Miran Možina, Franci Gerbec, Katja Knez Steinbuch, Irena Kosovel, Urška Kranjc Jakša, Robert Cvetek[1]

Nestrokovnost zavita v plašč strokovnosti: Demanti psihoterapevtov na ponavljajoče se zavajajoče izjave predstavnikov psihiatrov in kliničnih psihologov

Unprofessionalism wrapped in the cloak of professionalism: The psychotherapists' denial to repeated misleading statements by representatives of psychiatry and clinical psychology

Slovenija potrebuje ustrezno regulacijo področja psihoterapije in pri tem bi morale vse ključne stroke na področju varovanja duševnega zdravja konstruktivno sodelovati za skupno dobro uporabnikov. Žal smo namesto strokovnega dialoga, h kateremu smo vabili klinične psihologe in psihiatre, s strani njihovih predstavnikov priča nemogočim zahtevam, pa tudi poniževanju, manipuliranju in izkrivljanju dejstev. Z njimi kot tudi s kolegi iz drugih strok nočemo konflikta, saj verjamemo v moč sodelovanja med različnimi poklici za dobrobit ljudi v stiski. Ker pa nas označujejo za „nekvalificirane", „nestrokovne" in celo „nevarne", medtem ko sami vzpostavljajo oz. zagovarjajo sistem, ki je glede psihoterapije v nasprotju s svetovnimi trendi, strokovnimi standardi in raziskovalnimi dokazi, hkrati pa je očitno škodljiv z dolgimi čakalnimi vrstami, kvalitetno obravnavo le za izbrance ipd., smatramo za svojo dolžnost, da se odzovemo. V nadaljevanju bomo opisali njihove glavne strokovne manipulacije, izkrivljanja in zavajanja, ki se jih poslužujejo v javnih izjavah.

1 Prof. dr. Robert Cvetek, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, robert.cvetek@teof.uni-lj.si
Franci Gerbec, univ. dipl. prav, podpredsednik Zveze organizacij pacientov ter uporabnikov zdravstvenih in socialno varstvenih storitev Slovenije, franci.gerbec@zveza-pacientov.si
Katja Knez Steinbuch, družinska terapevtka, Inštitut Vita Bona, katja.knez.steinbuch@icloud.com
Irena Kosovel, univ. dipl. prav., psihoanalitična psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo, irena.kosovel@gmail.com
asist. dr. Urška Kranjc Jakša, univ. dipl. filozofinja, zakonska in družinska terapevtka stažistka, mediatorka, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ukranjcjaksa@gmail.com
Univ.-Prof. Dr. (Republika Avstrija) Miran Možina, dr. med., spec. psihiater in psihoterapevt, direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda, miranmozina.slo@gmail.com

Nekateri psihiatri in klinični psihologi se kot samooklicane avtoritete na področju psihoterapije skrivajo za masko strokovnosti in delujejo v nasprotju z lastnim etičnim kodeksom

Kot smo že pokazali, razen dveh članic Razširjenih strokovnih kolegijev za psihiatrijo, otroško psihiatrijo in klinično psihologijo, nihče ni strokovnjak na področju psihoterapije, kar kaže tudi javno dostopen seznam njihovih strokovnih in znanstvenih objav. Tako njihovi javni nagovori v smislu, "kot stroka opozarjamo", kažejo na to, da se postavljajo v položaj samooklicanih avtoritet. Vztrajno ponavljajo, da so psihiatri in klinični psihologi edini "strokovnjaki" na področju psihoterapije. Vendar za katerokoli stroko ni dovolj pompozno trkanje po prsih »strokovnosti«. Ključni kriterij prave strokovnosti je, da temelji na strokovnih dokazih, preverjenih standardih in etiki. Če pa je namesto tega glavni način nastopanja t.i. "predstavnikov stroke" strašenje javnosti z vsebinsko praznimi, kontradiktornimi, zastarelimi in zavajajočimi trditvami, gre zgolj za ščitenje lastnih cehovskih privilegijev.

Ljudje na splošno v zdravstvo zaupamo. Pogosto ne zato, ker bi si lahko sami izbrali, ampak ker nam drugega ne preostane. V najtežjih življenjskih trenutkih – ob bolezni, ob grožnji smrti – preprosto moramo zaupati zdravstvenim delavcem. Zato je toliko bolj problematično, če nekdo to zaupanje uporablja za nestrokovno, ideološko ali celo manipulativno delovanje. Stroka mora temeljiti na transparentnosti, preverljivih dejstvih in odprti razpravi, ne pa na samooklicani avtoriteti in izključevanju drugačnih mnenj. Če se trditve opira na zastarele dogme ali parcialne interese, namesto da bi sledili sodobnim znanstvenim spoznanjem in praksi, se izgubi kredibilnost in posledica je še večje nezaupanje v stroko.

Čeprav klinični psihologi in psihiatri – razen če so se na področju psihoterapije usposabljali na lastno pobudo – večinoma sploh ne izpolnjujejo osnovnih količinskih zahtev usposabljanja, ki jih uvaja predlog zakona, v javnosti zavajajoče in enostransko vse druge psihoterapevte označujejo kot „nestrokovne“, „škodljive“ in kot grožnjo zdravstvenemu sistemu. Za takšne trditve bi pričakovali vsaj kak resen dokaz, prikaz jasnih strokovnih argumentov, ne pa zgolj ponavljanje praznih besed in sklicevanj na formalne podrobnosti, ki za učinkovitost psihoterapije niso pomembne, kot bomo pokazali v nadaljevanju. V naših razpravah z njimi se je celo izkazalo, da mnogi sploh ne poznajo osnovnih značilnosti izobraževanj slovenskih psihoterapevtov.

Kodeks poklicne etike psihologov, temeljni dokument, h kateremu so formalno zavezani tudi klinični psihologi, že v prvem členu, kot moralni kompas stroke, navaja:

> „1.1 Psiholog spoštuje vse ljudi, s katerimi prihaja v poklicni odnos oziroma spoštuje dostojanstvo, osebnost, znanje, spoznanja, izkušnje in stroke vseh oseb, s katerimi prihaja v stik.“

Temeljno načelo je torej spoštovanje drugih strok, spoštovanje njihovega znanja in poklicne identitete. A ravno tisti, ki bi morali biti vzor etičnosti in poklicnega spoštovanja, danes vodijo javno gonjo proti psihoterapevtom, jih zaničujejo, smešijo in jim odrekajo poklicni status. Ko gre za ohranjanje oblasti, nadzora in poklicnega monopola, postane točka 1.1 očitno odveč.

Če bi psihoterapevti o psihologih govorili na enak način, kot danes nekateri psihologi in psihiatri govorijo o psihoterapevtih, bi bili že na naslovnicah kot grožnja stroki, varnosti pacientov, civilizacijskim normam itn. Ko pa se dogaja obratno, sledi tišina in vedno znova lastno samopoveličevanje. In še kakšen članek več o tem, kako bi psihoterapevtom, ki „ogrožajo zdravstvo“, morali zakonsko odvzeti psihoterapevtsko poklicno identiteto, predvsem pa jim preprečiti, da bi se pomagali ljudem z duševnimi motnjami.

Zavajanje z enostranskim in nestrokovnim prikazovanjem, da je psihoterapija le metoda dela psihiatrov in kliničnih psihologov

Po številnih domačih in mednarodnih opredelitvah, vključno z uradno ESCO klasifikacijo poklicev Evropske komisije, je psihoterapija samostojen poklic, ločen tako od psihologije kot psihiatrije. Psihoterapevt *ni ne* psiholog *ne* psihiater – razen če seveda posameznik združuje več vlog in izobraževanj. Gre za drugačno, specializirano usposobljenost, drugačno paradigmo in drugačen način dela z ljudmi. V strokovnem smislu je ta razlika jasno razvidna v vsebini izobraževanj, kompetencah in predvsem v naravi terapevtskega odnosa. Ali če citiramo ESCO, ki je edina klasifikacija poklicev na evropski ravni, ki naj bi jo države upoštevale pri svojih klasifikacijah, če pa jih še nimajo, pa kar prevzele:

> „Psihoterapevti ne potrebujejo univerzitetne izobrazbe iz psihologije ali medicine na področju psihiatrije. Gre za poklic, ki je ločen od psihologije, psihiatrije in svetovanja.“

In tu nastopi še en absurd, če ne že tragikomedija: najostrejše kritike na račun psihoterapevtov prihajajo iz vrst drugih poklicev, ki si prisvajajo pravico, da definirajo, kdo in kaj psihoterapevt sploh je. Kot bi inženirji strojniki odločno trdili, da elektroinženirji niso kompetentni, ker ne znajo variti. Psihologi in psihiatri, ki so sicer dragoceni člani interdisciplinarnih timov, glede osnovnega izhodišča, da je psihoterapija samostojen poklic, ne slišijo prav nobenega argumenta, čeprav so jih nekoč celo navajali sami.

Zato v še enem poskusu za razvijanje razumnega dialoga navajamo njihove lastne navedbe iz časov, ko še ni prevladal strah pred izgubo monopolnih pozicij. Tako sta se npr. psihiater Gorazd Mrevlje in klinični psiholog Peter Praper leta 1997 v članku z naslovom *Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje?*, zavzemala, da psihoterapija ni metoda, temveč samostojen poklic,

katerega temeljne strokovne in znanstvene predpostavke presegajo medicinski model.

Sodobnejši je članek psihiatrinje Maje Rus Makovec *Umestitev psihoterapije v psihiatrijo*, v katerem poudarja:

> „Psihoterapija je izhajala iz psihiatrije, presegla njene okvire in postala, kot pravijo, samostojna stroka. Paradoksno, tudi s pomočjo psihiatrov samih, se je začela oddaljevati naši stroki kot nekoč članica družine, sedaj pa je včasih tujka, s katero ne veš, kaj početi." (Rus Makovec, 2020, str. 12)

Ali pa zapisnik Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo z dne 5. 4. 2023, ko pod točko 2 piše, da se psihoterapijo lahko učinkovito uporablja „tudi izven psihiatrije in zdravstva nasploh" (str. 2, 5. odstavek).

Predstavnikom Združenja psihoterapevtov Slovenije, ki so v javnosti med najglasnejšimi zagovorniki psihoterapije kot metode zdravljenja, pa predlagamo, da si preberejo in še enkrat premislijo statut svojega združenja, v katerem piše:

> „Namen in cilji združenja so: - prizadevanje za razvoj in utrjevanje psihoterapije kot samostojne in znanstveno utemeljene stroke, oprte na interdisciplinarna teoretična in praktična znanstvena spoznanja".

In kako razumejo del statuta, v katerem piše, da so ustanovitelji združenja slovenski psihoterapevti iz vrst zdravnikov, psihologov *in drugih izobrazbenih profilov* (1. člen). Da ne govorimo o njihovem pravilniku o podeljevanju nazivov v psihoterapevtski dejavnosti (ki je dostopen na internetu, potrjen na skupščini leta 2005), v katerem jasno piše:

> „Kandidati za izobraževanje in usposabljanje v psihoterapiji (edukanti), ki niso diplomirali na medicinski ali filozofski fakulteti, so pa diplomirali na drugi fakulteti (predvsem humanistične, družboslovne ali zdravstvene usmeritve), morajo najprej doseči vstopni kriterij za edukacijo iz psihoterapije. Z izpitom morajo zaključiti uvodni seminar iz osnov psihoterapije v obsegu 238 ur predavanj in 12 ur izkustvene analize. Ta jim odpira možnost nadaljevati izobraževanje in usposabljanje na drugi in tretji stopnji, do izpolnitve v nadaljevanju predpisanih kriterijev za podelitev naziva psihoterapevt ter ostalih nazivov."

