#google_vignette)
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C. in Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical psychology review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>
- Mace, C. (1995). *The Art and Science of Assessment in Psychotherapy*. Routledge.
- Maeschalck, C. L., Prescott, D. S. in Miller, S. D. (2019). Feedback informed treatment. V Norcross, J. C. in Goldfried, M. R. (ur.), *Handbook of psychotherapy integration* (str. 105–122). Oxford University Press.
- Makovec, T. (2019). *Medicina je padla na glavo*. Buča.
- Margison, F. in Brown, P. (2007). Assessment in psychotherapy. V J. Naismith in S. Grant (ur.), *Seminars in the Psychotherapies* (str. 1–17). Cambridge University Press.
- Marquis, A. (2007). *The Integral Intake: A Guide to Comprehensive Idiographic Assessment in Integral Psychotherapy*. Routledge.
- Meier, S. T. (2014). *Incorporating Progress Monitoring and Outcome Assessment into Counseling and Psychotherapy: A Primer*. Oxford University Press.
- Miller, S. D. (2012). *Feedback-informed clinical work: The basics*. International Center for Clinical Excellence. doi:10.1017/jsc.2012.19
- Miller, S. in Bargmann, S. (2011). Feedback-informed treatment (FIT): Improving the treatment of male clients one man at a time. V J. Ashfield, (ur.), *Doing psychotherapy with men: Practicing ethical psychotherapy and counselling with men* (str. 194–208). Australian Institute of Male Health and Studies.
- Miller, S. D. in Donahey, K. M. (2012). Feedback-informed treatment (FIT): Improving the outcome of sex therapy one person at a time. V P. J. Kleinplatz (ur.), *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives* (str. 195–211). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Miller, S. D. in Duncan, B. L. (2012). Paradigm Lost: From Model-Driven to Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work. *Journal of Systemic Therapies*, 19(1), 20–34.
- Narrow, W. E. in Kuhl, E. A. (2011). Dimensional approaches to psychiatric diagnosis in DSM-5. *The journal of mental health policy and economics*, 14(4), 197–200.
- Newirth, J. (2018). *From Sign to Symbol: Transformational Processes in Psychoanalysis, Psychotherapy, and Psychology*. Lexington Books.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. V B. Duncan, S. Miller, B. Wampold in M. Hubble (ur.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2. izd., str. 113–141). American Psychological Association.
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., van Rooij, M., Aas, B., Helmich, M. A., Schiepek, G. in Lichtwarck-Aschoff, A. (2020). Critical fluctuations as an early-warning signal for sudden gains and losses in patients receiving psychotherapy for mood disorders. *Clinical Psychological Science*, 8(1), 25–35.

- Piaget, J (1995). *Sociological Studies*. Routledge.
- Praper, P., Moškrič, B. in Matjan Štuhec, P. (2016). *Izbrani eseji in razvojne analitične psihoterapije skozi čas in trenutke srečanja*. Inštitut za klinično psihologijo in psihoterapijo.
- Prescott, D. S., Maeschalck, C. L. in Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. American Psychological Association.
- Priest, J. B. (2024). *Systemic Diagnosis: The Application of Family Systems Theory*. Routledge.
- Runswick-Cole, K., Mallett, R. in Timimi, S. (2016). *Re-Thinking Autism: Diagnosis, Identity and Equality*. Jessica Kingsley Publishers.
- Rus Makovec, M. in Trampuž, D. (2016). *Sistemska družinska terapija: Lepota radovednosti namesto moči nadzorovanja*. Inštitut za družinsko in sistemsko psihoterapijo Ljubljana, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Rustin, M. in Quagliata, E. (2000). *Assessment in Child Psychotherapy*. Karnac Books.
- Schiepek, G. (1999). *Die Grundlagen der Systemischen Therapie*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiepek, G. (2003). A dynamic systems approach to clinical case formulation. *Eur J Psychol Assess*, 19, 175–184.
