



SLOVENSKA KROVNA ZVEZA ZA PSIHOTERAPIJO (SKZP)

Čufarjeva 5

2000 Maribor

Ljubljana, 8. april 2024

**ZADEVA: Odgovor na dva dokumenta in sicer “Odziv stroke na Sklep Državnega sveta”
in “Stališča o ureditvi področja psihoterapije” posredovana s strani Zbornice
kliničnih psihologov Slovenije**

Spoštovani,

5. februarja 2024 je Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP) skupaj z Državnim svetom Republike Slovenije organizirala posvet z naslovom “Izzivi psihoterapije v slovenskem prostoru - različni pogledi, skupne rešitve”.

26. marca 2024 je Zbornica kliničnih psihologov (ZKP) na strokovno in širšo javnost, med drugim tudi na Urad predsednice Republike Slovenije, naslovila dva dokumenta in sicer “Odziv stroke na Sklep Državnega sveta” in “Stališča o ureditvi področja psihoterapije”, vezana na zaključke posveta, ki jih je na svoji 15. seji sprejel Državni svet Republike Slovenije.

V dokumentih so predstavljena stališča, ki ne odražajo sodobnih smernic v raziskovanju psihoterapevtske znanosti v Evropi in svetu, prav tako tudi niso podprta z empiričnimi dokazi, strokovno ali znanstveno literaturo.

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo zato v nadaljevanju podaja odgovor, z namenom prikaza resničnega stanja v tistih točkah, ki jih ZKP izpostavlja kot (citiramo) “nevarne za državljane in državljanke”.

Prijazen pozdrav,

Ksenja Kos, predsednica SKZP

ODGOVOR SLOVENSKE KROVNE ZVEZE ZA PSIHOTERAPIJO

na dokumenta “Odziv stroke na Sklep Državnega sveta” in “Stališča o ureditvi področja psihoterapije” posredovana s strani Zbornice kliničnih psihologov Slovenije

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo odgovarja na sledeče kritične točke izpostavljene s strani ZKP, nastale na podlagi zaključkov posveta “Izzivi psihoterapije v slovenskem prostoru - različni pogledi, skupne rešitve”:

1. ZKP v dokumentu “Stališča o ureditvi področja psihoterapije” pod naslovom “Nevarnosti za državljane in državljanke” navaja (ležeče):

“Predvidevati gre, da predlog zakona ne bo vzpostavljaj temeljne ločnice med tem, kaj bi lahko obravnaval nosilec novega naziva psihoterapevt in kaj mora ostati domena zdravstva. Tako se bodo lahko z depresijo, motnjami hranjenja in celo psihotičnimi motnjami (še naprej, saj to že zdaj oglašujejo na svojih spletnih straneh) ukvarjali ljudje, ki so po osnovni izobrazbi gradbeniki, ekonomisti, pravniki... To je nesprejemljivo, saj ljudje iz nezdravstvenih poklicev (tudi če izven zdravstva opravijo ustrezna usposabljanja iz z dokazi podprtih psihoterapevtskih pristopov) nimajo ne znanja ne izkušenj za varno obravnavo oseb z duševnimi in vedenjskimi motnjami (v skladu z Mednarodno klasifikacijo MKB-10 Svetovne zdravstvene organizacije). To lahko zagotovimo le v zdravstvu, obravnava morajo izvajati v zdravstvu usposobljeni strokovnjaki, ki uporabljajo izključno na dokazih temelječe psihoterapevtske pristope.

Prav tako lahko predvidevamo, da bo predlog zakona psihoterapevte vzpostavil kot nov zdravstveni poklic, ki pa ga ne bo zavezal osnovnim postopkom zdravljenja v zdravstvu, torej izvajalci ne bodo diagnostično zavezani medicinskemu sistemu odgovornosti, saj brez zdravstvene izobrazbe niso usposobljeni za postavljanje diagnoz. To pomeni ukinitve zavezujoče postavitve diagnoze in posledične odgovornosti kot integralnega dela stroke.”

Odgovor Slovenske krovne zveze za psihoterapijo:

A. Etiketiranje strokovnjakov glede na njihovo predhodno izobraževanje je neetično in diskriminatorno

Omalovaževanje psihoterapevtov, ki niso hkrati tudi klinični psihologi in psihiatri ter usposobljeni iz 4. pristopov po njihovi izbiri kakovosti, je **neetično**. Iz vidika načela enakih možnosti pa je etiketiranje posameznikov glede na njihovo predhodno izobrazbo tudi **diskriminatorno**, saj **za učinkovito izvajanje psihoterapevtskega dela šteje le to, kakšne kompetence je posamezni strokovnjak pridobil s področja psihoterapije**, in ne, s katerimi drugimi znanji se je poleg tega morebiti še seznanil tekom svojega življenja.

Tako bi bilo denimo bolj **pošteno, da bi se izvedla konkretna primerjava psihoterapevtskih izobraževalnih programov, ki so usklajeni s smernicami Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) in po katerih se ravna tudi SKZP, z izobraževalnimi programi strokovnih profilov, ki jim ZKP priznava psihoterapevtsko legitimost**. Ob tako pridobljenih profilih absolviranih vsebin in osvojenih psihoterapevtskih znanj in kompetenc, vključno z opravljeno osebno izkušnjo psihoterapije (tradicionalno imenovano „učno analizo“), bi se marsikatera **takšna primerjava utegnila nagniti v prid izobraževalnim programom po standardih EAP**.