Tako so zapisali včasih, danes pa obnašajo, kot da o tem ne vedo prav nič. Pač pa smo priča jezi njihovih predstavnikov, ki nočejo sprejeti, da psihoterapija ni več samo metoda dela, ki jo slučajno tu in tam uporabijo, temveč samostojen poklic. In kar jih jezi še bolj – da si ljudje psihoterapevtsko pomoč želijo in jo cenijo ne glede na to, ali prihaja z medicinske ali psihološke fakultete ali ne.

Zavajanje z informacijami o zakonski ureditvi psihoterapije v tujini

Zanimivo je spremljati, kako se je spreminjala retorika nekaterih predstavnikov klinične psihologije in psihiatrije glede mednarodnih zgledov ureditve

psihoterapije. Sprva so kot idealni model izpostavljali skandinavske države, pri čemer so izrecno navajali:

> „Sledili smo poklicnim praksam skandinavskih držav (Švedska, Norveška, Finska)... Gre za model socialnih držav z najbolje urejenim sistemom zdravstvenega varstva... predstavlja najbolj racionalno, kakovostno in varno rešitev."

Vendar podrobnejši pregled razkriva, da so prav te države izjemno odprte glede predhodne izobrazbe psihoterapevtov.

Švedska je kot prva v Evropi psihoterapijo priznala kot samostojen poklic že leta 1985. Med letoma 1985 in 1999 je izdajanje licenc za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti v javnem zdravstvu urejal le Nacionalni svet za zdravje in socialno varstvo. Kasneje se je nadzoru pridružila še švedska nacionalna agencija za visoko šolstvo. Nacionalni svet preverja le končno usposobljenost kandidatov, medtem ko je Nacionalna agencija uvedla veliko strožji nadzor nad določenimi stopnjami izobraževanja in usposabljanja (Grebo in Elmquist, 2002).

Izobraževanje je zakonsko regulirano v treh stopnjah (Johansson in Fahlke, 2019):

- Prva stopnja je osnovni triletni program, ki je na voljo kandidatom, ki so končali srednjo šolo in se konča z diplomo prve stopnje bolonjskega sistema. Poleg teorije in osebne izkušnje lahko kandidat na tej stopnji izvaja psihoterapijo pod supervizijo. Večina jih dela v bolnišnicah ali zavodih za bolnike s posebnimi potrebami.

  Ta stopnja je tudi vključena v program usposabljanja za psihologa, vendar se nanj na univerzi ali v zasebni ustanovi lahko prijavijo tudi drugi poklici, kot so zdravniki, vedenjski znanstveniki, medicinske sestre, duhovniki in socialni delavci. Običajno se programi osredotočajo na določen psihoterapevtski pristop, kot sta KVT ali psihodinamska terapija.

  Švedski Nacionalni svet za zdravje in socialno varstvo je v okviru specialističnega usposabljanja zdravnikov od leta 2013 naprej zanje uvedel posebno osnovno psihoterapevtsko usposabljanje. Program se osredotoča predvsem na posredovanje znanstvenega teoretičnega znanja in razumevanja psihoterapevtskih pristopov, kot so kognitivno-vedenjska terapija (KVT), kognitivna terapija, psihodinamska in družinska terapija. Zajema tudi psihoterapevtske metode za zdravljenje psihičnih stisk, tako da izboljšajo svoje spretnosti in se naučijo razločevati indikacije za psihoterapijo, psihofarmakoterapijo in druge metode zdravljenja.
- Druga stopnja je specializirano psihoterapevtsko usposabljanje. Vanjo lahko neposredno vstopijo psihiatri in psihologi. Specialisti drugih poklicev, npr. socialni delavci, zobozdravniki, splošni zdravniki, medicinske sestre, teologi itd., morajo pred tem opraviti prvo stopnjo. Najnižja vstopna starost ni določena.

Specialistično izobraževanje traja najmanj tri leta z najmanj 2.000 urami, večina kandidatov pa ga zaključi v petih letih in je sestavljeno iz teorije, psihoterapevtske prakse pod supervizijo in osebne izkušnje. Konča se z diplomo, ki kandidatom omogoča, da zaprosijo za licenco. Le nekaj zasebnih inštitutov je dobilo akreditacijo za izvajanje druge stopnje, saj so zanjo potrebni učitelji z znanstvenimi nazivi.

- Na tretji stopnji lahko psihoterapevt pridobi naziv supervizor. Usposabljanje običajno traja eno leto in pol, kot izredni študij, in je sestavljeno iz kombinacije teoretičnega študija in supervidirane supervizije.

Na Finskem so programi psihoterapevtskega usposabljanja primerljivi z izpopolnjevanjem zdravstvenih delavcev. Na voljo je le kandidatom, ki so zaključili (Seikkula, 2011):

(1) ustrezen magistrski študij na univerzi ali ustrezno kvalifikacijo na področju zdravstvenih in socialnih storitev na univerzi uporabnih znanosti; diploma mora vključevati 30 kreditnih točk študija psihologije ali psihiatrije ali pa mora kandidat te vsebine opraviti kako drugače;

(2) študij zdravstvene nege po končani srednji šoli ter specializacijo iz psihiatrije, če študij zdravstvene nege ni vključeval psihiatričnih vsebin.

Kandidati za programe morajo imeti izkušnje pri delu z uporabniki na področju duševnega zdravja ali ustrezne izkušnje (dve leti ali več) ter ustrezno predhodno izobrazbo na področju zdravstva ali socialnega varstva. To pomeni, da je psihoterapevtsko usposabljanje običajno večpoklicno, tako da lahko poleg zdravnikov in psihologov vključuje tudi medicinske sestre, socialne delavce, teologe, specialne pedagoge ali učitelje.

Od začetka leta 2012 so psihoterapevtsko izobraževanje z zakonom omejili le na univerze. Tudi psihološke oz. psihiatrične ustanove lahko izobražujejo le, če so povezane z univerzami. Izobraževanje mora obsegati najmanj 60 do 80 kreditnih točk, razdeljenih med teoretični študij, psihoterapevtsko prakso pod supervizijo, osebno izkušnjo, zaključno pisno projektno delo in zaključni izpit. Doslej so se univerzitetni programi psihoterapije večinoma izvajali v sodelovanju z zunanjimi inštituti ali drugimi organizacijami s strokovnim znanjem na področju specifičnega psihoterapevtskega pristopa. Trenutno je cilj vladne politike na področju duševnega zdravja uvesti dvostopenjski načrt psihoterapevtskega usposabljanja, pri čemer bo usposabljanje na nižji stopnji brezplačno. V prvih desetih letih je univerzitetno psihoterapevtsko izobraževanje zaključilo okoli 1300 terapevtov, kar je nekoliko manj kot v obdobju, ko so za usposabljanje skrbeli zasebni inštituti (Lindfors, 2024).

Na Norveškem naziv „psihoterapevt" ni zakonsko zaščiten. Psihoterapijo lahko študirajo osebe z različnim poklicnim ozadjem, priznani pa so številni pristopi.

Večina psihoterapije se sicer izvaja izven zdravstvenega sistema. Psihologi in psihiatri zagotavljajo pomemben del psihoterapevtskih storitev, poleg psihiatričnih medicinskih sester in socialnih delavcev, ki prav tako izvajajo psihoterapijo in svetovanje v okviru sistema duševnega zdravja in socialnega varstva. Psihologi z licenco in statusom specialista opravljajo psihoterapijo v zasebni praksi v okviru sistema, ki ga ureja država in jim delno povrne stroške. Tudi licencirani psihologi brez statusa specialista in terapevti, usposobljeni v zasebnih ustanovah za usposabljanje (npr. gestalt terapija, psihodrama), izvajajo del psihoterapije, vendar zunaj sistema povračila stroškov (Rønnestad, 2006).

Čeprav je bil v sistemu javnega zdravstva medicinski poklic tradicionalno na vrhu hierarhije moči, se to postopoma spreminja, saj so člani drugih poklicev prevzeli upravno vodenje zdravstvenih ustanov, psihologi pa so lahko strokovni vodje ustanov za duševno zdravje otrok in mladostnikov. Kar zadeva družbeno priznanje, ima poklic psihologa že desetletja močan položaj pri izvajanju individualne psihoterapije. Povsem običajno je, da psihologi v svoji individualni psihoterapevtski praksi supervidirajo pripadnike drugih poklicev. Druge oblike psihoterapije, kot so skupinska psihoterapija, družinska terapija in terapija parov, izvajajo pripadniki različnih poklicev. Inštitut za skupinsko analizo že več kot 20 let pomembno prispeva k usposabljanju skupinskih psihoterapevtov.

Načeloma ni razlik med poklicema psihologije in medicine, ko gre za pravice do povračila stroškov za psihoterapijo. Ker pa je Norveško zdravniško združenje močnejše od Norveškega psihološkega združenja, je prvo izpogajalo boljše ekonomske pogodbe med svojimi člani in državo. Splošna slika pa je, da je med poklici več sodelovanja kot konfliktov.

Čeprav neodvisni poklic psihoterapevta ni zakonsko urejen, je bilo leta 1998 ustanovljeno Norveško združenje za psihoterapijo (Norsk forbund for Psykoterapi - NFP) (NFP, 2024). Gre za prostovoljno krovno organizacijo norveških psihoterapevtskih združenj in inštitutov, ki izpolnjujejo zahteve kakovosti Evropske zveze za psihoterapijo (EAP). NFP torej nima neposrednih individualnih članov, temveč le ustanove ali organizacije, prek katerih združuje več kot 500 psihoterapevtov.

Za sprejem v program, ki ga priznava NFP, mora izobraževalna ustanova izpolnjevati minimalne standarde NFP ali EAP. Ti standardi veljajo tudi za člane psihoterapevtskih združenj. Pod okriljem NFP trenutno delujejo tri izobraževalne ustanove in šest izvajalskih organizacij, ki pokrivajo naslednje psihoterapevtske pristope: gestalt terapijo, umetnostno in ekspresivno terapijo, psihodramo, psihosintezo, analitično (jungovsko) terapijo in integrativno terapijo.

Večino usposabljanj za psihoterapijo opravljajo zasebne ustanove, od katerih se nekatere delno financirajo iz javnih sredstev in od udeležencev zahtevajo osnovno usposabljanje na področju medicine, psihologije, zdravstvene nege ali socialnega dela.

Glavne ustanove za usposabljanje so: Institutt for psykoterapi, Psykoanalytisk institutt, Institutt for Aktiv Psykoterapi, Institutt for Gruppeanalyse, Norsk Karakteranalytisk Institutt. Nekateri javni zavodi za duševno zdravje zgoraj navedenim kandidatom ponujajo triletne štipendije za podiplomsko usposabljanje. Za otroke in mladostnike regionalni centri za duševno zdravje nudijo tako psihoterapevtske storitve kot psihoterapevtsko usposabljanje. Usposabljanja se običajno lahko udeležijo licencirani strokovnjaki za duševno zdravje in socialni delavci. Poleg tega obstajajo nekatere zasebne ustanove za usposabljanje, ki ne zahtevajo predhodnega strokovnega usposabljanja. Te ustanove ne prejemajo javnih sredstev.