- Schiepek, G. (2008). Psihoterapija kot z dokazi podprt proces upravljanja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(1-2), 7-32.
- Schiepek, G., Aichhorn, W., Gruber, M., Strunk, G., Bachler, E. in Aas, B. (2016). Real-Time Monitoring of Psychotherapeutic Process: Concept and Compliance. *Frontiers in Psychology*, 7, 604, 1-11.
- Schiepek, G. in Cremers, S. (2003). Ressourceorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. V H. Schemmel in J. Schaller (ur.), *Ressourcen: ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit* (str. 147-193). Dgvt-Verlag.
- Schiepek, G., Eckert, H., Aas, B., Wallot, S. in Wallot, A. (2015). *Integrative Psychotherapy: A Feedback Driven Dynamic Systems Approach*. Hogrefe.
- Schiepek, G., Ludwig-Becker, F., Helde, A., Jagdfeld, F., Petzold, E.R. in Kröger, F. (2005). Sinergetika za prakso. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi* (str. 25-33). Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Schiepek, G., Picht, A., Spreckelsen, C., Altmeyer, S. in Weihrauch, S. (2005). Računalniško podprta procesna diagnostika dinamičnih sistemov. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi* (str. 34-51). Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Schiepek, G. K., Stöger-Schmidinger, B., Aichhorn, W., Schöller, H. in Aas, B. (2016). Systemic Case Formulation, Individualized Process Monitoring, and State Dynamics in a Case of Dissociative Identity Disorder. *Frontiers in psychology*, 7, 1545.
- Schöller, H., Viol, K., Aichhorn, W., Hütt, M.-T. in Schiepek, G. (2018). Personality development in psychotherapy: A synergetic model of state-trait dynamics. *Cognitive Neurodynamics*, 12(5), 441–459.
- Schuckard, E. in Miller, S. D. (2016). *Results form RCT's and Meta-Analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback: The Available Evidence*. International Center for Clinical Excellence. <https://www.scottmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf>
- Schuckard, E., Miller, S. D. in Hubble, M. A. (2017). Feedback-informed treatment: Historical and empirical foundations. V D. S. Prescott, C. L. Maeschalck in S. D. Miller (ur.), *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence* (str. 13-35). American Psychological Association.
- Shorter, E. (2013). *How Everyone Became Depressed*. Oxford University Press.
- Shorter, E. (2021). *The Rise and Fall of the Age of Psychopharmacology*. Oxford Press.
- Sommerfeld, P. (2005). *Evidence-Based Social Work - Towards a New Professionalism?*. Peter Lang.
- Stein, D. J., Shoptaw, S. J., Vigo, D. V., Lund, C., Cuijpers, P., Bantjes, J., Sartorius, N. in Maj, M. (2022). Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(3), 393–414.

- The British Psychological Society. (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. DCP Position Statement. Division of Clinical Psychology. <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/06/DCP-classification-of-behavior-and-experience.pdf>
- Timimi, S. (2013). No More Psychiatric Labels: Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID). *Self & Society*, 40(4), 6–14.
- Timimi, S., Gardner, N. in McCabe, B. (2010). *The Myth of Autism: Medicalising Men's and Boys's Social and Emotional Competence*. Bloomsbury Academic.
- Timimi, S. in Leo, J. (2009). *Rethinking ADHD: From Brain to Culture*. Palgrave Macmillan.
- Truant G. S. (1998). Assessment of suitability for psychotherapy. I. Introduction and the assessment process. *American journal of psychotherapy*, 52(4), 397–411. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.4.397>
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta*. Ciceron. Watters, E. (2010). *Crazy Like US: The Globalization of the American Psyche*. Free Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije. (2024). *Sporočilo za medije: Odziv stroke na neresnične informacije v sklepu Državnega sveta*. <https://klinikna-psihologija.si/za-medije/>