Ena od možnih primerjav bi bila lahko sledeča:

Obseg in način izobraževanja s področja psihoterapije, ki se zahteva za dokončanje specializacije iz klinične psihologije (11. člen); Poleg kroženja, kjer gre večinoma za izvajanje kliničnopsihološke dejavnosti pod mentorstvom (po naših informacijah večinoma diagnostike, psihoterapije pa le v majhnem deležu), se **specializanti iz klinične psihologije izobražujejo le na enem od 5 neformalnih in neakreditiranih programov, priznanih psihoterapevtskih pristopov. Vendar le do supervizijske stopnje. Na primer, za razvojno analitično psihoterapijo to pomeni 204 ure ali 8,16 KT oz. ECTS (izvaja se ob vikendih v živo ali preko zooma), za vedenjsko kognitivno terapijo 492 ur (vendar je v teh urah všteto tudi 126 ur samostojnega študija ter 126 ur praktičnega dela s pacienti)**, za nekatere pristope točno število ur niti ni jasno. **Tak obseg je bistveno premajhen glede na npr. evropske strokovne standarde za izobraževanje**

psihoterapevta, ki jih zajemajo naši programi izobraževanja nemedicinskih psihoterapevtov – npr. vsaj 4 leta izobraževanja, vsaj 120 KT ali ECTS (oz. minimalno 1800 ur).

Izobraževanje, ki ga priznava Zbornica kliničnih psihologov v okviru specializacije po psihoterapevtskih smereh, se izvaja samo na izbranih, večinoma zasebnih organizacijah (dve od teh sta gospodarski družbi, dve sta močno povezani z vidno članico Zbornice kliničnih psihologov). Vse organizacije pa seveda zahtevajo za svoje izobraževanje plačilo, ki je tako potrebno za dokončanje specializacije iz klinične psihologije.

Poleg tega **ni nepomembno, da niti sam Sigmund Freud, ki velja za utemeljitelja psihoterapije, ni bil niti psiholog niti psihiater**, temveč nevrolog, in je v začetni fazi svojega ukvarjanja z duševnimi motnjami tudi izhajal povsem iz svoje nevrološke podlage. Dokler ni ugotovil, da ima opravka z drugačno naravo težav, in tako se je rodila psihoanaliza oziroma psihoterapija. Alfred Adler, ki se je prvi strokovno diferenciral od Freuda (še pred Carlom Jungom), je svojo medicinsko kariero začel kot oftalmolog in se zatem preusmeril v splošno medicino. **Carl Rogers, ki velja za očeta raziskovanja psihoterapije, je celo najprej študiral agronomijo, zgodovino in teologijo/ religijo**, šele na podiplomski stopnji se je usmeril v psihologijo in psihoterapijo. Očitno pa mu **zaradi njegove predhodne izobrazbe niso zapirali vrat, saj je bil kasneje celo izvoljen za predsednika Ameriškega psihološkega združenja, v kategoriji kliničnih psihologov (!)** pa danes velja (Haggbloom idr., 2002) za najbolj eminentno figuro 20. stoletja takoj za Freudom (ki, kot že rečeno, niti ni imel formalne psihološke formacije).

Celo **Albert Ellis, eden od utemeljiteljev kognitivno-vedenjskega psihoterapevtskega pristopa (KVT), ki so mu klinični psihologi in psihiatri precej naklonjeni, je najprej diplomiral iz poslovanja, nekaj časa deloval kot poslovnež in zatem kot pisatelj**. Šele njegovo laično „svetovanje“ na temo človeške seksualnosti ga je spodbudilo, da je poiskal novo karierno pot. Ko je opravil doktorat iz klinične psihologije, je menil, da je psihoanaliza najučinkovitejša oblika psihoterapije. **Aaron Beck, ki velja za očeta KVT, pa je bil med študijem medicine odločen, da postane internist, po medicinski diplomi je pol leta deloval v patologiji, zatem tri leta v nevrologiji in zgolj po naključju je pristal v psihiatriji, kjer je po tem razvil precejšnje zanimanje za psihoanalizo.**

V kolikor bi veljala logika etiketiranja po predhodni izobrazbi, na podlagi katere želi ZKP, da bi se psihoterapevti znotraj SKZP imenovali svetovalci, bi danes namesto KVT bržkone poznali le kognitivno-vedenjsko svetovanje. In če bi v preteklosti veljalo načelo, da so za izvajanje psihoterapije kompetentni samo klinični psihologi in psihiatri, potem Freud, ironično, sploh ne bi imel možnosti za osnovanje te dragocene oblike pomoči, saj ni bil formiran niti kot psiholog, niti kot psihiater (čeprav sta obe ti disciplini takrat že obstajali).