Poklic psihoterapevta ni eden od zdravstvenih poklicev, za katere velja poseben Zakon o zdravstvenih poklicih (Lov om helsepersonell) (Lovdata, 2023), ki določa zahteve za opravljanje zdravstvenih poklicev, vključno z dolžnostmi glede zaupnosti, poročanja in dokumentiranja ter zagotavljanja takojšnje pomoči. Zakon ureja tudi pogoje za pridobitev licence ali specializacije, s tem povezane obveznosti in razloge za odvzem licence. Vsi, ki imajo dovoljenje ali licenco v skladu z zakonom o zdravstvenem osebju, so vpisani v register zdravstvenih delavcev pri Nacionalnem svetu za zdravje (Helsedirektoratet), specializiranem upravnem organu v okviru Ministrstva za zdravje in socialno varstvo ter Ministrstva za delo in socialno vključenost. Poklici, vpisani v register, vključujejo poklic psihologa (psycologist), ne pa tudi poklica psihoterapevta. V register se lahko vpišejo tudi tisti, ki so se izobraževali v drugih državah Evropske unije (Helsedirektoratet, 2024).

Večina psihoterapevtskih storitev se izvaja zunaj sistema zdravstvenega varstva. Za psihoterapevte veljajo določbe Zakona o alternativnem zdravljenju (Lov om alternativ behandling av sykdom mv), ki vsebuje pravila o alternativnem zdravljenju bolezni in je namenjen zagotavljanju varnosti pacientov, ki iščejo ali prejemajo alternativno zdravljenje (Lovdata, 2003). Zakon vsebuje tudi pravila o zaupnosti, uporabi nazivov pri alternativnem zdravljenju in trženju itd. Za namerno ali iz hude malomarnosti storjeno kršitev zakona je zagrožena denarna kazen ali zaporna kazen do treh mesecev. V posebno oteževalnih okoliščinah se lahko kazen zviša na zaporno kazen do dveh let.

Očitno je, da „skandinavski model", ki so ga predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov sprva zagovarjali kot idealen, v resnici podpira širok pristop k psihoterapevtski izobrazbi – ravno nasprotno od njihovih trditev. Ko smo te podatke posredovali javnosti in ministrstvu za zdravje, so skandinavske države nenadoma izginile iz njihovih primerjav in argumentov.

Naj še omenimo, da je **Hrvaška** z novim zakonom iz leta 2018 omogočila dostop do psihoterapevtske izobrazbe diplomantom druge stopnje na področjih temeljne medicinske znanosti, klinične medicinske znanosti, javnega zdravja, psihologije, socialnega dela, izobraževalno-rehabilitacijskih znanosti, pedagogike

in logopedije; za svetovalnega terapevta pa tudi diplomantom prve stopnje z dodatnim propedevtičnim programom.

Avstrija, je z eno najnaprednejših ureditev psihoterapije v Evropi, od leta 1991 do reforme leta 2024, omogočala dostop do poklica psihoterapevta tudi diplomantom filozofije, teologije, publicistike, komunikologije in drugih smeri. Čeprav Avstrija zdaj prehaja na model akademizacije psihoterapije, ohranja širok dostop do poklica z dolgim prehodnim obdobjem (do leta 2038).

Zavajanje z enostransko, zastarelo in nestrokovno definicijo psihoterapije

Posebej izstopajoč element v mnenju predstavnikov kliničnih psihologov in psihiatrov je njihovo vztrajno ponavljanje zastarele opredelitve psihoterapije kot „metode zdravljenja duševnih bolezni". Ta „mantra" naj bi s pomočjo ponavljanja postala resnična, ne glede na prevladujoče sodobne opredelitve stroke.

Problem je, da tako ozko definicijo psihoterapije, kot jo zagovarjajo, najdemo le še v kakšnem Slovarju slovenskega knjižnega jezika, kjer je zapisani že 30 let in nikakor ne more biti strokovna referenca. Ministrstvo za zdravje je v procesu oblikovanja besedila zakona izrecno pozvalo strokovne organizacije, da bi predstavili reference za svoje opredelitve psihoterapije. Ta opredelitev je namreč v ostrem nasprotju s prevladujočimi definicijami psihoterapije, ki jih uporabljajo vodilne organizacije na tem področju. Kdor se vsaj malo spozna na področje psihoterapije, se zaveda pomena organizacij, kot so Ameriško psihološko združenje (American Psychological Association), Evropska federacija združenj psihologov (European Federation of Psychologists' Associations), Evropska zveza za psihoterapijo (European Association for Psychotherapy) in celo Ameriško psihiatrično združenje (American Psychiatric Association), ki psihoterapijo opredeljujejo veliko širše. Te definicije povsem jasno kažejo, da psihoterapija ni omejena zgolj na zdravljenje duševnih bolezni oz. motenj, temveč vključuje tudi izboljšanje kakovosti življenja, spodbujanje osebnostne rasti, pomoč pri življenjskih izzivih, preventivno delovanje itd.

Poglejmo nekaj najpomembnejših mednarodnih definicij psihoterapije:

American Psychological Association:

https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy:

Psihoterapija (individualna, skupinska in za pare/družinska) je praksa, ki je zasnovana na različne načine za zagotavljanje lajšanja simptomov in sprememb osebnosti, zmanjšanje bodočih simptomatskih epizod, izboljšanje kakovosti življenja, spodbujanje prilagodljivega delovanja pri delu/šoli in v odnosih, povečanje verjetnosti za zdrave življenjske izbire in nudenje drugih koristi, ki jih določi sodelovanje med stranko/pacientom in psihologom.

European Federation of Psychologists' Associations:

EFPA: https://www.efpa.eu/efpa-statement-psychologists-practicing-psychotherapy:

Psihoterapija je namerna uporaba kliničnih metod in medosebnih drž, izpeljanih iz uveljavljenih psiholoških načel, z namenom pomoči ljudem pri spreminjanju njihovega vedenja, misli, čustev in/ali drugih osebnih značilnosti v smeri, ki jo udeleženci štejejo za zaželeno (Norcross, 1990, str. 218-220).

American Psychiatric Association:

https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy:

Psihoterapija je vrsta obravnave, ki lahko pomaga posameznikom, ki se soočajo z različnimi duševnimi zdravstvenimi stanji in čustvenimi izzivi. Psihoterapija ne pomaga le pri lajšanju simptomov, ampak lahko določene vrste psihoterapij pomagajo tudi pri identifikaciji psiholoških korenin vzrokov posameznikovega stanja, tako da lahko oseba bolje deluje in doseže izboljšano čustveno blagostanje in zdravje.

European Association for Psychotherapy:

https://www.europsyche.org/about-eap/documents-activities/definition-of-the-profession-of-psychotherapy/:

Praksa psihoterapije je celovita, zavestna in načrtovana obravnava psihosocialnih, psihosomatskih in vedenjskih motenj ali stanj trpljenja z znanstvenimi psihoterapevtskimi metodami, preko interakcije med eno ali več osebami, ki se obravnavajo, in eno ali več psihoterapevti, z namenom lajšanja motečih odnosov do sprememb in spodbujanja zorenja, razvoja in zdravja obravnavane osebe.

National Institute of Mental Health ZDA:

https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies:

Psihoterapija (včasih imenovana tudi terapija s pogovorom) se nanaša na različne vrste obravnav, ki so namenjene pomoči osebi pri prepoznavanju in spreminjanju motečih čustev, misli in vedenj.

Kot zanimivost naj omenimo sodbo Evropskega sodišča za človekove pravice (A.V. zoper Slovenijo, 9.4.2019), ki je obsodilo Slovenijo zaradi kršenja 8. člena Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ker sodišče ni odredilo družinske terapije (ki spada med najpomembnejše psihoterapevtske pristope na svetu) z namenom vzpostavljanja oz. urejanja stikov med otroci in starši po ločitvi (točka 89) – tak namen pa nikakor ne moremo opredeliti kot zdravljenje psihičnih bolezni in motenj.

Psihoterapija se uporablja tudi za preventivne namene, kar potrjuje baza Cochrane, na katero se sklicujejo tudi klinični psihologi. Ta opisuje uporabo psihoterapevtskih pristopov za preprečevanje številnih stanj, npr. za preprečevanje PTSM pri otrocih in mladostnikih izpostavljenih travmi, migrene pri odraslih, ponovitve depresivne motnje, poporodne depresije in depresije pri otrocih in mladostnikih.

Vztrajanje predstavnikov kliničnih psihologov in psihiatrov pri zastareli opredelitvi ne kaže le na nepripravljenost za sprejem sodobnih strokovnih spoznanj in konsenza, ampak tudi na zaskrbljujoče pomanjkanje refleksije o razvoju psihoterapevtske stroke. S tem ne omejujejo le potenciala psihoterapije kot širše discipline za podporo duševnemu zdravju in blagostanju, ampak tudi potencialno škodujejo javnemu razumevanju in dostopnosti psihoterapevtskih storitev. Njihovo ponavljanje zastarele opredelitve deluje kot poskus ohranjanja monopola nad področjem, ki se v sodobnem razumevanju razteza daleč preko meja tradicionalnega medicinskega modela duševnega zdravja. Skoraj ironično je, da hkrati vse oblike psihoterapevtske pomoči, ki ne ustrezajo njihovi omejeni definiciji, ponižujoče označujejo kot „svetovanje" ali „psihopraktiko", ter jih celo uvrščajo med zdravilstvo v smislu, da nimajo strokovne in znanstvene osnove. Ta protislovni pristop nas postavlja pred perečo dilemo: ali bomo pri poimenovanju in urejanju sledili mednarodno priznanim, širšim razumevanjem psihoterapije, ki služijo potrebam celotne populacije, ali pa bomo podlegli iznajdbam peščice slovenskih strokovnjakov, ki si očitno prizadevajo priboriti „vrtiček" samo zase za vsako ceno, tudi za ceno omejevanja dostopnosti in kakovosti podpore duševnemu zdravju v naši družbi.

Zavajanje glede težnje po monopolu: Ali res psihoterapevti ogrožajo zdravstvo ali pa psihiatre in klinične psihologe ogroža izguba monopola?

Predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov trdijo, da ne zahtevajo monopola. V eni od takih izjav ta trditev pade že ob naslednjem stavku, ko isto dejavnost razdelijo na *„psihoterapijo v zdravstvu"* (rezervirano zanje) in *„svetovanje zunaj zdravstva"* (za vse ostale). To ni argument, temveč tipična retorika za ohranjanje monopola.

Ob njihovih različnih in pogosto nasprotujočih si izjavah je včasih težko razbrati, za kaj točno se zavzemajo. Včasih pravijo, da je za psihoterapijo nujno diagnostično znanje, ki ga imajo le oni. Potem pa spet nekateri namigujejo, da bi v psihoterapijo lahko vključili tudi medicinske sestre, socialne delavce, celo nekatere pedagoge – kar je zanimivo, saj mnogi izmed njih nimajo zdravstvene izobrazbe. In tukaj postane njihova logika precej zapletena – kako naj nekdo prepričljivo zagovarja, da sta socialni delavec ali medicinska sestra bolj primerna za psihoterapijo kot nekdo, ki ima akademsko izobrazbo specifično iz psihoterapije?

A v nekaterih izjavah vendarle postane jasno: oni bi se imenovali psihoterapevti, vsi drugi pa bi – po njihovo – smeli zgolj »svetovati«. V tej logiki bi lahko rekli: zdravnik je tisti, ki nosi belo haljo, vsi ostali v zdravstvenem sistemu pa naj se imenujejo „simpatizerji zdravja". Tudi če imajo več praktičnih izkušenj specifično na področju psihoterapije in tudi če imajo formalno izobrazbo iz psihoterapije.