B. Poleg medicinske diagnostike obstaja tudi psihoterapevtska diagnostika

Vsak psihoterapevtski pristop, za katerega izobraževanje poteka v skladu z normativi in standardi Evropske zveze za psihoterapijo (EAP), ima za svoj pristop razvito specifično diagnostiko. V psihoterapevtskem delu, ki se ne opira zgolj na medicinski model, je diagnostična klasifikacija oblika celostne klinične konceptualizacije primera. Skupno vsem psihoterapevtskim pristopom pa je, da **psihodiagnostika v psihoterapiji definira psihopatološke fenomene, ki so manifestacija strukturnih oz. temeljnih značilnostih osebnostne zgradbe, razvojnih vidikov osebnosti, stilov navezanosti in notranje psihodinamike posameznih duševnih struktur.**

Kot je dobro znano, je ameriška psihiatrična klasifikacija DSM-5 skušala preseči rigidnost predhodnih, pretirano kategorialnih sistemov in vzeti v obzir dimenzionalno naravo duševnih procesov, vključno z duševnimi težavami, kar je uporabno za razumevanje, raziskovanje in terapevtsko obravnavo slednjih. **Psihoterapevtska diagnostika pa pride prav tudi za namene preventivnih obravnav posameznikov**, kjer se ponujajo številne priložnosti razumevanja vloge psihoterapije v širši družbi. Nudi možnost vpogleda v genezo duševnih težav pri delu s starši in družinami, pari, v vrtcih in šolah, populaciji socialno ogroženih posameznikov, starostnikov, posameznikov z odklonskimi vedenji v družbi itd. **Že Sigmund Freud psihoanalize ni apliciral le na zdravljenje duševnih motenj, temveč jo je uporabljal tudi za pojasnjevanje delovanja duševnosti in družbe.**

C. Stigma klasične medicinske diagnostike

Klasična medicinska diagnostika za posameznega pacienta / klienta (lahko) predstavlja stigmatizacijo. Sami Timimi, psihiater in psihoterapevt v svojem članku "Nič več psihiatričnih

etiket - Zakaj je potrebno odpraviti formalne psihiatrične diagnostične sisteme”, navaja: “Psihiatrične diagnoze niso veljavne ali uporabne. **Uporaba psihiatrične diagnoze povečuje stigmo, 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, 2014: 208)

Patrick W. Corrigan, prof. psihologije pa navaja: “**Stigma lahko močno poslabša izkušnjo duševne bolezni. Diagnostična klasifikacija, ki jo pogosto uporabljajo kliniki, lahko okrepi to stigmo s krepitvijo občutka »skupinskosti« in »drugačnosti« v javnosti, pri dojemanju ljudi z duševnimi boleznimi.** Homogenost, ki jo predvidevajo stereotipi, lahko povzroči, da strokovnjaki za duševno zdravje in javnost na posameznike gledajo v smislu njihovih diagnostičnih oznak. Stabilnost stereotipov lahko poslabša predstave, da ljudje z duševno boleznijo ne ozdravijo.” (Corrigan, 2007: 31)

D. Psihoterapija ni zgolj zdravljenje duševnih bolezni

Oprelitev psihoterapije je mnogo širše kot zdravljenje duševnih bolezni in motenj s psihološkimi sredstvi. Slednjo opredelitev najdemo tudi na strani Evropske zveze psiholoških društev (EFPA), stanovske organizacije kliničnih psihologov, Ameriške psihološke zveze (APA), Evropske zveze psiholoških društev – oddelek za preventivo in intervencije, Ameriške psihiatrične zveze, Evropske zveze za psihoterapijo (EAP), ter številnih drugih. Ne govorimo samo o zdravljenju, ampak tudi o obravnavi težav (znanstvena literatura navaja besedo “treatment” oz. obravnava. Psihoterapija ni uporabna samo za zdravljenje že postavljenih kliničnih diagnoz, ampak tudi za obravnavo težav, pred postavitvijo diagnoze. V dokumentu Evropske zveze psiholoških združenj (EFPA) najdemo utemeljitev izvajanje psihoterapije v preventivne namene: https://www.rjcbth.ro/image/data/v4-i34/V4I3-4_Editorial_RJCBTH_2017.pdf

Psihoterapija je v svetu in v Evropi jasno opredeljena kot znanost, o čemer priča tudi ena izmed številnih znanstvenih knjig: “**Psychotherapy Research, Foundations, Process, and Outcome**” (Gelo O., 2015). O tem govori tudi znanstvena revija **Združenja za znanstveno raziskovanje v**

psihoterapiji: SPR - Society of psychotherapy research (z impakt faktorjem nad 4), ki predstavlja objave raziskovalcev iz 40. držav celega sveta.

Po **definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO)** zdravje ni le odsotnost duševne ali kake druge bolezni, temveč pomeni precej več – je „stanje popolnega duševnega, telesnega in socialnega blagostanja“, kot navaja statut WHO. To pa lahko dosežemo le s takšno psihoterapijo, ki ni omejena zgolj na medicinski model razlage človeških težav, zdravstvene sisteme in ozek nabor terapevtskih pristopov, temveč diha s polnimi pljuči (strokovno validirane) raznolikosti, ki se je več kot stoletje dolgo akumulirala v njej.

2. V nadaljevanju dokumenta “Stališča o ureditvi področja psihoterapije” pod naslovom “Nevarnosti za državljane in državljanke” ZKP navaja tudi (ležeče):

“Nadalje lahko iz več različnih razlogov predvidevamo, da so se avtorji predloga zakona, čeprav so nam in javnosti večinoma neznani, opirali na organizacijo EAP (European Association for Psychotherapy). EAP v svoje vrste sprejema izvajalce dvajsetih psihoterapevtskih pristopov (nekateri od njih so krovni, kar pomeni, da je dejanskih pristopov še več), od katerih jih kar 17 nima na dokazih temelječe znanstvene podlage. Pričakujemo lahko, da bo novoustanovljeni nosilec javnih pooblastil, ki ga je na posvetu v DS omenjala dr. Dernovšek, državne licence izdajal v skladu s priporočili EAP, kar pomeni, da bodo v Sloveniji vpis v državni register in državno licenco prejeli tudi izvajalci znanstveno nepotrjenih psihoterapevtskih pristopov.

Ob tem vas želimo opozoriti, da je EAP zasebna organizacija, ki jo je ustanovil Alfred Pritz, torej isti človek, ki je ustanovil tudi zasebno Univerzo Sigmunda Freuda (SFU). Omeniti velja tudi, da EAP deluje kot strokovno združenje in kot lobistična organizacija, ki se je že pred leti Evropski komisiji skušala pozicionirati kot predstavniška organizacija za področje psihoterapije v EU in na nacionalnih ravneh, proti čemur sta že tedaj (2010) ostro nastopili tako EFPA (European Federation of Psychologists Associations) in Sekcija psihiatrov pri UEMS (European Union of Medical Specialists), S strani obeh uglednih organizacij smo že prejeli informacijo, da njihovo stališče ostaja nespremenjeno.

Vpeljava zasebnih izvajalcev psihoterapije v zdravstveni sistem bi predstavljala tudi nov privatizacijski udarec zdravstvenemu sistemu, saj bi zasebnim izvajalcem na široko odprla pot do javne zdravstvene blagajne. Povedano drugače – če bi uvedli takšno zakonsko ureditev, bomo iz javne zdravstvene blagajne plačevali reševanje težav v partnerskem odnosu pri zasebnem izvajalcu, medtem pa bo človek z depresijo ali psihotično motnjo še vedno in še dlje čakal na strokovno obravnavo v zdravstvenem sistemu ali, še huje, šel k neustrezno usposobljenemu zasebnemu izvajalcu neznanstvenega pristopa z državno licenco, zaradi česar bo zmotno prepričan, da je v varnih rokah.”

Odgovor Slovenske krovne zveze za psihoterapijo:

A. Evropska zveza za psihoterapijo združuje 120.000 psihoterapevtov iz 41. držav

ZKP poskuša diskreditirati Evropsko zvezo za psihoterapijo (EAP), med drugim z namigovanjem na zasebni status te organizacije in njeno povezavo (prek njenega ustanovitelja) z dunajsko Univerzo Sigmunda Freuda. Ne samo, da ti očitki ničesar ne dokazujejo, po mnenju ZKP, o njeni neverodostojnosti, marveč so tudi dvoletni spričo dejstva, da je sama **ZKP registrirana kot društvo zasebnega prava, članstvo v njej je po statutu prostovoljno, njeni vidnejši člani pa so prav tako povezani z nekaterimi akademskimi ustanovami in SKZP, kar seveda ni sporno in kot tako ne bi smelo biti problematizirano.**

Evropska zveza za psihoterapijo (EAP), ki danes združuje 128 psihoterapevtskih organizacij in 120.000 psihoterapevtov iz 41 evropskih držav ter mnogo kliničnih psihologov in psihiatrov, ki so se usposobili za enega izmed s strani EAP priznanih pristopov, je bila **l. 1991 ustanovljena** z namenom da:

- 1. vzpostavi visoke izobraževalne standarde in usposobljenost za izvajanje psihoterapije v EU;**
- 2. si, na podlagi sodobnih psihoterapevtskih smernic, prizadeva vplivati na razvoj in ureditev standardov psihoterapije v evropskih državah in EU ter**

3. da **političnim organizacijam in vladnim ministrstvom nudi vse potrebne informacije in dokumentacijo** v zvezi s področjem psihoterapije.

B. Dvojna merila obravnave psihoterapevtskih pristopov

Pripadniki medicinskega modela tudi ne obravnavajo vseh psihoterapevtskih orientacij na podlagi enakih meril. **Med peščico terapevtskih pristopov, ki jih smejo za svoje izobraževanje izbrati slovenski specializanti klinične psihologije, se nahaja razvojna analitična psihoterapija, čeprav ni znano, da bi bila razširjena izven Slovenije ali da bi imela raziskovalno dokazno bazo, kakršno kliniki pričakujejo od psihoterapevtskih pristopov na strani SKZP.**

ZKP podaja še trditev, da naj bi bili prav oni „stroka, ki zgodovinsko gledano predstavlja strokovno, izvajalsko in raziskovalno jedro psihoterapije“. Glede na profesijsko drznost te trditve, ki diši po ekskluzivistični drži ali nepoznavanju realnega stanja, bi bilo pričakovati, da jo bodo podkrepili s prepričljivimi argumenti. Namesto tega se vzbuja občutek, da s trditvijo želijo najprej prepričati sami sebe. Malokatera stroka je v tolikšni meri interdisciplinarna ali transdisciplinarna kot prav psihoterapija. **Kar zadeva trenutno stanje psihoterapije v Sloveniji, pa glede na razpoložljive vpoglede obstaja ocena, da se večina psihoterapevtskega dela (v formatu ena terapevtska ura tedensko, kot je v svetu danes prevladujoča in strokovno utemeljena praksa za psihoterapevtske obravnave) izvede izven kliničnopsihološke stroke in zdravstvenega sistema.**

C. Pluralnost pristopov kot integralni del psihoterapije

ZKP je zelo kritična tudi **do pluralnosti psihoterapevtskih pristopov, ki je v psihoterapevtskem svetu sicer eno od osrednjih dejstev praktično že od samega nastanka psihoterapije.** Prav tako pa je že od takrat prisotna **rivaliteta med psihoterapevtskimi modalitetami, začenši z nestrinjanji in posledično strokovnimi ločitvami med Sigmundom Freudom, Alfredom Adlerjem in Carlom Jungom ter kasneje še številnimi drugimi velikimi imeni psihoanalize.** Pomembno je poudariti, da se je **rivaliteta med psihoterapevtskimi orientacijami kasneje v splošnem vseskozi zmanjševala, po zaslugi raziskovalnih ugotovitev, ki so prepričljivo pokazale na skupne temelje raznolikih psihoterapevtskih pristopov.** In sicer vse do te mere, da

je bil razvit celo na raziskavah temelječ generični model psihoterapije (Orlinsky in Howard, 1984; Orlinsky, 2009).