Nasprotniki zakona so ujeti v lastno protislovje: po eni strani vztrajajo, da psihoterapija sodi izključno v zdravstvo (kar jim omogoča monopol), po drugi strani pa izobraževanja iz psihoterapije (npr. magistrsko) ne opredeljujejo kot zdravstveno področje. Paradoksalno je, da uradno veljavna KLASIUS-P-16 klasifikacija, ki jo vsi izobraževalni programi v Sloveniji morajo upoštevati, psihoterapijo že zdaj umešča pod družboslovje (šifra 0313 - Psihologija), ne pod zdravstvo. Če bi dosledno sledili tej uradni klasifikaciji, bi morali priznati, da psihoterapija po naravi ni primarno medicinska, temveč psihološko-družboslovna disciplina.

Slovenija nujno potrebuje sodobno regulacijo psihoterapije, ki bo temeljila na dokazih, interdisciplinarnosti in javni dostopnosti. Ne pa na retoričnih obratih, s katerimi si nekateri želijo rezervirati besedo *»psihoterapija«* izključno zase, vse druge pa degradirati v *»svetovalce«* – ne glede na dejanske kvalifikacije.

Zavajanje, da je za učinkovito psihoterapijo potrebna predhodna medicinska izobrazba

Že zgoraj smo omenili, da ESCO klasifikacija poklicev Evropske komisije jasno opredeljuje, da za psihoterapevtski poklic ni potrebna predhodna psihološka ali medicinska izobrazba na področju psihiatrije. Omejevanje dostopa do določenega poklica z argumenti, ki nimajo jasne znanstveno-raziskovalne osnove ali dokazov, ampak jih lahko štejemo vsaj kot strokovno vprašljive, niso v skladu z načelom strokovnosti, nediskriminacije, enake obravnave, sorazmernosti ter raznimi slovenskimi in mednarodnimi pravnimi zahtevami. Zato jih zakon o psihoterapiji ne bi smel implementirati.

Raziskav, ki bi prepričljivo pokazale, da bi naj bila psihoterapija določenih poklicnih profilov bolj uspešna kot psihoterapija nekaterih drugih poklicnih profilov, nismo našli. Je pa precej študij, ki kažejo, da ni pomembnih razlik med psihoterapevti z različnim poklicnim ozadjem oz. da imajo terapevtove značilnosti oz. osebne kvalitete veliko večji učinek na terapevtski proces in rezultate, kot pa terapevtovo profesionalno (poklicno) ozadje (npr. Orlinsky, 2009). Wampold (2016; Wampold in Imel, 2015) na osnovi meta analitičnih študij navaja, da je med faktorji, ki *niso* povezani z uspešnostjo terapije (ali so šibko povezani) starost, spol, stopnja skladnosti s terapevtskim protokolom, izkušnje, samoporočane socialne veščine, terapevtove ocene svoje uspešnosti in profesionalno (poklicno) ozadje.

Navajamo raziskave in avtorje, kjer smo našli, da obravnavajo to vprašanje:

- Chow idr. (2015): „Značilnosti terapevtov (npr. leta izkušenj, spol, starost, poklic, izobrazba, obseg dela, ...) niso bistveno napovedovale rezultatov, o katerih so poročale stranke."
- Wampold in Brown (2005): „Starost, spol in diagnoza pacienta kot tudi starost, spol, izkušnje in strokovna stopnja (ali vrsta licence) terapevta so pojasnili le malo variabilnosti v rezultatih psihoterapije med terapevti."

- Barkham idr. (2021): Pregled raziskav o značilnostih profesionalne prakse: terapevtov poklic (psiholog, svetovalec, socialni delavec, psihiater), obseg prejete supervizije, in število primerov, ki jih je imel terapevt. Nobena od teh terapevtovih značilnosti ni napovedovala uspešnosti terapevta.
- Kraus idr. (2016): Pri primerjavi stopenj učinkovitosti glede na vrsto licence psihoterapevta in leta izkušenj niso bile ugotovljene pomembne razlike po uporabi Bonferronijevega popravka.
- Henry idr. (1971): Izvedli so veliko raziskavo v 1960-ih med psihologi, psihiatri, socialnimi delavci in psihoanalitiki v ZDA ... ugotovili so, da so bile podobnosti med temi štirimi vrstami psihoterapevtov v njihovi študiji veliko večje kot katera koli od razlik.
- Heinonen in Nissen-Lie (2020): „Pretekle recenzije so zaključile, da so objektivne značilnosti terapevtov - kot so poklic, spol ali kompetence in doslednost pri upoštevanju terapevtskega priročnika - omejene vrednosti in ne razlikujejo dosledno med bolj in manj učinkovitimi terapevti..."
- Karlinska-Nehrebecka idr. (2012): „Predpostavka, da so psihologi, zdravniki in pedagogi bolj učinkoviti in kompetentni od psihoterapevtov, ki so končali druge humanistične ali naravoslovne študije, se ni potrdila. Tako ni bila odkrita nobena empirična utemeljitev za privilegiranje psihologov, zdravnikov in specialistov pedagogike pri zagotavljanju dostopa do strokovnega psihoterapevtskega usposabljanja."

Naj navedemo še poročilo Converge International (2020). V njem so primerjali učinke, pritožbe in zadovoljstvo preko 5,000 uporabnikov v svetovalnem programu, v katerem so izvajali psihoterapevtske intervencije s kratkotrajno k rešitvi usmerjeno psihoterapijo (svetovanje in svetovalec imata pri njih drugačen pomen kot pri nas). Primerjali so psihologe, socialne delavce in druge. V raziskavi so se drugi (svetovalci) izkazali bolje kot psihologi, z manj pritožbami, boljšim vzpostavljanjem odnosa ter razumevanjem in pomoči pri težavah. V splošnem so psihologi dosegli nižje rezultate v vseh testiranih kategorijah in metrikah, medtem ko so se ostali (svetovalci) izkazali najbolje.

Nadalje je nelogično in nesmiselno za psihoterapevta zahtevati celotno medicinsko predizobrazbo. Podobno kot za zdravnike ne zahtevamo predhodnega celotnega študija biologije, češ da bi jim to koristilo. Nenazadnje medicinske izobrazbe nimajo niti klinični psihologi, ki pred specializacijo iz klinične psihologije študirajo psihologijo. Prav tako ni logično, da bi za zdravnike oz. psihiatre zahtevali celotno psihološko izobrazbo (organizacijska psihologija, pedagoška psihologija, eksperimentalna psihologija itd.).

Tudi ni smiselnega razloga, zakaj bi bila npr. ustrezna izobrazba medicinske sestre, ne pa psihoterapevta. Ni jasno, zakaj so v zdravstvu (po nekaterih navedbah kliničnih psihologov in psihiatrov pa celo za psihoterapijo) ustrezni socialni delavec,

specialni pedagog, defektolog, ne pa psihoterapevt. Namreč tudi njihova izobrazba ni zdravstvena. Pozabljajo tudi, da so številni sedanji „zdravstveni poklici" nekoč bili zunaj zdravstva in so z razvojem postali del tega sistema. Psihologi, socialni delavci, logopedi, specialni pedagogi in nenazadnje tudi klinični psihologi so vsi enkrat vstopili v zdravstveni sistem ter dobili status zdravstvenih strokovnjakov.

Trditev o „izrinjanju stroke, ki je za psihoterapijo najbolj usposobljena", nasprotuje znanstvenim dokazom. Raziskave kažejo, da osnovna izobrazba ni napovednik terapevtske učinkovitosti. Zakon predvideva obsežno izobraževanje s področja *psihoterapije* ne pa iz področij psihologije in psihiatrije, ki niso pomembne za psihoterapijo, kar je popolnoma logično.

Zahteve po izobrazbenih vsebinah, nepovezanih s psihoterapijo, predstavlja neracionalno razporejanje družbenih virov, saj po nepotrebnem porablja čas, denar in človeške zmogljivosti za izobraževanje, ne da bi dokazano prispevala h kakovosti psihoterapevtskih storitev. Dober gospodar, kot bi država morala biti, bo smiselno izkoristil vse resurse v neki družbi – le ti so namreč omejeni. Argument o dosedanji „investiciji v kadre" je ekonomski in ne strokovni argument, pa še ta je nesmiseln. Če bi sledili tej logiki, bi morali ohraniti vsakršno neučinkovito prakso, v katero je država enkrat investirala, ne glede na dokaze o boljših alternativah. To je klasična napaka potopljenih stroškov.

Pa tudi njihova dihotomija med „zdravljenjem" in „nezdravljenjem", kot jo izpostavljajo v nekaterih izjavah, je umetna in vsebinsko prazna. Ali to pomeni, da ko psihoterapevt pomaga nekomu obvladati anksioznost ali depresivnost, to ni „zdravljenje"? Ta ločnica je absurdna in služi le omejevanju pristopa do pomoči ljudem v stiski.

Trditev o „ogrožanju bolnikov" ni podprta z nobenim dokazom in je klasičen primer strašenja. V državah, kjer psihoterapija ni omejena na zdravstvene strokovnjake, ni dokazov o večjem tveganju za paciente - nasprotno, dostopnost kakovostne pomoči se je povečala, psihoterapija pa pomembno razvila. Zanimivo je, da je RSK za klinično psihologijo 4. 12. 2020, ko so osporavali celo psihologom, ki so bili usposobljeni na področju psihoterapije, navedel:

„V Centrih za duševno zdravje izvajajo psihoterapijo brez nadzora specialista diplomirani psihologi/magistri psihologije, ki nimajo ustreznega specialističnega znanja klinične psihologije. ... Člani RSK bomo pričeli z zbiranjem kliničnih primerov slabe prakse ter jih predstavili odgovornim na ZZZS, saj ne drži, da se na ta način izboljšuje dostopnost hudo deficitarne oblike zdravljenja."

Ne trdimo, da se napake ne dogajajo – tako kot pri kliničnih psihologih in psihiatrih tudi pri psihoterapevtih. Pomenljivo pa je, da od leta 2020 do danes, kljub izrecni najavi „zbiranja kliničnih primerov slabe prakse", v javnosti nismo zasledili predstavitve teh primerov. Klinični psihologi, ki bi zelo verjetno izkoristili

vsak primer strokovne napake psihoterapevtov za medijsko podporo svojim argumentom, so ostali presenetljivo tiho. Edini primer, ki se je po nam dostopnih informacijah pojavil v medijih, je bil primer domnevno spornega družinskega terapevta, za katerega se je kasneje izkazalo, da sploh ni resničen. Odsotnost konkretnih primerov slabe prakse po štirih letih „zbiranja" govori sama zase - če bi resnično obstajalo veliko tveganje za paciente, bi imeli pred seboj celo zbirko dokazov, ne pa zgolj retoričnih groženj in posplošenih strahov.

Prikrivanja in netočnosti glede izobrazb kliničnih psihologov in psihiatrov na področju psihoterapije

Specializacija iz klinične psihologije, ki jo ne izvaja Medicinska fakulteta, ampak je prenešena na Zbornico kliničnih psihologov – ki pravno gledano sploh ni zbornica kot organ z javnimi pooblastili na osnovi zakona, temveč zgolj društvo – temelji na odredbi Ministrstva za zdravje iz leta 2013. V njej piše:

> „Specializant se vključi v izobraževanje ene od psihoterapevtskih smeri, ki jo priznava kliničnopsihološka stroka, in se do specialističnega izpita usposobi za samostojno delo pod supervizijo."