Kognitivno-vedenjska terapija je sama po sebi izvrsten odraz pluralnosti psihoterapevtskih pristopov. Špekuliranje o procesih znotraj tako imenovane črne skrinjice (angl. black box), ki je veljalo za strokovno povsem zgrešeno v prvem valu razvoja KVT (ko je ta obstajala še kot zgolj vedenjska terapija), je kasneje (z razvojem kognitivne terapije) postalo konstitutivni del tega pristopa in predstavlja drugi val njenega razvoja. Nekaj podobnega se je zgodilo še kasneje, v tretjem valu, ob razvoju čuječnostnih pristopov: Če je KVT terapevt prej nemalokrat spodbujal borbo klienta z njegovimi simptomi (celo z bolečimi metodami, kot je udarjanje z elastiko po roki), se danes terapevti tega pristopa močno zavedajo neučinkovitosti “borbe s simptomi” za vsako ceno in zato kliente spodbujajo k čuječnemu sprejemanju notranjega doživljanja, kar pripomore k zmanjšanju ruminacij, stresa, čustvene reaktivnosti, izboljšanju delovnega spomina, fokusiranja, kognitivni fleksibilnosti, zadovoljstvu v odnosu (Van Dam, et al., 2018). (Ob tem je pomenljiva podrobnost, da znanstvena revija Mindfulness (s faktorjem vpliva 3,6), ki je najbolj referenčna revija na področju znanosti o čuječnosti).

Brez pluralizma pristopov torej tudi sama KVT ne bi mogla nastati. Prav tako se že pred tem brez dopuščanja pluralizma psihoanaliza ne bi mogla tako razviti in razvejati, kot se je, in s tem produktivno vplivati na razvoj ostalih psihoterapevtskih pristopov.

S širjenjem raziskovalne dokazne baze na področju psihoterapije podoba KVT kot zlatega psihoterapevtskega standarda vse bolj blede. Leichsenring in Steinert (2017) analizirata podmeno superiornosti KVT v svojem članku z naslovom „Ali je KVT zlati standard za psihoterapijo? Potreba po pluralnosti v zdravljenju in raziskovanju“, objavljenem v znanstveni reviji Ameriškega zdravniškega združenja (JAMA; izhaja od leta 1883, faktor vpliva ima kar 120,7 in je 3. od 168 revij v kategoriji “medicina, splošno, interno”). Avtorja ugotavljata, da je kvaliteta raziskovalnih dokazov, ki naj bi podpirali navedeno tezo, precej nizka (zgolj 17 % randomizirano kontroliranih raziskav KVT je bilo visoke kvalitete). Dodatno učinke KVT napihuje še efekt pripadnosti raziskovalcev (tj. njihovega prepričanja v superiornost določenega terapevtskega pristopa); v nekaterih raziskavah je bila terapija, s katero so primerjali KVT, celo oblikovana za neuspeh. Poleg

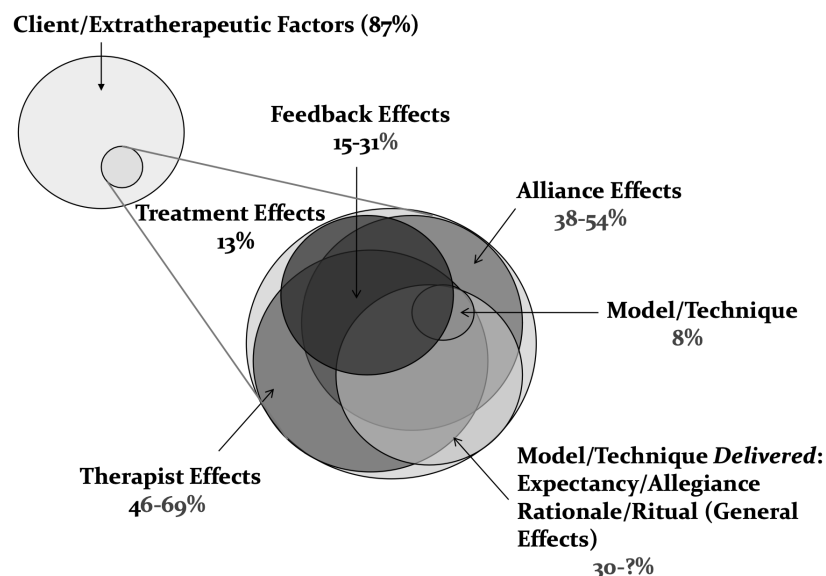
tega avtorja navajata, da **ne obstajajo nikakršni jasni dokazi, da je KVT bolj učinkovita od drugih psihoterapij za anksiozne in depresivne motnje, kar je konsistentna ugotovitev multiplih metaanaliz, objavljenih v zadnjih 50 letih.** Čedalje bolj jasno postaja, da KVT ni vsemogočna, saj je v precejšnjem deležu primerov (v grobem od 30 % pa vse do 50 %) neučinkovita, in v nekaterih primerih obstajajo jasne indikacije za uporabo drugega pristopa. **Množijo se raziskovalni dokazi za učinkovitost drugih pristopov, ki jih je sicer pogosto težje raziskovati kot kratkotrajne, na simptome usmerjene kognitivno-vedenjske obravnave z relativno preprosto terapevtsko konceptualizacijo.**