Bistvo je v tem, da obseg tega t. i. psihoterapevtskega usposabljanja, kot ga sami določajo, pomeni zgolj osnovno stopnjo, preden se začne psihoterapevtska praksa pod supervizijo. Število ur (samo nekaj čez 200 ur), ki jih specializant dejansko prejme iz izbranega pristopa, je razvidno iz njihove lastne spletne strani. To je precej pod standardi, ki jih uvaja predlagani zakon (1930 ur), in še veliko bolj pod ravnjo, kot jo določajo na primer akreditirani javnoveljavni programi na fakulteti s področja psihoterapije (Univerza v Ljubljani Teološka fakulteta). Njihova trditev o „psihoterapevtih z nekaj sto urami teoretičnega izobraževanja" je tako ne samo napačna, ampak tudi skrajno ironična, saj prav oni sami zagovarjajo sistem, v katerem je psihoterapevtska usposobljenost pridobljena z bistveno manj teoretičnimi urami kot v predlaganem zakonu. Kot kaže gre za klasičen primer projekcije lastnih pomanjkljivosti na druge, kar dodatno razkriva šibkost njihovih strokovnih argumentov.

Po navedbah mladih kolegov iz vrst kliničnih psihologov – ki se ob stopnjevanju notranjih pritiskov in celo strahu pred izgubo zaposlitve večinoma ne upajo javno izpostaviti – so bile njihove izkušnje z izobraževanjem iz psihoterapije v okviru specializacije izrazito skope. Pravzaprav je že opredelitev v pravilniku „vključi v izobraževanje" problematična. Namreč v kolikor se uporablja pojem „izobraževanje", to pomeni, da je mišljeno visokošolsko izobraževanje, zaradi moralo upoštevati Zakon o visokem šolstvu, ki zahteva, da so vsi taki programi akreditirani. Sicer pa gre le za neakademsko usposabljanje, ki niti približno ne izpolnjuje standardov visokošolskega izobraževanja, saj ne poteka na akreditiranih

fakultetah, ni podvrženo ZVIS-u (Zakonu o visokem šolstvu), nima akademske transparentnosti, evalvacije in znanstvene odgovornosti.

Poleg tega gre za „izobraževanja", ki ne vključujejo psihoterapevtske prakse pod supervizijo, kar je še posebej zaskrbljujoče. Specializanti poročajo, da so med kroženjem po različnih ustanovah imeli malo neposrednih psihoterapevtskih vsebin. Po njihovih lastnih ocenah so prišli v neposredni stik s psihoterapijo zgolj v nekaj odstotkih vseh aktivnosti v sklopu kroženja (v odredbi o specializaciji iz leta 2005 je bilo na primer določeno, da 4 mesece od 4 let). Razen, seveda, če so se na lastno pobudo dodatno izobraževali. V večini primerov so občasno sodelovali pri skupinskih obravnavah, včasih tudi zgolj kot pasivni opazovalci.

Če torej seštejemo: parcialno določeno »usposabljanje« iz ene same, s strani stroke same izbrane psihoterapevtske smeri, izvajano skoraj v celoti na zasebnih institucijah brez akademske akreditacije + površno kroženje brez poglobljenega stika s terapevtskim delom = domnevna psihoterapevtska usposobljenost? Težko je verjeti, da si stroka, ki zagovarja takšno shemo, drzne vse druge psihoterapevte – ki so se več let izobraževali po mednarodno priznanih standardih – ožigosati kot nestrokovne.

Podobna situacija je tudi pri psihiatrih. Njihovo usposabljanje na področju psihoterapije je bilo v preteklosti – razen če so se za dodatno usposabljanje odločili samoiniciativno – večinoma precej omejeno. V okviru specializacije so bili stiki s pravim psihoterapevtskim delom praviloma bežni, pogosto zgolj v obliki opazovanja ali občasnega sodelovanja na skupinskih obravnavah. Pri tem velja dodati, da so pedopsihiatri v zadnjih letih na tem področju sicer dosegli viden napredek, saj so začeli vpeljevati več vsebin, povezanih s psihoterapijo, in zahtevati polno usposobljenost. A tudi pri njih ostaja ključno vprašanje obsega, sistematičnosti in neodvisne evalvacije teh vsebin.

Če torej obvezno izobraževanje iz psihoterapije v klinično psihološki in psihiatrični specializaciji ostaja fragmentarno, priložnostno in kvantitativno podstandardno, je toliko bolj nerazumljivo, zakaj prav ti profili v javnosti najostreje nasprotujejo zakonu, ki prvič določa jasne, visoke in za vse enake standarde. Ali pa je razlog prav v tem?

Problem je tudi v ustreznosti prenosa znanja. Večina specializacije iz klinične psihologije (kroženje) *ne* poteka pod nadzorom Medicinske fakultete, ampak prenos znanja izvajajo mentorji (predvsem to velja za neposredne mentorje) brez jasnih kriterijev, primerljivih z akademskimi, npr. glede njihove pedagoške ali druge strokovne usposobljenosti. Po nekaterih podatkih iz medijev smo imeli pred kakšnima dvema letoma 150 kliničnih psihologov, po navedbah nekaterih zdravstvenih delavcev pa je bilo v letu 2024 kar 177 specializantov iz klinične psihologije. Problem je, da lahko en neposredni mentor vodi največ

enega specializanta (v 4 letih) – tako je določeno v pravilniku o specializacijah. To razmerje odpira resno vprašanje o kakovosti mentorstva – kako je možno zagotoviti 177 ustreznih mentorjev iz bazena 150 specialistov? Do nas je prišla sicer nepreverjena informacija, da so pač v nasprotju s pravilnikom odločili, da ima lahko vsak mentor po novem dva specializanta namesto enega. Če to drži, postavlja pod vprašaj ne samo kvaliteto takšnega usposabljanja, ampak tudi modus operandi takšnega sistema.

Tak model specializacij in prenašanja znanja je pedagoško močno vprašljiv. So res skoraj vsi specialisti klinične psihologije usposobljeni za ustrezno neposredno mentorstvo? Tu ni primerjave z akreditiranimi fakultetnimi programi, kjer je habilitacija eden od osnovnih pogojev. Tako kroženje oz. opazovanje je daleč od pedagoško zahtevnih pogojev izobraževanja iz določenega psihoterapevtskega pristopa. Gre za model, ki predpostavlja učenje s posnemanjem obstoječih praks, ne pa z aktivnim pridobivanjem znanja in veščin. Novejše pedagoške teorije poudarjajo pomen aktivnega, problemsko usmerjenega učenja, ki presega zgolj ponavljanje utečenih praks. Posebej problematično je, da se znanja, pristopi in trendi na področju psihoterapije izredno hitro razvijajo – kar je razumljivo glede na nenehno spreminjanje družbenega konteksta, tehnologije in problematike, s katero se soočajo ljudje v stiski. „Razpolovna doba" psihološkega znanja (sicer naj bi to veljalo tudi na splošno) je približno pet let, kar pomeni, da je po petih letih približno polovica tega, kar smo se naučili, že zastarelo ali potrebno pomembne revizije. Tako so nekatere smernice za psihoterapevtsko obravnavo, ki jih izdaja Ameriškega psihološkega združenja, časovno omejene na pet let, potem pa jim preneha veljavnost.

V takšnem kontekstu je nujno, da se izobraževanje za psihoterapevte odvija na ustreznih akademskih ustanovah, ki imajo vire in kapacitete za sledenje najnovejšim znanstvenim spoznanjem, integraciji novih pristopov in kritičnemu vrednotenju obstoječih praks. Izobraževanje, ki temelji pretežno na kroženju v praksi, ne more zagotoviti tega dinamičnega, na raziskavah utemeljenega pristopa, ki je nujen za razvoj kompetentnih psihoterapevtov v 21. stoletju.

Predlagani zakon (predvsem v delu glede akademizacije) zato predstavlja strokovno utemeljen, raziskovalno podprt in družbeno odgovoren pristop k ureditvi področja psihoterapije. Namesto vztrajanja pri zastarelih modelih, ki ne odražajo sodobnih spoznanj, ponuja rešitev, ki bo povečala dostopnost kakovostnih storitev in hkrati zagotovila visoke standarde usposobljenosti psihoterapevtov.

Govoriti o „prenosu divjine v zdravstveni sistem" pomeni popolno obračanje dejstev. Predlagani zakon prav to „divjino" prvič celovito regulira - z obsežnejšim usposabljanjem (1930 ur), za razliko od zahtev v odredbi o programu specializacije

iz klinične psihologije, ki posledično pomenijo nekje 204-500 ur usposabljanja specifično iz psihoterapevtskega pristopa. Sedanji sistem, ki ga zagovarjajo, dejansko ohranja „divji zahod“.

Sicer razumemo klinične psihologe, psihiatre in pedopsihiatre, ki so investirali veliko časa, energije in osebnih sredstev v svojo poklicno pot. Njihova specializacija je zahtevna, saj vključuje dolgoletno izobraževanje. Povsem naravno je, da občutijo določeno frustracijo ali celo krivico, ko vidijo, da bi lahko nekdo opravljal psihoterapevtsko delo brez identične poklicne poti. Poleg tega so do sedaj lahko o psihoterapiji odločali po svoje (vključno tudi s privatnimi dejavnostmi in zaslužki) na tem področju v zdravstvu (celo sami so poudarjali, da je zanje to ustrezno urejeno in da ne potrebujejo zakona o psihoterapiji). Vendar ni upravičeno valiti krivde za te spremembe na psihoterapevte. Evolucija stroke in izobraževanja ni nikogaršnja „krivda“ – gre za naravni razvoj področja, ki sledi sodobnim znanstvenim spoznanjem. In ta spoznanja so jasna. Bistveno je kakovostno specializirano psihoterapevtsko usposabljanje, ne pot, po kateri je strokovnjak do njega prišel. Zdrav razvoj stroke zahteva, da osebne preference in poklicne identitete umaknemo pred znanstvenimi argumenti in dokazi. Le tako lahko zagotovimo, da bo v središču naših prizadevanj tisto, kar je zares pomembno – dobrobit ljudi, ki potrebujejo našo pomoč.

Za konec naj za podkrepitev navedenega dodamo kratek opis programov na Univerzi v Ljubljani Teološki fakulteti. Podobno kot Filozofska fakulteta ne izobražuje zgolj filozofov, tudi Teološka fakulteta izvaja sodobne interdisciplinarne programe, ki niso teologija in ki temeljijo na najnovejših znanstvenih spoznanjih s področja psihoterapije. Programi s področja psihoterapije (družinske terapije) so bili rigorozno akreditirani in evalvirani s strani Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS) – s strani uglednih mednarodnih komisij za akreditacijo in evalvacijo, v katerih so sodelovali tudi klinični psihologi in psihiatri iz tujine. Ta večplastni akreditacijski in evalvacijski proces zagotavlja visoko kakovost izobraževanja, primerljivo z najuglednejšimi mednarodnimi institucijami.

Programi s področja psihoterapije vključujejo: študijski program prve stopnje „Človek in medosebni odnosi“, smer Zakonska in družinska terapija ter svetovanje - 3 leta, 5400 ur/2535 kontaktnih ur, 180 ECTS. Magistrski študijski program druge stopnje „Zakonski in družinski študiji“, smer Zakonska in družinska terapija - 2 leti, 3600 ur/1035 kontaktnih ur, 120 ECTS. Program izpopolnjevanja „Zakonska in družinska terapija“ - 2 leti, 1800 ur/750 kontaktnih ur, 60 ECTS. Program »Specializacija iz družinske terapevtske prakse“ - 2 leti, 1800 ur, 60 ECTS. Za akademsko-raziskovalno udejstvovanje pa je na fakulteti akreditiran tudi doktorski študijski program tretje stopnje s področja zakonske in družinske terapije (4 leta).