V članku Duncana (2013) je prikazan razvoj paradigme, imenovane “na dokazih temelječa terapevtska praksa” (angl. *evidence-based practice*), katero Zbornica kliničnih psihologov zagovarja. Takšna oblika terapevtske prakse beleži v znanstveni literaturi kritike, kadar se jo poskuša aplicirati na psihoterapevtsko obravnavo. **Ena izmed glavnih kritik je namreč, da poskuša psihoterapevtsko obravnavo rigidno skrčiti na nivo “navodil za izvajanje” pri določeni duševni motnji ali bolezni in spregleda unikatnost in človeški vidik posameznega klienta.** Takšen način pristopa obravnave je medicinski način obravnave klienta, ki je za druge medicinske vede sicer koristen, a pri psihoterapevtski obravnavi preveč rigiden za zdravljenje. Strokovnjaki, ki obravnavo vodijo po načelih “na dokazih temelječa terapevtska praksa”, nekateri avtorji primerjajo, da je slednje izvajanje **psihoterapije kot zdravljenje s tabletami**, katera bi naj imela večjo učinkovitost kot sestavine drugih zdravil (Stiles in Shapiro, 1989; Wampold, et al., 1997). **Ob tem pa žal spregledajo kontekstualne dejavnike (preprosteje povedano - individualnost klienta).**

Z razvojem psihoterapevtske znanosti se je psihoterapevtska obravnava razvila v empirično potrjeno teorijo skupnih dejavnikov in v kontekstualni model, ki na področju varovanja duševnega zdravja predstavlja vse privlačnejšo alternativo medicinskemu modelu. Sodobna psihoterapevtska obravnava je učinkovita, če se izvaja kot obravnava “na praksi temelječih dokazov” (angl. *practice-based evidence*) (Horn in Gassaway, 2010; Duncan, 2013; Leong in Callahan, 2024). Številne meta-analize namreč potrjujejo, da posamezni terapevtski pristopi ne kažejo specifičnega učinka (kot bi ga napr. tableta v prejšnjem primeru) in da ne obstaja superiorno boljšega ali slabšega terapevtskega

pristopa. Razlika v učinkovitosti je samo namreč 0,2 oz. vse imajo skoraj enak učinek (Benish, Imel, Wampold, 2007; Wampold, 2007).

Največji doprinos k izzidu psihoterapije imajo skupni dejavniki (Lamber, 1992, 2007; Duncan, 2010; Duncan 2013):



V sodobni psihoterapevtski znanosti tako fokus že kar nekaj časa ni več na vprašanju, kateri pristop je boljši od drugega, temveč kaj deluje za koga in v kakšnih okoliščinah. Poleg tega raziskave novejšega datuma vse bolj poudarjajo pomen lastnosti psihoterapevtov v primerjavi s tehničnimi značilnostmi posameznega psihoterapevtskega pristopa.

Razprava o paradoksu ekvivalentnosti (tj. odsotnosti diferencialne učinkovitosti kljub tehnični raznolikosti psihoterapevtskih pristopov; Stiles, Shapiro in Elliot, 1986), bolj poznanem kot Dodova razsodba, in o specifičnem vs. nespecifičnem delovanju psihoterapije ima v strokovni psihoterapevtski literaturi že dolgo zgodovino. O tem je pisal že Rosenzweig (1936). Carl Rogers je svetovno znan po svoji identifikaciji treh „nujnih in zadostnih“ (angl. „the necessary and sufficient“) pogojev za terapevtsko spremembo (Rogers, 1957). Niti ni mogoče ignorirati raziskave Wampolda in sodelavcev (Wampold idr., 1997), ki je bila objavljena v reviji *Psychological Bulletin* (ta se po faktorju vpliva nahaja na 2. mestu med vsemi psihološkimi znanstvenimi revijami) in ki je empirično potrdila omenjeno Dodovo razsodbo z metaanalizo raziskav izida, ki so primerjale različne psihoterapevtske pristope. **Obseg raziskovanja, ki je bilo doslej izvedeno na področju**

paradoksa ekvivalentnosti in skupnih terapevtskih faktorjev, je resnično velik, zato ga nobena resna komparativna razprava o psihoterapiji ne more in ne sme zaobiti.

Ameriško psihološko združenje je leta 2010 izdalo poročilo, da ni dovolj raziskav, ki bi odgovorile na vprašanje, ali so psihologi učinkovitejši psihoterapevti kot drugi strokovnjaki, niti ni dovolj dokazov, iz katerih bi lahko sklepali o učinkih usposabljanja na učinkovitost psihoterapevta. Empirična literatura ne zagotovi zadostne baze dokazov za odgovore na ta vprašanja (Aherne, McElvaney, 2016).

D. Odsotnost dokazov o razlikah v diferencialni učinkovitosti izvajanja psihoterapije med strokovnimi profili

V interesu državljanov Slovenije bi bilo, da bi se diskurz o psihoterapiji od cehovskega prerivanja (in poskusov izrivanja) preusmeril na to, kar je še ključnega pomena poleg kliničnih kompetenc, in sicer učinkovitost. **Sedanja razprava o statusnih vprašanjih profilov, dejavnih na področju psihoterapije, ne bi smela potekati brez konkretnih dokazov o psihoterapevtski učinkovitosti ali neučinkovitosti določenega profila ali psihoterapevtske orientacije v slovenskem prostoru. Ni znana nobena slovenska raziskava, ki bi dokazala, da so klinični psihologi in/ali psihiatri bolj učinkoviti v izvajanju psihoterapije kakor profili, ki jim ZKP odreka legitimnost in strokovnost psihoterapevtskega delovanja.**

Še več, **navesti je mogoče raziskavo, ki trenutno poteka v Sloveniji in preučuje izzide psihoterapevtske obravnave v privatni praksi izven zdravstvenega sistema.** Njeni preliminarni rezultati (Černetič in Černetič, 2023) nakazujejo drugačno podobo od vtisa, ki ga ustvarja ZKP: podatki enoletnega (40 seans) rutinskega merjenja izida (angl. routine outcome monitoring, ROM) psihoterapevtske obravnave 20 klientov pri dveh psihoterapevtih integrativne relacijske modalitete so v povprečju **pokazali na klinično pomembno izboljšanje** (tj. spremembo, večjo od indeksa zanesljive spremembe) na vprašalniku OQ 45 (ki velja za v svetu najpogosteje uporabljano in najbolj raziskano splošno mero psihoterapevtskega izida), in sicer s kontinuiranim izboljševanjem stanja klientov tekom leta.

Slednja preliminarna raziskava je ena izmed raziskav, ki potrjuje tudi ugotovitve ene od pionirskih raziskav (Duncan, Miller, Wampold in Hubble, 2010), da **pacient, ki je obravnavan v psihoterapiji beleži 80% izboljšanja, v primerjavi s tistimi, ki niso.**

V psihoterapiji so znane številne raziskave o procesu in izzidu psihoterapevtske obravnave. O učinkoviti obravnavi klienta lahko največ preberemo v knjigi Guenterja Schiepeka (2015): “*Integrative Psychotherapy: A Feedback-Driven Dynamic Systems Approach*”, kateri je eden od svetovno znanih in vodilnih raziskovalcev na tem področju in dela katerega narekujejo razvoj psihoterapije v prihodnje.

E. Koristi in prihranki v zdravstvenem in socialnem sistemu ter drugih sektorjih

Na posvetu “Izzivi psihoterapije v slovenskem prostoru - različni pogledi, skupne rešitve” smo med drugim predstavili tudi dva primera dobre prakse multidisciplinarne obravnave psihoterapevta, kliničnega psihologa in psihiatra. Zaključki so bili naslednji:

- 1. Celostna obravnava klienta / pacienta omeji nastalo škodo zaradi posledic bolezni, s čimer se zmanjša možnost nastanka kronične bolezni in invalidnosti, posameznik se hitreje vključi v družbo in učinkovito vrne v svoje življenjsko okolje ter deluje kot polnovreden član skupnosti.**
- 2. Celostna obravnava je pomembna tudi za razbremenitev stroškov proračuna zaradi bolniških izostankov in nadomestil ob istočasni integraciji posameznika v delovni proces in s tem prispevanja k povečevanju družbenega prihodka.**
- 3. Sodelovanje je pomembno z vidika psihiatra, saj je tovrstna obravnava časovno veliko smotrnejša, saj psihoterapevt pacienta lahko obravnava na redni tedenski ravni, kar je za pacienta mnogo bolj učinkovito in zadovoljujoče in v psihiatrični ambulanti ni izvedljivo. Tako ostane psihiatru vloga odločanja o stopnji in trajanju potrebnih ukrepov zdravljenja ter usmerjanju v druge morda potrebne obravnave. Kasneje se vloga psihiatra skrči na nekaj rednih obiskov letno oziroma na obdobja morebitnih poslabšanj psihičnega stanja, ki jih v psihoterapevtski obravnavi ne uspeta razrešiti. Taka obravnava razbremeni psihiatrične ambulante nepotrebnega vračanja pacientov zaradi kriznih situacij, ki jih doživljajo ob pomanjkanju podpore. Čas, ko je potrebna bolj intenzivna obravnava s strani psihiatra, se**

pomembno skrajša in s tem omogoči sprejemanje novih primerov in krajšanje čakalnih dob na psihiatrično obravnavo.

4. **Podobno velja tudi za vlogo kliničnega psihologa v procesu, saj se le ta vključuje v postopku diagnostike in predvsem takrat, ko je s strani psihiatra podan dvom o naravi motnje.** Večina pacientov, ki so obravnavani v psihiatričnih ambulantah izven bolnišnice, ne potrebuje podrobnejše ocene s strani kliničnega psihologa, tako kot tudi veliko klientov redko potrebuje dodatne obravnave pri psihiatru, če jim je zagotovljena ustrezna in kvalitetna psihoterapevtska obravnava.