Posebno vrednost programu daje obsežno in sistematično sodelovanje z Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani, ki zagotavlja vrhunsko medicinsko in psihiatrično znanje, pri predmetih, kot so Biološke in medicinske osnove človeka in medosebnih odnosov, Duševno zdravje otrok in mladostnikov, Duševno zdravje odraslih, Pomoč v kriznih situacijah in interventno ukrepanje in podobni. Te predmete izvajajo strokovnjaki z Medicinske fakultete, v programu pa sodelujejo še drugi psihiatri in psihologi. To jasno kaže zavezanost programa znanstveni odličnosti in celostnemu pristopu k izobraževanju psihoterapevtov. Študenti pridobijo ne le poglobljeno razumevanje psihoterapevtskih pristopov, temveč tudi temeljito znanje o nevrobioloških, fizioloških in medicinskih vidikih duševnega zdravja – prav tisti izbor, ki je uporaben za psihoterapevte.

Zavajanje glede psihoterapevtskih pristopov

Danes se vsi resni strokovnjaki za duševno zdravje strinjamo, da morajo dejavnosti, ki jih opravljamo, biti utemeljene na dokazih. Problem pa je v podrobnostih – kaj šteje kot dokaz. Tu pa zadeve še zdaleč niso tako enostavne, kot jih predstavljajo predstavniki kliničnih psihologov in psihiatrov. Svetovna raziskovalna skupnost se že desetletja ukvarja z različnimi vrstami dokazov, od randomiziranih kliničnih študij do kvalitativnih raziskav in prakse, utemeljene na izidih. Trditev, da nekdo „podpira programe z dokazi o učinkovitosti“, brez opredelitve, kaj to pomeni, je zato vsebinsko prazna in služi zgolj kot retorični pripomoček za avtoritativno pozicioniranje.

Odredba o specializaciji iz klinične psihologije navaja, da se je potrebno izobraziti iz enega psihoterapevtskega pristopa, ki ga klinično psihološka stroka priznava kot ustreznega. V praksi to pomeni, da so sami – po nejasnem, netransparentnem in notranje konfliktno obremenjenem postopku brez kakšnega javnega razpisa – določili tako smeri kot izvajalce takšnega izobraževanja. V obrazložitvi najdemo stavek, da imajo psihoterapevtski pristopi, ki so jih določili kot ustrezne (KVT, sistemska družinska terapija in psihoanalitične psihoterapije) „bolj ali manj empirično dokazano učinkovitost.“ Gre za omejen nabor (sprva 4, zdaj 5) psihoterapevtskih pristopov, ki jih večinoma izvajajo privatni inštituti, društva ali celo gospodarske družbe (d.o.o.-ji), povezani z vidnimi člani iste stroke, ki sedijo tudi v komisijah, oblikujejo kriterije in podeljujejo soglasja. Kdo torej nadzira ta postopek? Nihče. Kdo podeljuje soglasja? Oni sami. Kdo izobražuje? Spet oni sami.

Točnega seznama „priznanih“ psihoterapevtskih pristopov, kot ga v javnosti zagovarjajo klinični psihologi in psihiatri, ne najdemo v nobenih uradnih strokovnih smernicah ali dokumentih mednarodnih organizacij. Gre za selektivne

in enostranske interpretacije brez jasnih referenc – sklicujejo se zgolj pavšalno na organizacije, kot sta Ameriško psihološko združenje (APA) ali NICE, pri čemer pogosto niti ne poznajo dejanske vsebine teh smernic.

Iz naših pogovorov je razvidno, da mnogi niti ne vedo, kakšna so trenutna priporočila (smernice) teh organizacij, saj se redno posodabljajo. Npr. NICE smernice za depresijo iz leta 2007 so kot prvo izbiro (*treatment of choice*) v določenih primerih res priporočale KVT. Toda najnovejša različica iz leta 2022 jasno navaja, da je za prvo obravnavo (*first-line treatment*) ustrezna vrsta različnih psihoterapevtskih pristopov. Ključno pa je tudi, da mora zdravljenje v večini primerov temeljiti na upoštevanju specifik in želj uporabnika, novejša APA vodila iz leta 2021 pa posebej poudarjajo potrebo po skupni odločitvi glede pristopa med strokovnjakom in uporabnikom. To pa preprosto ni mogoče, če sistem dovoljuje zgolj omejen nabor pristopov, izbranih po cehovski logiki. Tudi APA v svojih vodilih za depresijo izrecno navaja, da ni jasnih dokazov, da bi bil en psihoterapevtski pristop pri odraslih bistveno bolj učinkovit od drugega.

Za razliko od številnih strokovnih združenj in smernic, ki poudarjajo pomen prilagajanja terapevtskega pristopa značilnostim, željam in preferencam posameznika, predstavniki kliničnih psihologov in psihiatrov zagovarjajo zgolj tri pristope – tiste, ki jih izvajajo ekskluzivne izobraževalne ustanove, ki so jih sami izbrali in potrdili. Zanimivo (ali povedno) je, da se v zadnjem času v svojih javnih nastopih izogibajo navajanju kakršnih koli strokovnih referenc za te trditve. Namesto tega preprosto izjavljajo, da so „ti pristopi priznani v zdravstvu“, ne da bi pojasnili, kdo, kje in na kakšni strokovni podlagi jih je „priznal“.

Edini nam znani primer, ko smo zasledili, da so se poskušali sklicevati na konkretne reference za svojo izbiro točno določenih pristopov, je bil v okviru javne razprave glede zakona o psihoterapevtski dejavnosti (takrat še psihoterapevtski in klinično psihoterapevtski dejavnosti). Tam so zapisali:

> „Z dokazi podprte psihoterapevtske usmeritve, ki so v uporabi v (javnem ali zasebnem) zdravstvu so naslednje: kognitivno-vedenjska terapija, sistemska družinska terapija, psihoanalitična psihoterapija. Zadnja dva pristopa sta prav tako ustrezna in omogočata zdravljenje vseh v MBK-10 opredeljenih duševnih motenj, tudi osebnostnih motenj“. (Carreiras idr., 2023)

Izkaže pa se, da referenca Carreiras idr. (2023), v kateri gre za (ne preveč metodološko dodelan) pregled nekaterih raziskav, tega, kar trdijo, sploh ne navaja. Sistemske družinske terapije sploh ne omenja, niti ne družinske terapije na splošno, pa tudi ne psihoanalize ali MBK-10. Članek se nadalje sploh ne ukvarja z vsemi MKB-11 opredeljenimi motnjami, le z osebnostnimi motnjami. Glede pristopov in specifično KVT sicer navaja (kar zamolčijo), da študije nakazujejo, da so bolj intenzivni pristopi lahko v pomoč ljudem s klastrom A osebnostnih motenj. Članek se zaključi s sicer nenatančnim sklepom, da se je KVT izkazala za učinkovito pri zmanjševanju simptomov in izboljšanju delovanja pri različnih osebnostnih motnjah, vendar pa so „kljub temu potrebne nadaljnje raziskave, da bi potrdili njeno učinkovitost pri specifičnih motnjah ali skupinah motenj ter pojasnili mehanizme sprememb, ki so vključeni“.

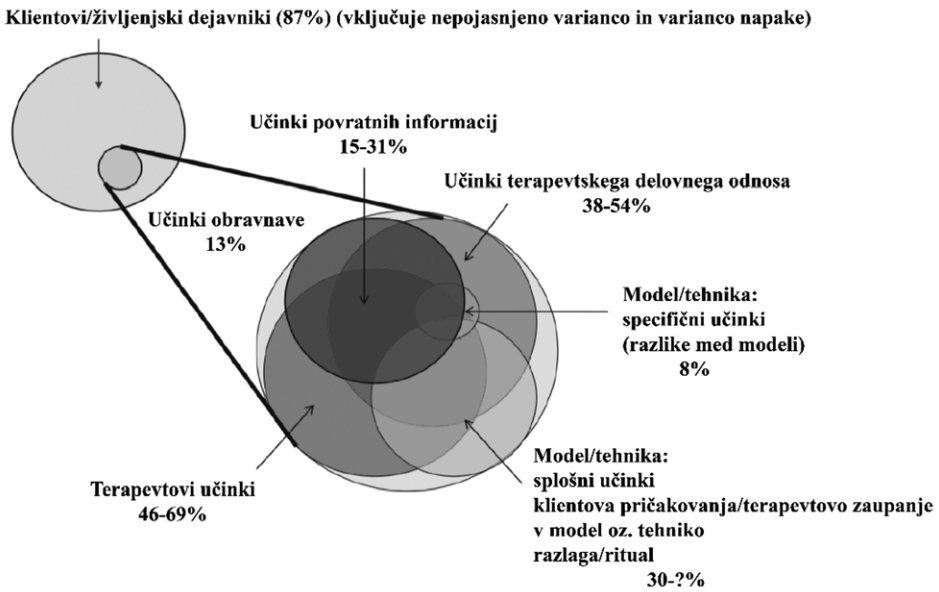
Še bolj zanimivo postane, če pogledamo dve referenci, na katere se Carreiras in sodelavci sklicujejo. Johnson idr. (2020, str. 6) trdijo:

> „Standardni kognitivno vedenjski terapiji primanjkuje osredotočenosti na medosebno dinamiko, integracijo različnih aspektov selfa in/ali več poudarka na sprejemanju, ki se reflektira v prej opisanih obravnavah, da bi bila resnično učinkovit pristop obravnave za BPD (angl. borderline personality disorder)“.

Druga referenca, Cristea idr. (2017), pa je ugotovila, da v njihovi meta analizi „presenetljivo, kognitivno vedenjska terapija ni bila boljša glede na pogoje v kontrolni skupini“. Torej se je klasična KVT, za razliko od drugih pristopov, izkazala kot neuspešna, imela je najmanjšo velikost učinka. Torej v nobenem od teh referenc ni omenjena nobena družinska terapija, netočno navajajo tudi psiho*analitično* (saj reference govorijo o psiho*dinamskem* modelu – konkretneje o „mentalisation-based treatment and transference-focused treatment“). Reference, na katere se sklicuje njihov članek, pa trdijo ravno nasprotno kot klinični psihologi v svojem mnenju.

Pa tudi sicer ocenjujemo, da so njihova stališča glede pristopov zastarela za najmanj 20 let. V priročniku za psihoterapijo Ameriškega psihološkega združenja (American Psychological Association), ene najuglednejših organizacij na tem področju, iz leta 2024 (vol. 2) poudarjajo koncepte, kot so na dokazih obstoječa praksa, prilagajanje pristopa uporabnikovim individualnim značilnostim, okoliščinam in celo preferencam; da je stalni trud za prilagajanje uporabnikov določenemu terapevtskemu pristopu v najboljšem primeru pogosto neučinkovit, v najslabšem pa škodljiv; da seveda niso za vse uporabnike z enakimi diagnosticiranimi motnjami primerni enaki pristopi; da raziskave ugotavljajo, da povprečne učinkovitosti določenih pristopov avtomatsko ne informirajo terapevta, kateri pristop bi bil najboljši za posameznega uporabnika in da znanstveno-raziskovalni dokazi do danes kažejo, da so terapevtski pristopi, ki so osnovani na znanstvenih ugotovitvah (t.i. bona fide), približno enako učinkoviti (razlika ni klinično pomembna) – za razliko od psihoterapevtov znotraj posameznega pristopa, kjer imamo veliko večje razlike. Predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov prav tako popolnoma ignorirajo koncept integrativne psihoterapije, ki je v zadnjih desetletjih postal prevladujoč trend v psihoterapevtski praksi. Namesto tega se oklepajo zastarelega modela psihoterapevtskih šol, ki ne odraža več realnosti sodobne psihoterapevtske prakse.

Pri tem zavzetem zavzemanju za določene psihoterapevtske pristope pa kar pozabljajo na druge, glede na raziskave, pomembnejše dejavnike. V strokovni literaturi najdemo namreč prepričljive dokaze, da so veliko bolj pomembni t.i. „skupni dejavniki". Zelo znana je Duncanova (2017) shema:



Ta kaže, da je večina (87%) odvisna od uporabnika, kar pa prispeva psihoterapija pa sam pristop oz. metoda predstavlja 8% učinka, za razliko od značilnosti terapevta (kot je empatija, kongruentnost ....) (46-69% učinka), terapevtskega delovnega odnosa (alianse) (38-54% učinka) ter povratnih informacij (15-31% učinka). Poleg tega raziskave kažejo, da je med psihoterapevti istega pristopa 2 do 3 krat večja razlika kot med različnimi psihoterapevtskimi pristopi (seveda tistimi, ki imajo ustrezno znanstveno osnovo, t.i. bona fide pristopi).

Psihoterapevti smo se v skladu s temi dognanji že večkrat v svojih stališčih glede zakona zavzeli, da bi uvedli zahtevo, da vsak psihoterapevt za pridobivanje povratnih informacij rutinsko spremlja svoje psihoterapevtske obravnave z ustreznimi znanstveno-raziskovalno utemeljenimi metodami. Tudi če to določilo ne bo vključeno v predlog zakona, smo odločeni, da si ga bomo prizadevali čim prej vpeljati v prakso psihoterapevtov preko psihoterapevtske zbornice.

Omenjene ugotovitve predstavljajo sodobne strokovne trende in smernice, ki pa niso skladne s stališči, ki jih izražajo predstavniki kliničnih psihologov in psihiatrov v Sloveniji. Kajti ni bolj zanesljive poti do intelektualne stagnacije kot prepričanje, da imamo vse odgovore. Zdi se, da so nekateri klinični psihologi

in psihiatri globoko prepričani, da imajo vse odgovore glede psihoterapije, kljub temu da njihovi argumenti kažejo na globoko nepoznavanje sodobne psihoterapevtske znanosti in prakse.

Thomas Kuhn (1998) je znan po tem, da je pokazal, kako znanstveniki postanejo ujeti v svoje ‚paradigme' – prevladujoče okvirje mišljenja – in kako pogosto ne morejo prepoznati novih, nasprotujočih si podatkov in dokazov. Daniel J. Boorstin pa je opozoril: „Prava nevarnost za znanost ni neznanje, temveč iluzija znanja." (Boorstin v Tubbs, 2018). Analizirano mnenje je žal primer te iluzije. Ni le nestrokovno, temveč je škodljivo za razvoj psihoterapije kot stroke in posledično za duševno zdravje prebivalstva. Namesto da bi prispevalo k konstruktivni razpravi o prihodnosti psihoterapije v Sloveniji, predstavlja oviro napredku in razvoju stroke.

Demanti glede neprimernosti psihoterapije v šolstvu in socialnem sektorju

Psihoterapija je nujna v šolstvu in sociali, kar potrjujejo premnogi javnosti znani primeri groženj, medvrstniškega nasilja, zlorab ekranov in samomorov. Psihoterapevti smo zgroženi nad navedbami določenega dela zdravstvene stroke, ki trdi, da psihoterapija v šolstvu ni potrebna. Pobude za vključevanje psihoterapevtske podpore v šolsko okolje ne prihajajo od nas, ampak iz vrst samih pedagoških delavcev, ki se vsakodnevno soočajo z naraščajočimi duševnimi stiskami otrok in mladostnikov. Ena takih, ki je prišla s strani samih šolnikov, je Iniciative za zdrave odnose v šolah[2], ki jo je podpisala tudi aktualna predsednica Združenja ravnateljev, Mateja Mihelič. Navajamo dele izjave v Iniciativi:

> „Spodaj podpisani predstavniki ravnateljev, učiteljev, svetovalnih delavcev in drugih zaposlenih osnovnih šol, združeni v skupni Iniciativi za zdrave odnose v šolah, želimo javno opozoriti na povečanje duševnih stisk v šolstvu tako pri otrocih kot pri učiteljih. V nadaljevanju zapisa pojasnjujemo nujno potrebo po okrepitvi svetovalnih služb ter psihoterapevtski in psihološki podpori pedagoških delavcev s supervizijo.
>
> Stiske otrok in mladostnikov so ogledalo stanja v družbi. Te so odraz pritiskov in idealov, ki se kažejo na družbenih omrežjih in jih kot družba tudi spodbujamo. Po podatkih za Slovenijo se je v obdobju 2002–2022 povečalo redno doživljanje vsaj dveh psihosomatskih simptomov pri prav vseh mladostnikih, njihova ocena duševnega blagostanja pa je precej pod mednarodnim povprečjem. NIJZ opozarja na porast anksioznih motenj in nizek delež tistih, ki kljub simptomom ne poiščejo strokovne obravnave in je tudi ne prejmejo.

2 https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSekOLAICNDLJJ77VFuGKjczg1DiNjsx_FyYf_A5fPxbgwqq1A/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0&fbclid=IwAR0SU29RJRT1sXOwSkT1mMdXxZn7XbdPBMVWRSC42wgFULfE6gzSZ6iA-sU&pli=1

V šolstvu se vse bolj ukvarjamo z delinkventnimi in zahtevnimi primeri, ki jim šolniki sami nismo kos, pri reševanju pa nimamo dovoljšne podpore. Vedno bolj so vidne tudi psihološke posledice koronskega obdobja in že druge generacije permisivno vzgojenih posameznikov. Opuščajo se temeljne razmejitve in vrednote spoštovanja, ki so nekoč predstavljale varovalo družbe. Zato menimo, da je naša iniciativa več kot nujna.

Čeprav pedagogi marsikatero težavo prepoznamo in naslovimo, postajamo vse bolj nemočni pri celostnem reševanju težav, saj izzivi zahtevajo konstruktivno in usklajeno sodelovanje staršev, šolske svetovalne službe, vodstva šol in zunanjih strokovnjakov. Namesto da bi se posvetili poučevanju, se ukvarjamo z nepotrebno birokracijo, staršem pojasnjujemo njihovo vlogo, gasimo premnoge konfliktne situacije ter mlade seznanjamo s pomenom pristnejših medosebnih odnosov brez prisotnosti mobilnih naprav in zaslonov. Opravljamo delo, ki močno presega našo stroko, zato je potreba po okrepitvi s supervizijsko pomočjo že nujna.

...

Sporočamo, da učitelji, svetovalni delavci, ravnatelji in drugi delavci na šoli ne želimo sprejemati odgovornosti za porušene družbene odnose in razpad javnega šolstva. Za vzpostavitev bolj zdravega delovnega okolja potrebujemo strokovno oporo v obliki kontinuirane in vsem v šolah dostopne psihoterapevtske supervizije ter številčne okrepitve v šolskih svetovalnih službah. Glede na to, da kliničnih psihologov v državi primanjkuje in da so konkretno preobremenjeni na drugih področjih dela, predlagamo, da se v šole pod vodstvom psihoterapevtske zbornice vključijo tudi kvalificirani psihoterapevti. Na tem mestu bi bila njihova podpora za ohranjanje duševnega zdravja zaposlenih ob kritičnih situacijah neprecenljiva.»

Izjavo Iniciative za zdrave odnose v šolah je v nekaj dneh podpisalo čez 500 šolnikov, po preverjanjih pa je Iniciativa aktivna še danes, z istimi prošnjami in željami. Psihoterapevti med izvajanjem psihoterapij opažamo, kako učenci trpijo, ker šole ne znajo vedno odgovarjati na te težave, ki so povezane z medvrstniškim nasiljem, samomori, rezanjem, kajenjem, alkoholom ipd. Zlasti po epidemiji Covid-19 zaznavamo silovit porast duševnih motenj, predvsem anksioznih in depresivnih stanj. V šolah učitelji pogosto niso dovolj opremljeni, niti nimajo dovolj časa, da bi zmogli nuditi potrebno oporo svojim učencem.

Dodatna težava so čakalne vrste v zdravstvu: ko strokovnjaki v šoli prepoznajo težave in otroke napotijo k pedopsihiatrom, ti več let čakajo na pomoč, zato se potem obračajo na marsikoga, trg pa je zdaj neurejen. Ironično je, da imajo, po naših informacijah, kljub trenutnemu drastičnemu pomanjkanju kadrov nekateri centri za duševno zdravje že zdaj interna navodila, da omejujejo napotitve na psihoterapijo, ker bi se sicer kapacitete centrov prehitro zapolnile. Psihiatri pa morajo po navodilih sedaj na leto sprejeti vsaj 300 novih primerov. Kaj to pomeni za ustrezno obravnavo obstoječih uporabnikov, raje ne pomislimo, tako ali tako pa je praksa, da povečini pridejo na vrsto na 2 do 3 mesece, kar je za psihoterapijo povsem nesprejemljivo. Ta praksa jasno kaže, da tudi kasneje sistem absolutno ne bo zmogel zadovoljiti vseh potreb, sploh pa ne kakovostno.

Zavajanje glede vstopnih točk

Predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov neosnovano strašijo glede vstopnih točk: »Vstopna točka brez strokovne odgovornosti je varnostno tveganje. Če je psihoterapevt prva oseba, ki vidi uporabnika, mora imeti klinične kompetence. Klinični psiholog, pedopsihiater ali psihiater ob prvem stiku oceni samomorilnost, izključi psihotične procese, pregleda anamnezo in zdravila, izdela varnostni načrt.«

Ta argument popolnoma zgreši bistvo predlaganega zakona. Vstopna točka za javni zdravstveni sistem ostaja zdravnik družinske medicine, ki izključi medicinske vzroke težav in po potrebi usmeri na nadaljnjo diagnostiko. Predlagani psihoterapevti ne bi „obšli“ tega sistema, temveč bi delovali znotraj njega, s točno opredeljenimi pooblastili in odgovornostmi.

Ironično je, da njihova skrb glede „varnostnega tveganja“ ignorira dejstvo, da trenutno sploh nimamo regulacije za večino psihoterapevtske dejavnosti. Predlagani zakon bi to prvič uredil, s čimer bi dejansko zmanjšal varnostna tveganja, ne jih povečal.

Že dolgo se vsi ustrezno usposobljeni psihoterapevti držijo jasnih protokolov glede prepoznavanja in ukrepanja v primeru samomorilnih misli, psihotičnih procesov ali drugih resnih stanj. Imajo jasna navodila za takojšnjo napotitev k psihiatru ali v bolnišnico, če je potrebno (npr. že samo ob sumu na samomorilnost - s tem tudi nimamo nobenih težav, saj ne želimo prevzemati odgovornosti, za katero nimamo kompetenc ali resursov (npr. možnosti hospitalizacije)). To ni nekaj, kar bi morali zdaj posebej na novo „odkrivati“ - to je že dolgo temelj etike in prakse psihoterapevtov, ki so usposobljeni za opravljanje samostojnega poklica. Večji problem v praksi je pravzaprav obraten - zaradi preobremenjenosti sistema in dolgih čakalnih dob je pogosto težko priti do psihiatra ali kliničnega psihologa. Ko pa uporabnik končno pride na vrsto, je obravnava zaradi preobremenjenosti strokovnjakov pogosto hitra in površinska. Usmerjanje skrbi v zmožnost presoje psihoterapevtov torej nikakor ne naslavlja pravega problema.

Zavajanje, da predlog zakona ne prinaša celovitega nadzornega sistema za zagotavljanje varnosti psihoterapevtskih obravnav

Predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov javno oznanjajo še eno neresnično trditev:

> „Zdravstvena zakonodaja brez medicinske odgovornosti je namreč le iluzija varnosti. Predlagani zakon psihoterapijo sicer ‚uvršča' med zdravstvene dejavnosti, a izvajalcem ne nalaga enakih obveznosti glede zagotavljanja kakovostne in varne zdravstvene obravnave kot velja za psihologe v zdravstvu, psihiatre in klinične psihologe."

Predlog zakona dejansko uvaja regulacijo psihoterapije preko ZZDej (Zakona o zdravstveni dejavnosti) in drugih sistemov nadzora. Prinaša štiri stebre nadzora: psihoterapevtsko zbornico, agencijo za kakovost v zdravstvu, povezanost inšpekcij z Ministrstvom za zdravje in samo Ministrstvo za zdravje. Vsi štirje organi so dodatna varovalka za delo psihoterapevtov.

Psihoterapevti so zagovorniki ustanovitve psihoterapevtske zbornice z obveznim članstvom, ki bi v javnem interesu povezovala in regulirala celotno področje psihoterapije, tako v zdravstvu kot tudi v vseh resorjih. Prav obvezno članstvo v zbornici edino lahko zagotavlja nadzor nad vsemi, ki izvajajo psihoterapevtske storitve, in s tem najbolj učinkovito odpravljanje napak in zapletov.

Zavajanje glede odgovornosti psihoterapevta

Trditev, da zakon psihoterapevte razbremenjuje odgovornosti za nestrokovnost, ne drži. Predvidevamo, da se ta očitek nanaša na določilo v predlogu zakona o psihoterapiji, da ni odgovoren za poslabšanje duševnega stanja uporabnika, če uporabnik ni podal vseh potrebnih in resničnih informacij v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in pomembne za psihoterapevtsko obravnavo ali ne ravna v skladi z navodili.

To določilo o razbremenitvi odgovornosti ni nikakršna novost - gre za temeljno načelo, ki je že uveljavljeno v slovenski zdravstveni zakonodaji. 48. člen Zakona o zdravniški službi (ZZdrS) jasno določa, da zdravnik ni odgovoren za potek zdravljenja bolnika, kadar ta zdravniku navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju. 54. člen Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) pa eksplicitno navaja dolžnost pacienta, da poda vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem.

Absurdno je, da kritiki predloga zakona o psihoterapiji kritizirajo praktično enako določilo, ki ga sami kot zdravstveni delavci že uporabljajo pri svojem delu. Takšna kritika razkriva bodisi nepoznavanje obstoječe zdravstvene zakonodaje bodisi namerno zavajanje.

Zavajanje glede že obstoječe psihoterapevtske prakse zunaj zdravstva

Izkušnje iz obdobja COVID-19 kažejo, da so psihoterapevti že dolgo pomemben del celostne skrbi za duševno zdravje. Med epidemijo so bili psihoterapevti del kampanje brezplačne pomoči v raznih programih in iniciativah, tudi v okviru mreže pomoči, ki jo je koordiniral Nacionalni inštitut za javno zdravje. Takrat njihove vključenosti ni problematiziral nihče, saj so vsi strokovnjaki delovali z ramo ob rami in ohranjali fokus na nujnosti takojšnje pomoči uporabnikom.

V praksi že danes obstajajo številni primeri uspešnega sodelovanja med psihoterapevti in psihiatričnimi strokovnjaki. Mnogi psihoterapevtski centri izven zdravstva poročajo o učinkovitem sodelovanju, kjer psihiatri in pedopsihiatri tudi redno napotujejo uporabnike k psihoterapevtom za dolgotrajnejšo in poglobljeno obravnavo. Ta model skupnega dela se je izkazal za izjemno učinkovitega, saj združuje različne kompetence in pristope, kar omogoča celostno obravnavo. Prav tako so številni uporabniki obravnavani tako pri psihiatrih in pedopsihiatrih kot tudi psihoterapevtih. Prav regulacija psihoterapije kot samostojnega poklica bo omogočila, da bo tako sodelovanje lahko še učinkovitejše, obravnava kakovostnejša in varnost uporabnikov večja.

Zaključek: Skrajni čas je za preseganje ozkih interesov

Želimo poudariti, da naš namen nikakor ni zmanjševati vrednosti klinično psihološke ali psihiatrične stroke. Njihov prispevek k skrbi za duševno zdravje cenimo in spoštujemo. Številni strokovnjaki s teh področij opravljajo izjemno dragoceno delo. Vendar smo bili primorani odgovoriti na medijsko kampanjo nekaterih predstavnikov teh strok, ki so z zavajajočimi in strokovno vprašljivimi izjavami ustvarjali izkrivljeno podobo psihoterapije in predlaganega zakona. Ta odziv ni bil naša izbira, temveč odgovornost do uporabnikov in do stroke same.

Iluzorno je pričakovati, da bo dandanes zaradi izjemno hitrega razvoja katerikoli strokovnjak ustrezno spremljal razvoj več strok hkrati. Zahteva po dvojni karieri (psihiater/klinični psiholog *in* psihoterapevt) nerealno obremenjuje strokovnjaka, saj vsa ta področja zahtevajo nenehno sledenje novostim, redno prakso in stalen profesionalni razvoj. Specializacija je ključna za kakovost. Nerealno je pričakovati, da bi klinični psihologi in psihiatri ob polni obremenitvi svojega primarnega poklica dosegli še odličnost v psihoterapiji. Da ne govorimo o izčrpanosti in izgorelosti. Strokovna odličnost izvira iz osredotočenosti, ne razpršenosti. Duševno zdravje zahteva strokovnjake s specifičnim znanjem, ne poklicne dvoživke.

Psihoterapija kot samostojna, sodobna in znanstveno utemeljena disciplina zasluži priložnost, da polno razvije svoj potencial v slovenskem prostoru.

Verjamemo, da lahko pomembno prispeva k izboljšanju duševnega zdravja prebivalstva – ne v tekmovanju z obstoječimi strokami, temveč v sodelovanju z njimi.

Avtorji nestrokovnih izjav proti zakonu o psihoterapiji izhajajo iz podobnih krogov, ki so sistemsko posredno onemogočali razvoj psihoterapije kot samostojne stroke v Sloveniji že 30 let in niti ne nosijo odgovornosti za posledice svojih dejanj. Medtem ko so druge evropske države vzpostavljale sodobne sisteme regulacije psihoterapije, je Slovenija do danes ostala ujeta v zastarelem in neučinkovitem sistemu.

Pri zakonu pa v prvi vrsti ne gre za preigravanje dveh strok, temveč za konkretna življenja ljudi. Vsak dan odlašanja z ustrezno sistemsko rešitvijo pomeni več trpljenja, več duševnih stisk in, tragično, tudi več izgubljenih življenj. To je resnična, ne hipotetična „grožnja zdravstveni oskrbi prebivalcev Slovenije“, ki bi morala biti v središču razprave.

Čas je, da presežemo ozke poklicne interese in prepoznamo vrednost vseh strok in področij, ki lahko učinkovito pomagajo ljudem v stiski. Skupni cilj vseh nas bi moral biti zagotavljanje kakovostne, dostopne in učinkovite podpore duševnemu zdravju za vse prebivalce Slovenije. To lahko dosežemo le s sodelovanjem, medsebojnim spoštovanjem in priznavanjem kompetenc različnih strokovnjakov.

Viri

Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (Eds.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th izd.). John Wiley & Sons, Inc..

Carreiras, D., Castilho, P., Rijo, D., Salvador, M. do C., & Carona, C. (2023). Cognitive–behavioural therapy as a comprehensive treatment for personality disorders. *BJPsych Advances*, *30*(5), 274–287. doi:10.1192/bja.2023.59

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *52*(3), 337–345. https://doi.org/10.1037/pst0000015

Converge International. (2020). Counselling Efficacy between Professions; A comparisson between Counsellors, Psychologists and Social Workers delivering Employment Assistance Programs. https://pacfa.org.au/common/Uploaded%20files/PCFA/Research%20 studies/Counselling%20Efficacy% 20between%20Professions%20(1).pdf

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *74*(4), 319–328. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Duncan, B. L. (2017). Foreword. V L. Isebaert, *Solution-Focused Cognitive and Systemic Therapy: The Bruges Model* (str. ix-xlii). Routledge.

Grebo, U., & Elmquist, B. (2002). Sweden. V A. Pritz (ur.), *Globalized Psychotherapy* (str. 300-309). Facultas Universitätsverla

Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, *30*(4), 417–432. https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366

Helsedirektoratet (The Norwegian Directorate of Health). (2024). Authorisation and Licence for Health Personnel. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet. no/english/authorisation-and-license-for-health-personnel?path=

Henry, W. E., Sims, J. H., & Spray, S. L. (1971). *The Fifth Profession: Becoming a Psychotherapist*. Jossey- Bass.

Johansson, P., & Fahlke, C. (2019). A study on how basic psychotherapy training is perceived by Swedish physicians in psychiatry. *Reflective Practice, 20*(4), 417–422.

Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Rosenstein, L. K., et al (2020) Psychotherapy for personality disorders. V V. Zeigler-Hill, & T. K. Shackelford (ur.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (str. 4216–34). Springer.

Karlinska-Nehrebecka, M., Heyda, A., Nehrebecki, A., Kuczynska-Ginko, D., & Kufel, S. (2012). Psychotherapist effectiveness and professional competence not affected by their graduate studies profile – preliminary results. https://www.researchgate. net/publication/227979399_Psychotherapist_effectiveness_and_professional_ competence_not_affected_by_their_graduate_studies_profile_-_preliminary_results

Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 473–483. https://doi.org/10.1037/ccp0000083

Kuhn, T. (1998). *Struktura znanstvenih revolucij*. Založba Krtina.

Lindfors, O. (2024). Psychotherapy and psychotherapists in Finland from 1980's to 2020's – Reflections on changes as seen by a psychoanalytic practitioner-researcher. *Psychiatria Fennica, 55*, 18-27. https://www.psykiatriantutkimussaatio.fi/wp- content/uploads/2024/10/ Psychiatria_Fennica%E2%94%ACa2024_InvitedEditorial_Lindfors.pdf

Lovdata (2003). Lov om alternativ behandling av sykdom mv. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64

Lovdata (2023). Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64

NFP (Norsk forbund for Psykoterapi; Norwegian Association for Psychotherapy). (2024a). About us. https://nfpsykoterapi.no/om-oss/

Orlinsky, D. (2009). Research on psychotherapy and the psychotherapeutic profession(s): A brief introduction. *European Journal of Psychotherapy. Counselling and Health*, 183-190. 10.1080/13642530902927345

Rønnestad, M. H. (2006). The Psychotherapeutic Profession in Norway. https://cdn.ymaws.com/www.psychotherapyresearch.org/resource/ resmgr/imported/events/barcelona/re ports/report_norway.pdf

Seikkula, J. (2011). Psychotherapy in Finland. In BundesPsychotherapeutenKammer (Ed.), *Psychotherapy in Europe – Disease Management Strategies for Depression*. BundesPsychotherapeutenKammer (BPtK). https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/PT_in_ Europa/20110223_national-concepts-of- psychoth-care.pdf

Tubbs, R. S. (2018). The greatest obstacle to discovery. *Clinical Anatomy, 31*, 947.

Wampold, B. E (2016). Can we become better therapisis? Yes, we can. *Family Therapy Magazine, 15*(5), 16-19.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (J.). (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914–923. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203582015