Evropska zveza za psihoterapijo ob analizi stroškov navaja:

- **30 letne raziskave so pokazale, da je bil v 90% primerov strošek drugih zdravljenj večji, kot bi bil strošek psihoterapije (Golden, 1997)**
- **Raziskave so pokazale, da je celoten strošek zdravljenja ljudi, ki so opravili uspešno psihoterapevtsko obravnavo za 17% manjši v primerjavi s tistimi, ki psihoterapije niso bili deležni. Njihov strošek zdravljenja se je povečal za 12,3% (Chiles, Lambert and Hatch, 1999, 2002).**
- **Primerjava podatkov iz časa pred vstopom v psihoterapevtsko obravnavo in po njej pokaže, da se je pogostost obiskov pri osebnem zdravniku zmanjšala za 49%. Rezultati tudi kažejo, da se je število bolnišničnih dni pri ljudeh, ki so imeli psihoterapijo vključeno v svojo celotno zdravstveno obravnavo, v povprečju zmanjšalo za 2,52 dneva na osebo (Golden, 1997).**
- **Na Poljskem (strošek Poljske se zrcali v vsaki evropski državi) je letni strošek zdravljanja depresije 40 milijonov EUR. Strošek zavoda za socialno zavarovanje (Polish Social Insurance Institution) pa 176 milijonov letno, izključno za depresijo. 80% vseh pacientov, ki trpijo za depresijo v najboljši dela zmožni starosti in sicer med 30. in 59. letom.**

V Švici je velik tim psihoterapevtov pridobil financiranje za raziskovalni projekt, s katerim so želeli pridobiti informacije o točnem številu ur psihoterapevtskih obravnav, s katerimi psihoterapevt doseže učinkovito obravnavo za klienta ter pridobiti informacije o učinkovitosti posameznih psihoterapevtskih pristopov. Na podlagi slednjega projekta so izsledke objavili v znanstvenih objavah, v kateri so prišli do naslednjih ugotovitev:

- učinkovitost psihoterapevtske obravnave se je pokazala že pri 45 srečanjih s psihoterapevtom (srečanja razporejena v 62 tednih) - zmanjšanje simptomov pri 46% pacientov in pri 74% izboljšanje simptomov in ozdravitev (Grünwald S., Kiss A. Z., Keller C., 2008);
- niso bile statistično pomembne povezave med vrsto psihoterapije in njenim izidom. Pokazale pa so se pomembne povezave med stopnjo strokovnih izkušenj terapevta, težo duševnih motenj pri klientih in njihovim odzivom na zdravljenje ter kvaliteto terapevtske delovne alianse med terapevtom in klientom (Tschuschke V., et al., 2015).

3. ZKP v dokumentu "Odziv stroke na Sklep DS" opozarjajo tudi na (citiramo): "neresnične in zavajajoče podatke, ki so se znašli v sklepu Državnega sveta" in sicer (ležeče):

"Priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) 1 psihoterapevt na 1000 prebivalcev NE OBSTAJA, kar potrjujejo tudi na NIJZ. Podatek je neresničen, a ga predstavniki SKZP, Teološke fakultete in Univerze Sigmunda Freuda kljub temu uporabljajo v svojih argumentih v debati o zakonu o psihoterapiji in se je posledično znašel tudi v sklepu Državnega sveta. Trditve, zasnovane na neresničnih podatkih, ne bi smele imeti prostora v državnih institucijah, kot je Državni svet."

Odgovor Slovenske krovne zveze za psihoterapijo:

Da Slovenija potrebuje enega psihoterapevta na 1000 prebivalcev izhaja iz primerljivosti poklica psihoterapevt s psihologom ali družinskim zdravnikom:

- npr. Argentina, z največjim številom psihologov na prebivalca, ima po statistikah WHO, 222 psihologov na 100.000 prebivalcev, kar je 2,2:1000.
- Razmerje je primerljivo tudi s številom družinskih zdravnikov, ki je v Sloveniji sicer manjše od 1:1000, a so potrebe večje. Leta 2009 je bilo aktivnih 169 zdravnikov splošne medicine in 873 družinske medicine. Leta 2021 pa 108 zdravnikov splošne medicine in 1.265 družinske medicine. Ob tem je potrebno upoštevati povečanje števila zavarovancev od leta 2004 za 165.000 oseb. Vir: <https://www.zdravniskazbornica.si/za-javnost/druzinski-zdravniki>

Druga primerjava izhaja iz zapisa M. Možine (2010, str. 17), ki pravi: **“Po najstrožjih evropskih ocenah bi naj psihoterapevtske storitve nujno potrebovalo 5% prebivalstva, nekoliko manj nujno pa do 20%. Če vzamemo 5% od 2 milijonov Slovencev, je to 100.000 ljudi, ki bi potrebovali psihoterapijo. Če upoštevamo, da lahko en psihoterapevt s polnim delovnim časom obravnava 15 do 30 pacientov, odvisno od njegovega psihoterapevtskega pristopa in od odločitve za visoko ali nizko frekvenčno obravnavo, bi v Sloveniji potrebovali okoli 5000 psihoterapevtov, ki bi ves svoj delovni čas posvečali psihoterapiji.”**

Odgovori SKZP na ostale točke, ki jih ZKP v dokumentu “Odziv stroke na Sklep DS” navaja kot neresnične in zavajajoče, so podani v sklopu zgornjih odgovorov.

“Primerjalne študije nam ne dajo odgovora na vprašanje kdo je lastnik psihoterapije, zato lahko sklepamo, da je vojna za teren preprosto bitka za ozemlje, boj za oblast med strokami, ki ne temelji na znanstvenih dokazih, temveč na občutku upravičenosti” (Aherne, McElvaney, str. 64, 2016).

Ne glede na nasprotujoča si stališča, si Slovenska krovna zveza za psihoterapijo še vedno prizadeva za iskanje skupnih rešitev.

S spoštovanjem,

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo