

# ***Kairos***

A hand holding a pen, writing on a document, with a blurred background and decorative circles.

**Za slovenski zakon  
o psihoterapiji:  
Psihoterapija kot  
samostojni poklic  
in avtonomna  
znanstvena veda**

# **Kairos**

Slovenska revija za psihoterapijo  
*Slovenian Journal of Psychotherapy*

Posebna elektronska tematska izdaja  
*Special electronic thematic edition*

ISSN 1854-9373

## **Izdaja / Published by**

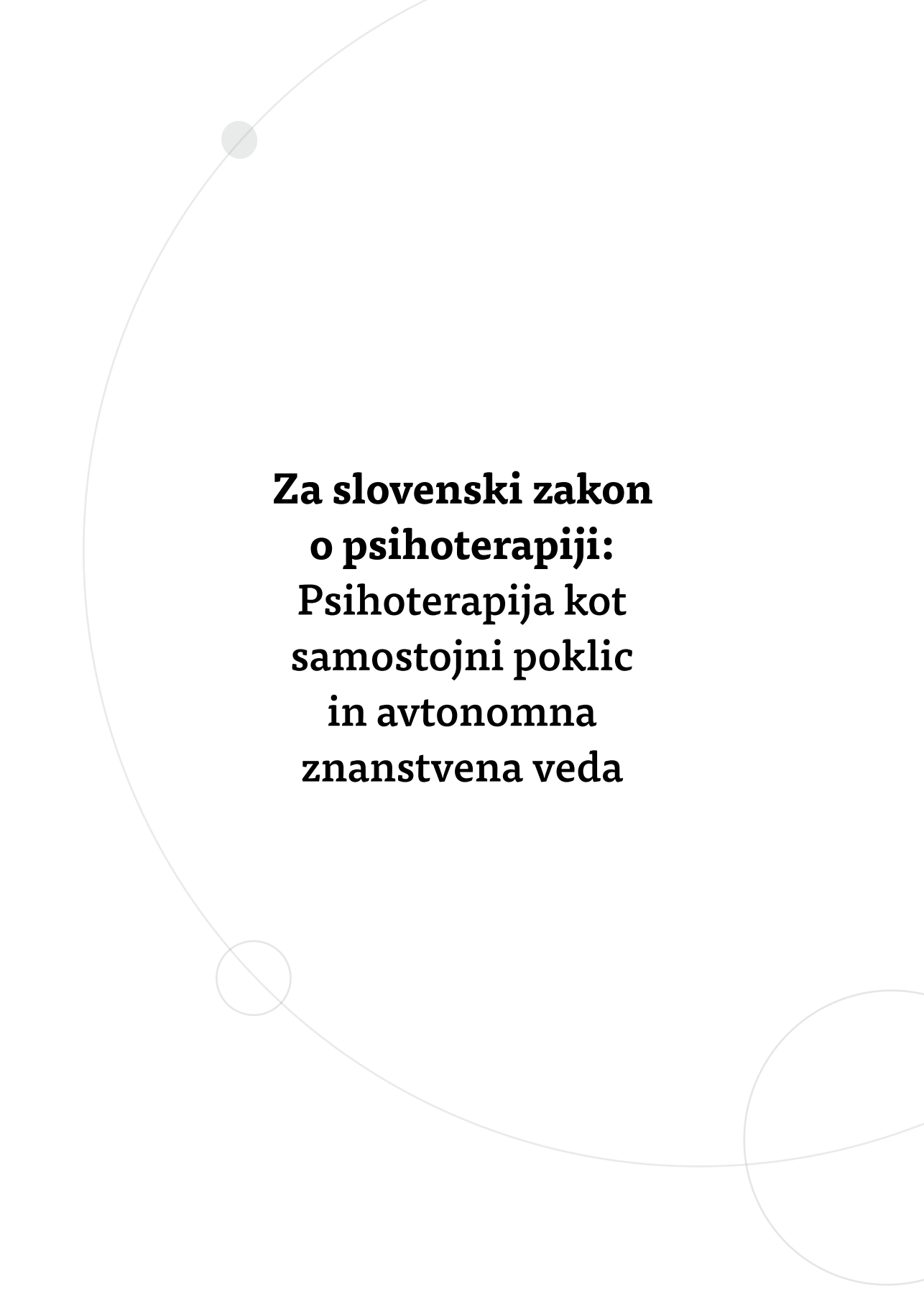
Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), Čufarjeva cesta 5, 2000 Maribor;  
e-pošta: [kairos@skzp.org](mailto:kairos@skzp.org); spletni naslov: [www.skzp.si/kairos](http://www.skzp.si/kairos)

## **Urednik posebne tematske izdaje / Editor of special thematic edition**

Miran Možina Ulica Metoda Mikuža 16, 1000 Ljubljana, Slovenija;  
e-pošta: [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)

## **Tehnični urednik / Technical editor**

Kostja Bras, e-pošta: [kairos.kostja@gmail.com](mailto:kairos.kostja@gmail.com)



**Za slovenski zakon  
o psihoterapiji:  
Psihoterapija kot  
samostojni poklic  
in avtonomna  
znanstvena veda**

## Vsebina / Content

### Strokovni del

- 7 Miran Možina  
Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem
- 35 Miran Možina  
Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri
- 71 Miran Možina  
Slovenska psihoterapija na prelomnici
- 85 Janko Bohak  
Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo
- 93 Miran Možina in Janko Bohak  
Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti
- 117 Miran Možina  
Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?
- 161 Miran Možina  
For psychotherapy as an autonomous profession: What is happening in Europe
- 205 Miran Možina  
Psychotherapy as integral part of comprehensive health care
- 233 Miran Možina in Igor Okorn  
Challenges of the development of mental health care in Slovenia
- 245 Miran Možina  
Uvodnik o družbenih dimenzijah psihoterapije
- 253 Miran Možina  
V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije
- 275 Janko Bohak  
Dolga pot do akreditacije Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani
- 281 Miran Možina  
Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani
- 305 Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc, Primož Rakovec  
Čas za zakon je dozorel: uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji
- 339 Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc, Alenka Milič, Primož Rakovec  
Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija?
- 369 Miran Možina, Tomaž Flajs, Romana Kress, Irena Kosovel, Urška Kranjc, Primož Rakovec  
Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija?
- 389 Miran Možina in Urška Kranjc  
Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske
- 427 Miran Možina  
Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev v Avstriji: kaj se lahko naučimo na primeru Avstrije?
- 497 Tamara Prevendar  
The process of establishing and regulating the profession of psychotherapy in Croatia
- 521 Heinz Laubreuter  
About psychotherapy science

- 531 Heinz Laubreuter  
**Profession and discipline of psychotherapy**
- 545 Miran Možina, Tomaž Flajs, Rudi Kotnik  
**Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in izobraževanja iz psihoterapije**
- 592 Miran Možina  
**Sodobni trendi regulative psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede po evropskih državah: kaj se lahko nauči Slovenija**
- 601 Miran Možina  
**Psychotherapy development and regulation in Belgium: What Slovenia can learn from the Belgian contradictions**
- 637 Miran Možina  
**Uvodnik o letu prelomljenih obljub Ministrstva za zdravje glede zakona o psihoterapiji**
- 671 Miran Možina  
**The contribution of Alfred Pritz to the development of psychotherapy in Slovenia**

### **Informativni del**

- 695 Alfred Pritz in Janko Bohak  
**Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije: pogovor z dr. Alfredom Pritzem, rektorjem Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja**
- 703 Janko Bohak  
**Freud in njegova dediščina**
- 713 Miran Možina in Sonja Merljak  
**Slovenija – psihoterapevtsko nerazvita država**
- 719 Miran Možina in Irma Hus  
**Na področju psihoterapije za Avstrijo zaostajamo trideset let**
- 727 Miran Možina  
**Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno**
- 735 Janko Bohak  
**O depresiji: Intervju z Jankom Bohakom**
- 741 Miran Možina  
**Ločimo poklicno od generične psihoterapije, psihoterapevte od šarlatanov in zakonsko uredimo psihoterapevtsko dejavnost**
- 749 Miran Možina in Irena Kosovel  
**Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028**
- 763 Irena Kosovel  
**Naša psihoterapevtska realnost – od besed k dejanjem**
- 771 Irena Kosovel in Irma Hus  
**O ustanovitvi »zbornice« psihoterapevtov in svetovalcev: Intervju z Ireno Kosovel**
- 781 Miran Možina  
**Študent psihoterapije naj bo**
- 789 Jasna Možina in Sara Žvikart  
**E pur si muove: Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani dobila nove prostore v središču mesta**
- 797 Miha Drevenšek  
**V Nemčiji z novim zakonom redefinirali poklic psihoterapevta in uvedli študij psihoterapije po maturi**
- 807 Miran Možina in Lucija Kavčič  
**Poklic psihoterapevta v Sloveniji še ni registriran, zato je zakonska ureditev nujna**
- 813 Irena Kosovel in Kim Germ  
**Psihoterapija mi je pomagala osmisлити življenje: Intervju z Ireno Kosovel**

- 831 Miran Možina  
**Uvodnik o Sizifovem delu na zakonu o psihoterapiji**
- 836 Miran Možina  
**Medijske objave o zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji v letu 2023: kratek uvod v izbor objav v informativnem delu Slovenske revije za psihoterapijo Kairos**
- 839 Urška Battelino in drugi  
**Psihoterapevt naj bo: O potrebi po zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede v Sloveniji**
- 847 Blaž Benedik Ivanov  
**»Življenje je težko.« Res primeren odgovor klinične psihologinje ljudem v stiski, ki potrebujejo dostopno in kakovostno psihoterapevtsko obravnavo?**
- 853 Mihael Černetič in Marinka Černetič  
**Ob rob intervjuju z dr. Sano Čoderl Dobnik na TVS1, 3. 9. 2023**
- 857 Robert Cvetek  
**O neustreznosti izjav dr. Sane Čoderl Dobnik v oddaji Intervju**
- 871 Irena Kosovel in Vanda Levstik  
**Imajo polna usta lepih besed, da ščitijo paciente, ampak v tem grmu tiči zajec: intervju z Ireno Kosovel**
- 887 Miran Možina in Andreja Barat  
**Pomirjevala in antidepresivi ne zdravijo, le blažijo simptome, vzroki pa ostajajo nepojasnjeni in nenagovorjeni: Intervju s psihiatrom in psihoterapevtom Miranom Možino**
- 901 Katja Knez Steinbuch, Miran Možina in Katarina Keček  
**Za sprejetje zakona o psihoterapiji bo potreben dialog: intervju s Katjo Knez Steinbuch in Miranom Možino**
- 915 Robert Oravec  
**Kot pri vseh drugih zadevah gre tudi pri zakonu o psihoterapiji le za politiko, človeški egoizem in denar**
- 923 Blaž Mesec  
**S priznanjem psihoterapevtskega poklica in stroke lahko pridobimo vsi**
- 927 Blaž Mesec  
**Zakaj psihiatri in klinični psihologi v zdravstvu nasprotujejo psihoterapiji kot poklicu?**
- 931 Irena Kosovel, Robert Cvetek, Franci Gerbec, Urška Kranjc Jaška, Miran Možina  
**Izjava za javnost ob Dnevu duševnega zdravja, 13. oktober 2023**
- 937 Irena Kosovel, Franci Gerbec, Urška Kranjc Jakša, Miran Možina  
**Odziv na pobudo Zbornice kliničnih psihologov glede presoje etične ustreznosti implementacije psihoterapevtskega pilotnega projekta v zdravstvu in pobuda do opredelitve Komisije RS za medicinsko etiko do ravnanja Zbornice kliničnih psihologov**
- 947 Anja Koželj  
**Iniciativa za zdrave odnose v šolah: Odprto pismo ministrici za zdravje dr. Valentini Prevolnik Rupel, ministru za vzgojo in izobraževanje dr. Darju Feldi in ministru za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Luki Mescu**
- 951 Neposvečeni sladoledar  
**Sladolegarska štorija**
- 955 Albert Mrgole in Nika Vistoropski  
**Vse se začne v odnosu med staršem in otrokom: Intervju z dr. Albertom Mrgoletom**

## MIRAN MOŽINA

### KRATKA ZGODOVINA PSIHOTERAPIJE NA SLOVENSKEM<sup>12</sup>

#### Uvod

Z zgodovino slovenske psihoterapije sem se začel bolj sistematično ukvarjati leta 2001, ko naju je z Jankom Bohakom Alfred Pritz povabil, da napiševa poglavje o slovenski psihoterapiji za knjigo *Globalized Psychotherapy* (Bohak in Možina, 2002ab). Že takrat sem ugotovil, da je o tem zelo malo napisanega in sem opravil nekaj intervjujev (npr. z Milošem Kobalom, Bernardom Stritihom), da sem si s tem pomagal izrisati bolj jasno sliko. Od takrat mi tema ne da miru, tudi zato, ker gre za polpreteklo zgodovino, v kateri sem pred tridesetimi leti stopil na psihoterapevtsko pot in aktivno sodeloval v številnih dogodkih, ki jih v tem članku opisujem.

#### Ključne faze v razvoju slovenske psihoterapije

Na osnovi Pritzovega kratkega prikaza zgodovine avstrijske psihoterapije (Pritz, 2002) sem oblikoval ključne razvojne korake oz. faze razvoja psihoterapije na Slovenskem (Možina, 2008):

- **faza nastavkov in predhodnikov** v 19. stoletju in prej: V tej fazi predhodniki in odkritelji psihoterapijo razvijajo kot obliko človekovega duhovnega iskanja in kot prakso pod različnimi imeni. V 19. stoletju je predvsem pomembno odkrivanje učinkov hipnoze in njena uporaba za zdravljenje duševnih motenj (Mesmer, Charcot, Liebault, Bernheim), kar pa ni privedlo do sistematskega razvoja psihoterapije do konca 19. stoletja, do Sigmunda Freuda (1856–1939), utemeljitelja psihoanalize. Če upoštevamo Ellenbergerjevo mnenje (cit. v Erić, 2006), da je vsak, ki je v zgodovini imel vlogo zdravilca (šamani, vrachi, svečeniki, filozofi, teologi, zdravniki), v zdravljenju kazal psihoterapevtske elemente, ki so imeli velik pomen, pa če so se tega zavedali ali pa ne, potem bi tudi v Sloveniji lahko našli zanimive posameznike, ki so delovali kot zdravitelci, pa bi v njihovi zdraviteljski praksi tudi lahko našli marsikakšen element hipnoze oz. magnetizma (npr. Jurij Humar, ljudski zdravnik, karizmatični duhovnik in zdravilec, ki je od 1876 do 1890 deloval na Primorskem na Dolenjskem (Periček Krapež, 2007)).
- razvoj psihoanalize kot organiziranega družbenega gibanja: V primerjavi z Avstrijo smo okoli šestdeset let te faze zamudili, zato sem jo v Sloveniji poimenoval **faza zamujenih priložnosti** (1900 do 1960). Freud je utemeljil psihoanalizo, ki jo laiki še danes enačijo s psihoterapijo<sup>3</sup>. To mu je uspelo zato, ker ni razvil psihoanalize le kot psihoterapevtske

<sup>1</sup> Članek posvečam Leopoldu Bregantu, začetniku slovenske psihoterapije, ki mi je z očetovsko avtoriteto in oporo pomagal pri vstopanju na poklicno pot psihoterapevta.

<sup>2</sup> Članek je izšel v knjigi Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. (2011). Psihoterapija. Ljubljana: IPISA: str. 11-55.

<sup>3</sup> Psihoterapija se je že v prvi polovici dvajsetega stoletja razvijala po številnih tokovih. Naj na tem mestu omenim vsaj nekatere. Že samo na Dunaju se je v drugem desetletju dvajsetega stoletja razvila druga psihoterapevtska šola, ti. individualna psihologija Alfreda Adlerja (1870-1937). Zаметki tretje dunajske šole, ti. logoterapije Viktorja Frankla (1905-1997), so se začeli med obema vojnama, uveljavitev pa je doživela po drugi svetovni vojni (Ramovš, 2010). V Švici je razvijal svoja dognanja Carl Gustav Jung (1875 – 1961), ki se je sicer ogrel za Freudovo psihoanalizo, vendar mu njegova dogmatičnost ni ustrezala in je njegove temeljne koncepte razširil. Šele njegovi učenci pa so pred njegovo smrtjo razvili samostojen pristop, ti. analitično psihologijo. Med obema vojnama se je začela razvijati tudi vedenjska terapija, ki je doživela svoj razcvet v petdesetih in šestdesetih letih (Antony in Roemer, 2003) podobno kot družinska terapija (Možina, Štajduhar, Kačič, Šugman Bohinc, 2010). V prvi polovici dvajsetega stoletja so se razvijale tudi ti. eksistencialno-humanistične

metode in ni vplival le na krog sodelavcev, ampak je bil izjemno ploden in dober pisec oz. pisatelj (dobil je na primer prestižno literarno Goethejevo nagrado), tako da so njegova dela postala del evropske kulture. Po njegovi zaslugi se je psihoanaliza razvila tudi kot filozofija in orodje (samo)spoznavanja onstran patološkega. Hkrati je bil neumoren organizator in vodja psihoanalitičnega gibanja, ki je razvilo sistematično izobraževanje, redna strokovna srečanja, bogato izdajateljsko in danes bi rekli promocijsko dejavnost. S tem je dal zgled, kako je možno celostno razvijati stroko oz. organizirati psihoterapijo kot avtonomno družbeno gibanje.

- **razvoj psihoanalitskega izobraževanja pomeni rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta** (1960 – 1980): začetek sistematičnega izobraževanja iz neoanalitskega pristopa Schultz-Henckeja je obeležilo rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta, povezujemo pa ga z Leopoldom Bregantom;
- **promocija psihoterapije preko publikacij** se je začela sredi sedemdesetih letih;
- **razvoj različnih psihoterapevtskih pristopov** s programi izobraževanja, ki se postopno razvijajo do visoke strokovne ravni, je značilen za mladostniško obdobje slovenske psihoterapije, ki se je začelo v osemdesetih letih;
- **oblikovanje krovnih organizacij**, ki preko posameznikov ali organizacij povežejo različne psihoterapevtske pristope za uveljavitev psihoterapije kot avtonomnega poklica pomeni prehod v zgodnje odraslo obdobje slovenske psihoterapije. V Sloveniji je do tega prišlo leta 1998 z ustanovitvijo Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, po drugi strani pa je delno prevzemalo vlogo krovne organizacije tudi Združenje psihoterapevtov Slovenije, ki se je istega leta oblikovalo iz Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva;
- **reguliranje področja z zakonom o psihoterapevtski dejavnosti**, ki ureja izobraževanja in usposabljanja preko akreditiranja izobraževalnih ustanov in programov, sistem licenc (register psihoterapevtov) in etični nadzor. Leta 2006 je bila pod okriljem Ministrstva za zdravje ustanovljena Delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti;
- **integracija izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v akademski svet** in razvijanje mreže univerz, ki imajo psihoterapevtske programe. Pri akademizaciji psihoterapije je hkrati pomembno povezovanje akademskih institucij z društvi in inštituti različnih psihoterapevtskih pristopov, saj univerze velikokrat težko zagotovijo , supervidirano psihoterapevtsko prakso in / ali osebno izkušnjo;
- **integracija psihoterapije v sistem javnega zdravstva**. Do zdaj v Sloveniji lahko opravljajo psihoterapevtske storitve le klinični psihologi in psihiatri, tudi če nimajo opravljenega izobraževanja in usposabljanja za poklicnega psihoterapevta.

Ko se oziram v preteklost, so se zgornje faze že bolj ali manj jasno izrisale, v prihodnosti pa bo slovenska psihoterapija dobila zrelo odraslo podobo predvsem s sprejetjem zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Ta bo omogočil doseganje nove kvalitativne ravni, npr. preko celovitejše integracije psihoterapije v sistem javnega zdravstva in številnih drugih posledic. Razdelitev na faze je seveda pomembna zaradi pregledne ureditve obsežnega zgodovinskega gradiva, dejansko pa se seveda faze tudi prepletajo oz. se dogajajo vzporedno. V tem članku sem se osredotočil na fazo zamujenih priložnosti, rojstvo slovenske psihoterapije, njena otroška in mladostniška leta in na oblikovanje krovnih organizacij. Ostale faze oz. stopnje

---

psihoterapije, preko avtorjev, ki se niso strinjali z mehanicističnim behaviorizmom in Freudovim intrapsihičnim determinizmom (npr. William James, Otto Rank, že omenjeni Jung, Henry Murray), in ki so v šestdesetih prerasle v zrelo in prepoznavno gibanje (Schneider, 2003). V štiridesetih in petdesetih je razvil na klienta usmerjeno terapijo Carl Rogers (Bohart, 2003).



razvoja pa sem bolj podrobno prikazal v članku Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri (Možina, 2010).

### **Faza zamujenih priložnosti (1900 – 1960)**

Odločilen začetni razvojni korak v razvoju psihoterapije, ki je bil ob prelomu devetnajstega v dvajseto stoletje povezan s Freudom in razvojem psihoanalize, je Slovenija žal kljub bližini Dunaja zamudila (Lunaček, 1994).

»Dunaj, kjer je Freud delal skoraj vse svoje življenje, je tudi mesto, kjer so Slovenci študirali v tistem času, ko je bila Slovenija del Avstro-Ogrske monarhije. Med njimi je bilo veliko študentov medicine in psihiatrov. Pomembna osebnost je bil Alfred Šerko (1879-1938), ki se je v letih 1902-1903 kot študent logike in psihologije udeleževal Freudovih predavanj. Kasneje je Šerko postal svetovno znan zaradi svojih poskusov z meskalinom in svojega prispevka pri raziskovanju parafrenije. Po prvi svetovni vojni se je vrnil v Slovenijo, kjer je postal naš največji strokovnjak na področju psihiatrije, ugleden univerzitetni profesor in kasneje tudi rektor ljubljanske Univerze. Na žalost je močno nasprotoval Freudovim teorijam<sup>4</sup>« (Lunaček, 1992, str. 360).

»Ko se je po prvi svetovni vojni psihoanaliza iz svoje dunajske zibelke hitro širila po Evropi, se je v Sloveniji zanjo najbolj zanimala generacija mladih umetnikov, rojenih okrog 1900. Pomembno je, da omenimo vsaj dva: Slavko Grum in Vladimir Bartol. Oba sta se ostro sprla s profesorjem Šerkom, ki je poskusil zmanjšati njun vpliv. Grum je bil pomemben umetnik (po poklicu tudi zdravnik) in je okrog leta 1930 imel velik uspeh z eno izmed svojih ekspresionističnih dram (Dogodek v mestu Gogi). Njegova dela so polna psihoanalitičnih aluzij. Bartol je bil izredno izobražen človek, ki je že v starosti petindvajsetih let pridobil dva doktorata: iz filozofije in biologije. Skrbno je študiral vsa Freudova objavljena dela in tudi spremljal druge sodobne psihoanalitične avtorje. Še posebno pa ga je zanimala praktična psihoanaliza. Bil je tudi prvi, ki je resnično poskusil s psihoanalitično prakso<sup>5</sup>. Populariziral je psihoanalizo s članki v različnih revijah in na radiu, istočasno pa je bila psihoanaliza tudi predmet njegovih literarnih del, npr. zbirka kratkih novel *Al Araf* in pa roman *Čudež na vasi*, ki spada med redkosti v zgodovini psihoanalize, saj je glavna oseba mlad študent psihologije, ki s psihoanalitsko metodo reši nevrotične probleme kmečkega dekleta. Vendar je po letu 1934 zanimanje za psihoanalizo pojenjalo in psihoanalitski krog se ni oblikoval« (Lunaček, 1992, str. 360).

Milčinski v predgovoru k prvemu slovenskemu prevodu Freudovega dela piše, da je bil „službeni odnos zastopnikov naše javnosti do Freudovih naukov bolj in dlje kot marsikje drugod izrazito odklonilen. Katoliškim krogom brezbožniški in pohujšljivo opolzke, je bil Freud tudi vplivnim liberalnim strokovnjakom (npr. Šerku) neznanstven in smešno

<sup>4</sup> »Leta 1934 je Alfred Šerko izdal knjigo O psihoanalizi. V osmih poglavjih – Podzavestna duševnost, Spolnost, Narcizmus, Ideal jaza, Teorija nagonov, Problem kulture, Problem religije, Sanje – avtor z veliko erudicijo in nemajhno literarno veščino kot prvi predstavi širšemu krogu slovenskih razumnikov teorijo psihoanalize. V uvodu zapiše, da ni bilo lahko najti načina pisanja o tem tako modernem, tako obširnem in tako spornem vprašanju. Ko navidez na naklonjen način predstavi Freudov nauk, pa v zadnjem, devetem poglavju z njim prav neusmiljeno obračuna.« (Felc, 1996, str. 64-65)

<sup>5</sup> Lunaček (1994, str. 139) piše o Bartolovi psihoanalitični praksi takole: »Ohranjeni so zapisi njegovih seans. Sam sem imel v rokah že obledele lističe, na katerih so njegovi zapiski glede analitičnega dela: nekaj osnovnih podatkov o pacientu imenovanem z začetnicami, kje približno je doma, v nekaj besedah poglavitna simptomatika, zatem pa zapis sanj, asociacije nanje. To je pa tudi vse. Nobenih opomb, nobene besede o lastnih intervencah.«

špekulantski. Ta stališča so se neslavno znašla v svojih učinkih na oni plati, kjer so bili tudi nemški nacisti, ki so 1933. leta začeli sežigati literarna dela židovskih avtorjev... Vojna vihra je interes za psihoanalizo postavila na hladno. Osvoboditev za čuda tudi ni prinesla pri nas nikakršnega prevrata v prid Freudovim idejam. Prejšnje toge katoliške in klasično psihiatrične in psihološke argumente proti psihoanalizi so le nadomestili ustrezni odklonilni ideološko poudarjeni sovjetski nazori, ki so videli v psihoanalizi eno od onih nezdravih smeri v psihologiji, ki goji 'iracionalistične in mistične tendence' ter nasprotuje 'najnaprednejšim momentom jasnega in razločnega kartezianskega pojma zavesti', pač ker prenaša težišče človekove psihike 'z višjih, zgodovinsko nastalih oblik zavesti na njene predzgodovinske, primitivne – globinsko psihološke – osnove, z zavestnega na izvenzavestno, instinktivno, tako da je bila zavest ponižana na zakrinkan mehanizem brez realnega vpliva na človekovo vedenje, katero da poganjajo izvenzavestni goni... Povojna uradna sovjetska psihologija je zamerila Freudu in njegovi psihoanalizi, da 'izloča kognitivno plat zavesti iz okvir psihike' in da 'reducira duševnost na temne, v globinah skrite nagone, v katerih se koncentrirajo to, kar da je izrinjeno iz zavesti...' (Rubinstein, 1962, cit. v Milčinski, 1975, str. 5-6)"

In nato nadaljuje (Milčinski, 1975, str. 6): „Takšna stališča do Freuda in psihoanalize je bilo v povojnih letih pri nas bolj čutiti kot pa čuti, vendar je bilo očitno že to dovolj, da založniške hiše Freuda v svoj program niso sprejele.”

Zanimivo je, da je med vojnami psihoanaliza oplazila tudi skupino levo usmerjenih ljubljanskih študentov (npr. Filip Kubatovič, Drago Šega). Bili so marksisti in ko je postal sovjetski režim po letu 1935 psihoanalizi nenaklonjen, je to zadelo tudi njih. Zagrozili so jim, da jih bodo vrgli iz partije, če se bodo še nadalje ukvarjali s psihoanalizo (Lunaček, 1994).

Po letu 1945 psihoterapija zaradi ideoloških predsodkov dolgo ni mogla zaživeti v učinkovitejši uporabi in samostojno. Lev Milčinski (1989, str. 7) se takole spominja odklonilnega odnosa do psihoterapije v ljubljanski psihiatrični bolnici po drugi svetovni vojni: »Vojna je minila, vendar se atmosfera, v kateri naj bi zrasla psihoanalitska in psihoterapevtska veja, ni prav nič izboljšalo. Mogoče je bila celo za spoznanje slabša. Zakaj? Naši narcistični ideologi, močno naslonjeni na Sovjetsko zvezo v tem povojnem času, so pač po svoji orientaciji takorekoč morali psihoanalizo odklanjati in prof. Kanoni, ki je bil takrat direktor naše psihiatrije, je navzlic temu, da je po mojem mnenju latentno bil zelo talentiran za psihodinamski, da ne rečem psihoanalitski pogled na stvari – je tudi kot dober državljani potem tej liniji pritegnil za določen čas. Spomnim se dogodka, ko je bil prof. Vujić iz Beograda povabljen na predavanje in je izrazil svoje pozitivno stališče do psihoanalize in do Freudove teorije. Kako je bil ta gost iz Beograda deležen hude kritike s strani prof. Kanonija! Nastala je mučna situacija, ki je še dolgo odmevala ne samo v medicinskih in psihiatričnih krogih, ampak tudi drugače v družbi. No, moram reči, da je kasneje prof. Kanoni ta svoja stališča bistveno spremenil in v naši hiši ni bilo potem nobene ovire več za uveljavljanje psihoterapevtskih ali pa psihoanalitskih nauk.«

Od leta 1945, ko ni bila dovoljena nobena privatna praksa ali pobuda, je imel profesor Anton Trstenjak (1906-1996), priznan psiholog, filozof<sup>6</sup> in psihoterapevt samouk svojo »skrivno« prakso v svojem stanovanju. Njegova vrata so bila odprta za vse, ki so trpeli ali pa so bili v osebnem precepu ali v stiski: bogati ali revni, znani ali neznani, neizobraženi ali izobraženi. Za svoje svetovanje ni zahteval plačila. Nikoli ni bil voditelj, ki bi zbral krog privržencev ali organiziral psihoterapevtsko šolo. Pač pa je pomagal vsakemu, ki ga je prosil, z

<sup>6</sup> Trstenjak je bil profesor psihologije na Teološki fakulteti. Napisal je 38 knjig in okoli 500 člankov, ki so bili objavljeni v Sloveniji in v drugih evropskih državah.

informacijami, nasveti, mentorstvom in podporo (Ramovš, 1999)<sup>7</sup>. Glede na moderne psihoterapevtske standarde bi ga lahko imenovali »starosta«. Svojo psihoterapevtsko prakso je osnoval ne samo na svoji osebni integriteti in karizmi, ampak tudi na svojem obsežnem poznavanju psihološke in filozofske literature.

V petdesetih in šestdesetih letih so se razmere za razvoj psihoterapije počasi izboljšale, še posebej v okviru psihiatričnih služb. V razvoju psihiatrije so bili v petdesetih letih storjeni trije pomembni koraki: ustanovitev novih psihiatričnih bolnic, povečanje števila zdravnikov in uvajanje učinkovite medikamentozne terapije. Omogočili so izboljšanje zdravljenja duševno bolnih: doba hospitalizacije se je skrajšala, razvilo se je psihiatrično zdravljenje izven bolnic (Kramar, 1989a). Po vsej Jugoslaviji so se pojavili dispanzerji za mentalno zdravje kot del ambulantnih medicinskih storitev. Strokovno sodelovanje med psihiatri in psihologi v teh dispanzerjih je počasi postalo vsakodnevna potreba. Na začetku je bila naloga psihologov, da so razvili psihodiagnostiko, vendar so bili tudi vedno vključeni v terapevtsko delo. Med psihologi in psihiatri je naraščala potreba po dodatni izobrazbi. Čeprav so se možnosti za podiplomski študij v Sloveniji izboljšale, na primer za klinično psihologijo<sup>8</sup>, je bilo sistematično psihoterapevtsko izobraževanje dostopno samo v tujini. Klinični psihologi so se pričeli zaposlovati tudi v drugih segmentih zdravstva (Slavica Toličič je že leta 1959 odprla vrata mentalni higieni znotraj pediatrije v osnovnem zdravstvu).

Leta 1952 je bila pod okriljem Zveze prijateljev mladine in pod vodstvom slovenskega pedagoga, prof. Gustava Šiliha v Mariboru, ustanovljena prva vzgojna »svetovalnica«. Leta 1955 ji je sledila ustanovitev vzgojne posvetovalnice v Ljubljani. Posvetovalnici sta predhodnici Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Mariboru in Ljubljani in sta tudi postali dober institucionalni okvir za uvajanje in širjenje psihoterapevtskih izhodišč pri obravnavanju otrok z učnimi težavami (Ribičič, Ribičič in Končnik Goršič, 1995).

### **Razvoj psihoanalitskega izobraževanja, rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta (1960 – 1980)**

Praper (2008) meni, da sta psihiatra Lev Milčinski (1916 – 2001) in Miloš Kobal v šestdesetih letih pripravila okoliščine, v katerih se je psihoterapija v Sloveniji lahko razvila. Milčinski je diplomiral medicino leta 1940 in je že v tem obdobju poznal nekatera Freudova dela, ki so ga še posebej privlačevala. Zanimiva je njegova izjava, da mu je psihoanalizo približal tudi prof. Šerko s svojimi sugestivnimi predavanji in demonstracijami (Likar, 1980). Prvi strokovni tekst o nevrozah je objavil že leta 1952 (Milčinski, 1952) in nato v šestdesetih (Milčinski, 1960, 1962), ko je tudi poročal o prvem jugoslovanskem psihoterapevtskem seminarju (1966a,b). Januarja 1954 je ustanovil psihiatrično ambulanto v okviru psihiatrične bolnice v Polju, ki je kasneje pod njegovim vodstvom prerasla v dispanzer na ti. Polikliniki. Brez poznavanja psihoanalitskega nauka v širokem pomenu besede si ni mogel „predstavljati strokovnega delovanja sodobne psihiatrične ustanove, psihohigienske ali vzgojne posvetovalnice, niti ne drugačnih institucij, kjerkoli je treba poznati mehanizme doživljanja in vedenja človeka v družbenem okolju.“ (Milčinski, 1975, str. 6).

<sup>7</sup> Trstenjak je med psihoterapevti zelo cenil Viktorja Frankla in prispeval k razvoju logoterapije v Sloveniji. Leta 1992 so ustanovili Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno.

<sup>8</sup> Leta 1960 so ustanovili na Univerzi v Ljubljani oddelek za podiplomski študij klinične psihologije, ki je bil eden izmed prvih v Evropi. Nosilec programa in ustanovitelj Katedre za klinično psihologijo je bil Borut Šali. (Zalar, Praper, Sever, Musek, Roškar, Škufca in Čoderl, 2002).

Kobal je postal direktor Psihiatrične bolnice v Ljubljani leta 1968, kjer je uvedel veliko izboljšav – od tega, da je dal podreti zid okoli bolnice, odprl večino oddelkov, dal odstraniti rešetke z oken do tega, da je v času „psihofarmakološke revolucije“, ko je leta 1969 uvedel vzdrževalno terapijo s flufenazin depojem in terapijo z litijem leta 1970, hkrati vztrajal, da si sodelavci pridobijo tudi znanja iz psihoterapije (Kocmur, 2001).

Začetki psihoterapije kot organiziranega strokovnega gibanja v Sloveniji segajo v konec šestdesetih let, ko so se uspešno združila prizadevanja Kobala in kliničnega psihologa Leopolda Breganta (1926-86) (Bregant, 1976, 1986), ki je prav tako najprej doštudiral pravo. Kobal je v letih 1962/63 prišel v stik z doktrino terapevtskih skupnosti in s Foulkesovim skupinsko analitičnim gibanjem v Londonu. Bregant se je kot prvi psiholog v slovenski psihiatriji zaposlil leta 1954 v Psihiatričnem dispanzerju v okviru ljubljanske Poliklinike in zaoral ledino klinične psihologije pri nas. Sprva se je posvetil uvajanju psiholoških testov in tehnik.

Njegov mentor je bil psihiater Lev Miličinski, ki je bil takrat široko razgledan po delih klasikov psihoanalitične misli Freuda, Adlerja in Junga. Bregant je imel pomembno oporo tudi v psihiatrinji prof. dr. Baziliji Pregelj, ki je spoznala skupinsko analizo v delavnici in na seminarju samega Foulkesa v Londonu (Praper, 2008). Miličinski je ugotovil, da obdobju samoukov sledi čas strokovno usposobljenih psihoterapevtov. Z ozirom na njegov ugled in položaj v zdravstvu mu je uspelo premagati ideološke predsodke do psihoterapije in v svojem mladem sodelavcu je prepoznal ustreznega človeka, ki ga je vredno poslati v tujino, da se naprej razgleda, katera psihoterapevtska šola bi najbolj ustrezala tako njemu kakor tudi specifičnim razmeram slovenske družbe, se zanj odloči in opravi integralno izobraževanje. Bregant se je odločil za Schulz-Henckejevo smer neoanalize in diplomiral na njegovem inštitutu v Göttingenu leta 1968 (Miličinski, 1986, 1989; Kramar, 1989a).

Leto 1968 je bila prelomnica v razvoju psihoterapije na Slovenskem, njeno rojstvo<sup>9</sup>. Bregant je postal vodja Centra za psihoterapevtsko izobraževanje, skoraj sočasno pa sta skupaj s Kobalom oblikovala dvosemestrski podiplomski psihoterapevtski študij, ki je bil obvezen za specializante psihiatrije in klinične psihologije (Kobal, 2009). In ker je potekala v okviru zdravstva, je dobila tudi organizacijski okvir kot Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva<sup>10</sup>. V izobraževalni tim sta Bregant in Kobal pritegnila priznane psihoanalitike iz Zagreba; kot občasni gostje pa so sodelovali tudi psihoanalitiki iz Beograda. Enoletni tečaj iz psihoterapije, vsebujoč teorijo, osebno izkušnjo in delo pod supervizijo, je kmalu postal integralen del specializacije za klinične psihologe in psihiatre.

Praper (2008, str. 22) piše: „Bregant je tudi vodil malo analitično skupino pacientov na psihoterapevtskem oddelku psihiatrične bolnice v Polju, v koterapevtskem paru s Francem Petermelom. V sedemdesetih letih se je v vlogi opazovalcev v tej skupini zvrstilo mnogo mladih specializantov. Bili smo tako željni izkušenj in zagreti v konzultacijah po vsaki seansi, da je bila to prava valilnica bodočih skupinskih terapevtov. V izkustveno skupino k Bregantu so se vključile tudi medicinske sestre oddelka za alkoholike v Škofljici, ki so potem izvajale skupinsko socioterapevtsko delo z alkoholiki, pa tudi nova generacija psihologov in

<sup>9</sup> Res je zanimivo, kje se odločimo, da je začetek nečesa. Zakaj se ne odločim(o), da je začetek slovenske psihoterapije Bartolovo pisanje o psihoanalizi in njegova psihoanalitska praksa? Ali pa Trstenjakova neuradna psihoterapevtska posvetovalnica? Zato ker je Bregant odigral na Slovenskem podobno vlogo kot Freud v Avstriji. Ni bil le glavni glasnik psihoanalitske misli, ampak je bil tudi odličen organizator. Torej ni dovolj imeti dobre ideje, potrebno jih je tudi družbeno organizirati in vztrajno uveljavljati preko izobraževanja in objavljanja.

<sup>10</sup> Prvi predsednik Psihoterapevtske sekcije je bil Miloš Kobal, ki je leta 1968 tudi postal profesor na Medicinski fakulteti v Ljubljani in hkrati za trinajst let direktor psihiatrične bolnišnice v Ljubljani.

psihiatrov, ki so se pozneje organizirali v Psihoterapevtski sekciji Slovenskega zdravniškega društva. Tako so se oblikovali tisti, ki so postajali nosilci psihoterapije na Psihiatričnem dispanzerju in na Centru za mentalno zdravje. Konec šestdesetih in v sedemdesetih letih so nastajale tudi psihohigienske službe v zdravstvenih domovih (Maribor in Kranj), v katerih smo psihoterapijo približali ljudem, jo razširili na otroke, da je bila dosegljiva brez napotnice in ob prvem stiku. V svojem rodnem Mariboru je Bregant educiral skupino psihoterapevtov, s katero je razvil skupinsko supervizijo, kar je bila takrat novost v svetu, predvsem pa v nekdanjem jugoslovanskem prostoru.<sup>11</sup> Na to, da je Bregant organiziral supervizijo že leta 1968, skupinsko supervizijo pa že leta 1972, kar je bila novost tudi v Jugoslaviji, smo lahko še posebej ponosni.<sup>11</sup>

Klinični psihologi, Peter Skuber, Peter Praper in Katja Dougan (Dougan, 1977), prej zaposleni znotraj Centra za korekcijo sluha in govora Zdravstvenega doma Maribor, so že leta 1969 ustanovili znotraj pediatrične službe samostojni Center za psihohigieno, ki je z leti prerastel v dispanzer in nato v Psihohigiensko psihiatrično službo za vso populacijo s tremi dispanzerji (pedopsihiatrični dispanzer, dispanzer za boleznin odvisnosti in dispanzer za odrasle)<sup>12</sup>. Po vzorcu mariborskega Centra za psihohigieno so leta 1972 na nivoju republike izdali priporočilo, naj vsak zdravstveni dom oblikuje mentalno higienko ustanovo, oddelek ali center. Ta premik izven takratnih psihiatričnih bolnic, s poudarkom na varstvu otrok, je na široko odprl vrata psihoterapiji v prvem kontaktu, hkrati pa tudi zaposlovanju psihoterapevtsko educiranim kadrom. Kliničnim psihologom v okviru javnega zdravstva so bile odobrene psihoterapevtske storitve že leta 1972 (Praper, 1997b).

V sedemdesetih je Kobal kot direktor psihiatrične bolnišnice v Ljubljani s svojim političnim vplivom in organizacijsko spretnostjo znatno prispeval k razvoju novih struktur, kjer so se lahko opravljale psihoterapevtske storitve, kot so center za mentalno zdravje z različnimi oddelki (npr. za krizne intervence, nočni in adolescentni oddelek ter oddelek za forenzično in socialno psihiatrijo), psihoterapevtski oddelek v psihiatrični bolnišnici, center za zdravljenje alkoholizma in pedopsihiatrični oddelek na pediatrični kliniki itd.

Stiki s psihoterapevtskimi združenji iz bivše Jugoslavije<sup>13</sup> in iz tujine so se intenzivirali. Oblikovali so se trije nosilni centri – beograjski in zagrebški, ki sta uvajala klinično psihoanalizo, in ljubljanski s svojim neoanalitičnim, relacijskim pristopom. Vse so nekaj desetletij povezovali znameniti Jugoslovanski psihoterapevtski seminarji v Plitvicah. Prostor

<sup>11</sup> Ker se je skupinska supervizija pri nas uveljavila že tako zgodaj, ni presenetljivo, da se je v osemdesetih prijavila tudi supervizija v ti. Balintovih skupinah. Psihiatra Miklavž Petelin in Marija Vegelj Pirc sta med drugim izvajala to obliko supervizije tudi za študente medicine od 1981 naprej (Možina in Škraba, 1983). Leta 1984 smo ustanovili Sekcijo za Balintove skupine Slovenskega zdravniškega društva. Kasneje sem skupaj z Bernardom Strihom vpeljal to obliko supervizije na področje socialnega dela (Stritih in Možina, 1992, 1992a). Leta 2001 smo organizirali mednarodni kongres Balintovih skupin v Portorožu (Možina, 2001).

<sup>12</sup> Peter Praper se takole spominja (1997b, str. 43): »Zaposlil sem se v dokaj specifičnem oddelku Zdravstvenega doma Maribor. To je bila enota, ki je vključevala ambulante za slušno in govorno motene. Ta segment je kmalu začel po določenih programih delati z otroki, ki so zaostajali v duševnem razvoju. Skratka, razvijal se je v pravo child guidance kliniko, kjer smo se srečevali surdopedagogi, psihologi, logopedi in seveda tudi zdravniki različnih specialnosti. Na tej osnovi je začela nastajati ideja o bolj avtonomnem oddelku, ki bi skrbel za mentalno higieno. Psihologi, ki smo takrat že specializirali klinično psihologijo, smo organizirali samostojen center za psihohigieno, ki je v svojih začetkih pravzaprav razvijal tiste discipline v psihologiji, ki so jih šele mnogo kasneje identificirali kot zdravstveno psihologijo. To je bila preventiva, zgodnja rehabilitacija otrok, rizičnih na vseh področjih, med njimi seveda tudi vedenjsko in nevrotično moteni... Naš tim je postal multidisciplinaren in veselje je bilo gledati, kako je nastajala služba, ki je pokrivala takrat še prazno področje mentalne higiene in psihoterapije otrok in mladostnikov.«

<sup>13</sup> Združenje jugoslovanskih psihoterapevtov je bilo tudi ustanovljeno leta 1968 in sicer iz treh psihoterapevtskih sekcij zdravniških društev – srbske, hrvaške in slovenske.

je bil odprt tudi drugim pristopom: Nada Anić je v Zagrebu razvijala vedenjsko terapijo, Stanislav Bras (1977a,b) v Ljubljani hipnoanalizo, Kopal se je specializiral za kratko psihodinamsko psihoterapijo (Kopal, 1977) in skupaj z Bregantom tudi uvedel skupinsko terapijo in terapevtske skupnosti na psihiatrične oddelke v psihiatrični bolnišnici v Ljubljani.

Psihiater Jože Lokar (1978; 1986a,b; 1987), ki se je med drugim skupaj s psihologom Hubertom Požarnikom (1979) in psihiatrom Slavkom Zihlerlom (1988) ukvarjal tudi z vedenjsko terapijo spolnih motenj, je od srede sedemdesetih let do svoje nenadne smrti leta 1997 uspešno razvijal Center za mentalno zdravje, na katerega oddelkih je bil glavni poudarek na psihoterapiji (npr. oddelek za krizne intervencije, ki so ga odprli maja 1974 (Lokar, 1983; Milač, 1984), oddelek za zdravljenje alkoholizma, oddelek za psihoterapijo nevroz, nočni oddelek s psihoterapijo psihoz, oddelek za mladostnike, telefonska linija „Klic v duševni tiski“ (Tekavčič Grad, 1984)).

V sedemdesetih letih je Bregant postal osrednja osebnost poglobljenega psihoterapevtskega izobraževanja, kar je bil pomemben nov korak v razvoju psihoterapije na Slovenskem. Mnogi psihiatri in klinični psihologi, ki so v času specializacije opravili uvodni dvosemestrski tečaj, so izobraževanje nadaljevali v eni od dveh skupin: ljubljanski in mariborski (Dogan, 1977). Obe skupini sta delovali poldrugo desetletje - od 1971. leta do Bregantove tragične smrti leta 1986. Poglobljeno in dolgotrajno izobraževanje je vsebovalo že navedene vsebinske sklope: teorijo, osebno izkušnjo v skupini in psihoterapevtsko delo pod supervizijo. Bregant se je zavedal, da ne more biti hkrati učitelj, supervizor in terapevt. Zato je svoje učence usmerjal v individualno učno analizo k zagrebškimi psihoanalitikom (npr. k Blaževičevi, Cividinijevi, Klainu in Kulenoviću).

Pomemben prispevek k razvoju klinične psihologije in psihoterapije v šestdesetih in sedemdesetih letih je dal tudi Stanislav Bras (Zalar, Praper, Sever, Musek, Roškar, Škufca, in Čoderl, 2002). Bil je izjemen diagnostik in tudi psihoterapevt. Psihodiagnostiko je širil na projekcijske tehnike, psihoterapijo pa na področje vedenjske terapije in hipnoanalize, pri čemer je tudi povezal analitski in hipnoterapevtski pristop z vedenjsko terapijo (Bras, 1977a,b).

V Jugoslaviji je v sedemdesetih Ljubljana poleg Zagreba in Beograda predstavljala enega od treh centrov izobraževanja na področju psihoterapije. Leta 1973 so se na prvem sestanku organizirali tudi edukatorji psihoterapije v Jugoslaviji. V Združenju psihoterapevtov Jugoslavije je skupina slovenskih edukatorjev predstavljala tisti napredni del, ki se je pričel zavzemati za subspecializacijo iz psihoterapije. Na sestanku v Mataruških toplicah v Srbiji leta 1977 so sprejeli tudi usmeritve programov, ki naj bi obsegali konzultacije, supervizijo in skupinsko didaktično analizo (Praper in Mrevlje, 1997).

V osnovnem zdravstvu (izven kliničnih bolnic) se je začelo skupinsko analitično delo v mali skupini nevrotično motenih odraslih pacientov leta 1976, ko je Praper pod supervizijo Breganta začel delo v takrat še zaprti skupini na Dispanzerju za psihohigieno v Mariboru (Praper, 2008).

Konec šestdesetih let so na podlagi sodelovanja z avstrijskimi strokovnjaki (Otto Wilfert, Raoul Schindler) na slovenska tla prišli tudi senzitivni treningi, preko katerih se je v sedemdesetih povečal interes za skupinsko dinamiko pri raznih strokovnjakih (npr. vzgojnih zavodih, šolstvu, psihiatriji). Med vodji teh treningov sta bila tudi Leon Lojk (2001), ki je od osemdesetih do danes postal osrednja osebnost razvoja realitetne terapije v Sloveniji, in

Bernard Stritih (1992, 1993), ki je od srede sedemdesetih let naprej uspešno povezoval znanja skupinske dinamike in psihoterapije s svetovanjem v okviru socialnega dela in s prostovoljnim delom na področju psihosocialne pomoči otrokom in mladostnikom s psihosocialnimi problemi.

Tudi v zdravljenju alkoholizma je v sedemdesetih prišlo do velikega razmaha. Alkoholološka služba se je razvila v mreži zdravstvenih ustanov, zelo pa so se razmahnile tudi skupine za samopomoč (t. i. klubi zdravljenih alkoholikov). Psihoterapija (predvsem skupinska) je v integralnem pristopu pri zdravljenju in rehabilitaciji alkoholikov dobila pomembno mesto (Ziherl, 1982; Ziherl in Česnik, 1987).

Za razvoj slovenske alkoholologije je imel velike zasluge psihiater Janez Rugelj, ki je leta 1971 osnoval alkoholološko bolnišnico v Škofljici in že takrat vključil psihoterapijo v program zdravljenja. To je bilo inovativno v svetovnem merilu (Rus Makovec, 2010). Ustanovil je več kot 100 Klubov zdravljenih alkoholikov po vse Sloveniji z okrog 2000 zdravljenj in njihovimi družinami. Izobraževal je več sto zdravnikov, socialnih delavcev, medicinskih sester in drugih strokovnjakov za terapevte (Ramovš, 2008). Rugljeva poklicna pot se je od tedaj vila med Scilo in Karibdo sporov in bojov za delo ter za priznanje in razvoj njegove ambulantne socialno andragoške metode, v katero je vključil tudi psihoterapevtske elemente (Rugelj, 1977, 1985).

V osemdesetih je skupina lakanovsko usmerjenih teoretikov odigrala pomembno vlogo v popularizaciji psihoanalitskih konceptov z intenzivnim prevajanjem in pisanjem izvirnih referatov pretežno o teoretični psihoanalizi. Vodilna osebnost te skupine, Slavoj Žižek (1982, 1983a, 1984, 1987, 1989, 1991), je danes v svetu najbolj popularen in prevajan slovenski avtor. Povezal je psihoanalitsko teorijo s filozofijo, kritiko ideologije in umetnosti. Leta 1982 je imel na simpoziju ob ustanovitvi Društva za teoretsko psihoanalizo tri predavanja (Žižek, 1983). Društvo je v okviru revije Problemi in kasneje tudi v okviru knjižne zbirke Analecta prispevalo tudi k prevodom in interpretacijam izvirnih Freudovih (npr. Freud, 1984, 1994 idr.) in Lacanovih tekstov (npr. Lacan, 1980 idr.).

Poleg Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva in Sekcije za klinično psihologijo in psihoterapijo Društva psihologov Slovenije, s katerima je v sedemdesetih letih povezana dominantna zgodba slovenske psihoterapije, pa se je pojavila še ena »sekcija«, Sekcija za skupinsko dinamiko in osebno rast Društva psihologov Slovenije, katere zgodba je marginalna in zato manj znana, čeprav je tesno povezana s prihodom novih psihoterapevtskih smeri v Slovenijo.

### **Sekcija za skupinsko dinamiko in osebno rast Društva psihologov Slovenije (1977 – 1992)**

Leta 1977 je bila v okviru Društva psihologov Slovenije ustanovljena Sekcija za skupinsko dinamiko in osebno rast. Kot pove že ime samo, je bila ena temeljnih idej ob ustanovitvi, da je za osebno rast bistvena skupina. V sekciji se je združevala tradicija novih skupinskih terapij humanistične usmeritve in skupinskih treningov, ki so se začeli z eksperimentom v Logatcu. Na začetku so v sekciji sodelovali strokovnjaki, ki so se ukvarjali s treningi skupinske dinamike (Bernard Stritih, Gabi Čačinovič Vogrinčič, Mirjana Ule, Blaž Mesec, Janez Bečaj, Branko Martinovič, Leon Lojk) in pa člani reichovskega seminarja (Vito Flaker, Zoran Pavlovič, Damjan Bojadžijev, Marjan Zupančič, Matjaž Lunaček, Marina Blatnik, Majda Širca, Rajc Vidrih), udeleženci prvih terapevtskih kolonij in taborov za otroke in

mladostnike (Bogdan Lešnik, Sonja Žorga, Bojan Dekleva), nekateri, ki so se ukvarjali s humanističnimi psihoterapijami (Tanja Lamovec, Maruška Krese) pa tudi drugi zainteresirani strokovnjaki (npr. Tilka Kren, Jože Peklaj, Gorana Flaker idr.). Imeli so mesečne sestanke in organizirali različne delavnice, ki so jih vodili bodisi člani sekcije ali vabljeni gostje iz tujine, npr. David Boadella, Gottfried Heuer in Anselm Wenger (Flaker, 2010).

Sekcija je od leta 1980 do 1992, ko je prenehala s svojim delovanjem, vsako leto organizirala tri do štiridnevne ti. poletne šole, na katerih so se srečevali psihologi, socialni delavci in drugi poklicni profili iz cele Jugoslavije, ki so se ukvarjali s psihoterapijo ali jih je le ta zanimala. Poletne šole so bile priložnost za spoznavanje novejših psihoterapevtskih metod in pristopov, od katerih so se mnogi kasneje povezali v Slovenski krovnii zvezi za psihoterapijo. Tajnik Sekcije je bil od ustanovitve do leta 1985 Vito Flaker. Na njegovo pobudo je Sekcija tudi organizirala prvo poletno šolo leta 1980 v Belem na Cresu. Od leta 1984, ko je bila v gradu Štatenberg, sta poletno šolo organizirali izmenično ljubljanski in mariborski del sekcije, ki je bil ustanovljen decembra 1981 (Kren, 2003; Pavlović, 1990).

V začetku je bila poletna šola načrtovana v majhnem obsegu, kot delavnica za člane sekcije, s ciljem raziskovanja in eksperimentiranja z različnimi tehnikami in metodami skupinske dinamike in skupinskih terapij. Z leti pa je pritegnila tudi do 150 udeležencev, saj je bilo vzdušje sproščeno, neposredno na izkustven način pa so se seznanjali s sodobnimi psihoterapevtskimi pristopi (predvsem gestaltom, TA, bioenergetiko, dinamično psihiatrijo, telesnimi terapijami, kreativnimi umetnostnimi terapijami, realitetno terapijo) preko kvalitetnih domačih (npr. Bernard Stritih, Anton Trstenjak, Tanja Lamovec, Vito Flaker, Bojan Dekleva, Tilka Kren, Zoran Zeljić, Breda Kroflič, Manica Lorenčič, Zoran Pavlović, Janko Bohak, Janez Svetina, Ciril Klanjšček, Breda Kroflič, Zora Burnik, Mirjana Ule idr.) in tujih predavateljev (npr. John Southgate in Jack Norrell iz Londona, Marijke Rutten Saris iz Nizozemske, Mladen Kostić, Josip Berger, Stanka Gavrić, Divna Perić Todorović, Vojin Matić, Liljana Klisić, Zoran Maksimović iz Beograda, Gertraud Reitz in Thomas Hessel iz Münchna).

Živi in sproščeni stiki na poletnih šolah so spodbudili številna nova prijateljstva in sodelovanja. Iz teh stikov so se začele razvijati tudi edukacijske skupine in drugi projekti. Naj jih tu navedem le nekaj:

- po poletni šoli leta 1983 v Zabičah je nastal projekt ti. »sosvetovanja« po Johnu Southgateju in Rosemary Randal (1984). Organizatorji poletne šole so se lotili prevoda ilustriranega priručnika Bosonogi psihoanalitik, ki so ga napisali člani »Združenja psihoanalitičnih svetovalcev Karen Horney« v Londonu in ga je izdala Višja šola za socialno delo v Ljubljani leta 1984 za interno uporabo. Sodelovanje z Johnom Southgatejem se je nadaljevalo tudi kasneje in pripeljalo do prevoda njegovega priručnika o skupinski dinamiki (Randall, Southgate in Tomlison, 1988);
- po poletni šoli v Štatenbergu se je novembra leta 1984 pod vodstvom Mladena Kostića in njegove žene Nade oblikovala edukacijska skupina iz gestalt skupine v Ljubljani in nato tudi v Mariboru (Peklaj, 2010);
- po poletni šoli v Štatenbergu leta 1986 se je začel projekt plesne terapije (Možina, 2004; Možina in Florjančič Kristan, 2004), ki je med drugim privedel do njenega uvajanja v okvir delovne terapije po psihiatričnih bolnicah (Petek, 2008);
- po poletni šoli v Bohinju leta 1989 se je po Sloveniji razširil projekt Mladinskih delavnic (Zoran Maksimović v sodelovanju z Gorano Flaker in Bojanom Deklevo, (po Pavlović, 1990));



- psihoterapija otrok in mladostnikov (Rutten Saris, 1992; Stritih, 1992; Stritih, Možina, Žnidarec Demšar in Kobal, 1998), ki se je razvijala v okviru poletnih taborov za otroke in mladostnike s psihosocialnimi problemi in kasneje v okviru Društva Odmev (Kobal in Možina, 2004) je bila stalno pomembna tema na poletnih šolah;
- iz senzibilizacije za potrebe otrok je del udeležencev poletnih šol razvil projekt za psihološke pravice otrok (Pavlovič, 1990).

Deloma tudi zato, ker se je prelila v številne nove projekte, je leta 1992 po poletni šoli Sekcija ugasnila.

### **Razvoj različnih psihoterapevtskih pristopov v mladostniških letih slovenske psihoterapije (od 1980 naprej)**

Že zgodba o Sekciji za skupinsko dinamiko in osebno rast kaže, da se je ob psihoanalitskih terapijah slovenski prostor že v sedemdesetih predvsem pa od začetka osemdesetih let do danes vse bolj odpiral različnim psihoterapevtskim metodam in pristopom oz. šolam. Omenimo jih nekaj:

- vedenjska in vedenjsko kognitivna terapija (Bras, 1977; Lokar, 1978, 1986a,b; Požarnik, 1984; Anič, Hribar, Janjušević in Slodnjak, 2004; Adamčič Pavlovič, 2006; Resman, 2008; Pastirk, 2010),
- avtogeni trening (Lindemann, 1974; Milčinski, 1974),
- dinamična psihiatrija (Stritih, 1988a,b),
- hipnoterapija (Bras, 1977; Lamovec, 1991; Latifi, 2004; Možina, 2005; Soršak, 2009),
- kratka dinamična psihoterapija (Kobal, 1977),
- psihodrama (Lešnik, 1982ab, 1987; Moreno in Moreno, 2000; Pahole in Prosen, 2008, 2010; Vešligaj Damiš, 2004, 2010),
- partnerska terapija (Požarnik, 1979),
- skupinska analiza (Peternel in Praper, 2002; Praper, 2008; Varjačić Rajko, 2009; Meden Klavora, 2010),
- razvojna analitična psihoterapija (Praper, 1999),
- psihoanaliza in psihoanalitična psihoterapija (Milčinski, 1977; Bohak, 1995, 2010)
- geštalt terapija (Lamovec, 1981a; Žorž, 2002, 2010; Kotnik, 2005),
- bioenergetika in neoreichovske metode (Lamovec, 1981b; Lowen, 1988; Flaker, 1978, 1986, 1990),
- transakcijska analiza (Bertok, 2002; Berne, 2007; Milivojević, 2010; Žvelc, 2002, 2004, 2009, 2010),
- integrativna geštalt terapija (Cvetko, 2002, 2002a, 2003, 2010; Petitjean Gottfried in Cvetko, 2004),
- realitetna terapija (Glasser, 1984, 1998, 1998a, 2000, 2003, 2005; Lojk, 2001, 2002, 2003; Lojk in Lojk, 2010),
- sistemska družinska psihoterapija (Čačinovič Vogrinčič, 1992, 1998; Kobal in Možina, 2004; Rus Makovec, 2005, 2006; Možina in Kramer, 2002; Čebašek Travnik, 2009; Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2010),
- logoterapija (Frankl, 1983, 1993, 1994a, 1994b; Lukas, 1993, 2001; Ramovš, 2002, 2010),
- izkustvena družinska terapija Walterja Kemplerja, ki se je preimenovala v izkustveno geštalt družinsko terapijo (Žemva, 1994; De Vries in Bouwkamp, 1995; Velikonja, Grgurevič in Žemva, 1995),

- psihodinamska telesna terapija, ki se je preimenovala v globinsko psihološko psihoterapijo in nato v psihodinamsko terapijo (Klemenčič, 2002; Klimkus, 2004, 2009; Pečjak, 2010),
- integrativna psihoterapija (Žvelc, 2007; Žvelc, M., 2010; Žvelc, 2010; Žvelc in Žvelc, M., 2010),
- relacijska družinska in zakonska terapija (Gostečnik, 2004, 2007),
- transpersonalna psihoterapija (Kebe, 2007, 2010),
- Hellingerjeva postavitev družine (Hellinger, 2007, 2009)
- jungovska (psiho)analiza (Jung, 1989, 1994, 1995, 1996; Regovec, 2007),
- EMDR (Cvetek, 2002, 2004, 2008),
- nevrolingvistična psihoterapija (Brooks, 1996; O'Connor in Seymour, 1996; Korenjak, 2004),
- eksistencialna psihoterapija (Kuzmanić, 2008),
- psihosinteza (Grdina, 2008),
- Imago terapija (Hendrix, 1999; Tavčar in Tavčar, 2005) in druge.

Narava dela na Centru za mentalno zdravje (CMZ) in na Psihiatričnem dispanzerju v Ljubljani je narekovala uporabo različnih psihoterapevtskih metod že v sedemdesetih letih (Lokar, 1983; Milčinski, 1974). Tako so terapevti poleg skupinske analitske terapije uporabljali tudi vedenjsko terapijo (Bras, 1977b), predvsem na področju obravnave spolnih motenj (Lokar, 1978; Požarnik, 1984; Zihlerl, 1988), hipnoterapijo v povezavi s psihoanalitsko obravnavo (Bras, 1977a; Lokar, 1977b), avtogeni trening (Milčinski, 1974), partnersko terapijo (Požarnik, 1979), psihodramo (Lešnik, 1982ab, 1987) idr.

Konec sedemdesetih in v začetku osemdesetih je nekaj sodelavcev CMZ in Psihiatrične bolnice (npr. Ana Rojnik, Hubert Požarnik, Miloš Kobal) kazalo zanimanje tudi za dinamično psihiatrijo Günterja Ammona (Stritih, 1988a,b), ki je enkrat tudi obiskal CMZ in bil navdušen nad tem, kar je videl. Šli so tudi na kongrese Nemske akademije za psihoanalizo in Svetovnega združenja za dinamično psihiatrijo, pa se je kasneje to zanimanje pri večini obrnilo v bolj kritično distanco.

Od srede osemdesetih naprej se je iz posameznih seminarjev s tujimi učitelji in v sodelovanju s tujimi društvi in inštituti različnih pristopov vse več skupin postopno organiziralo v večletna izobraževanja, iz katerih so se oblikovala tudi različna domača društva in inštituti. Vedno več je bilo namreč zainteresiranih kandidatov, pretežno iz pomagajočih poklicev, ki so v psihoterapiji videli bodisi priložnost za poglobitev poklicne kompetence bodisi alternativno dejavnost, ki jim bo dajala več osebnostne izpolnitve. V poročilu na sestanku Sekcije psihoterapevtov 11. 12. 1992 je Franc Peternel podal naslednjo sliko o edukacijah iz različnih pristopov, do katere je prišel z anketo (Peternel, 1994). Takrat so v Sloveniji potekale edukacije iz:

- analitične psihoterapije (kot dvosemesterski študij v okvirih specializacije iz psihiatrije in klinične psihologije v organizaciji Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete),
- geštalt terapije z Mladenom in Nado Kostić,
- sistemske družinske terapije v povezavi z londonskim inštitutom za družinsko terapijo,
- izkustvene družinske terapije v sodelovanju s Kemplerjevim inštitutom iz Nizozemske,
- realitetne terapije v sodelovanju z Williamom Glasserjem in kolegi iz Hrvaške,
- integrativne geštalt terapije v povezavi z Inštitutom Fritz Perls iz Düsseldorfa,
- TA v sodelovanju z Zoranom Milivojevićem,

- skupinske analize v povezavi z Inštitutom za skupinsko analizo iz Londona,
- iz logoterapije in psihodrame v okviru Inštituta Antona Trstenjaka, ki je bil ustanovljen leta 1992,
- iz kibernetike psihoterapije v sodelovanju s Kliniko Rebro Medicinske fakultete v Zagrebu.

Poročal je tudi o novih organizacijskih strukturah, ki so se na začetku devetdesetih pojavile na zemljevidu slovenske psihoterapije: Psihoanalitično društvo, Slovensko društvo za družinsko terapijo, Društvo za realitetno terapijo, prav v času njegovega poročanja pa se je ustanovljalo Slovensko društvo transakcijskih analitikov. Sekcija za klinično psihologijo Društva psihologov Slovenije se je leta 1992 med pripravami na Bregantove dneve spremenila v Sekcijo za klinično psihologijo in psihoterapijo.

Zlom socialistične Jugoslavije in balkanske vojne so za nekaj let zavrle začetni razvoj novih pristopov; predvsem zato, ker se je nekaterim učiteljem iz tujine zdela Slovenija – tudi po desetdnevni vojni 1991. leta - prenevarno področje. Razpad Jugoslavije je zdesetkal nekaj izobraževalnih skupin, sestavljenih iz članov različnih narodnosti nekoč enotne države. Vendar je osamosvojitve Slovenije podobno kot na drugih področjih omogočila tudi psihoterapiji nove možnosti razvoja.

Med posameznimi pristopi v Evropi in seveda tudi v Sloveniji so bile leta 1998 in so še danes velike razlike glede stopnje znanstvenosti, raziskav učinkovitosti in izobraževalnih standardov. Dolga je pot od entuziastičnih začetkov pionirjev do organizirane skupine poklicnih psihoterapevtov, supervizorjev in učiteljev določenega psihoterapevtskega pristopa, ki se trdno zasidra v družbeni sistem preko prepoznane prakse in sistema izobraževanja. Zgoraj naštetih pristopov so do danes prehodili na tej dolgi poti različne razdalje, saj jim je uspelo:

- oblikovati programe izobraževanja po evropskih kriterijih in doseči priznanje evropskih akreditirajočih organizacij za posamezne pristope (npr. geštalt v okviru GITA (Žorž, 2010), integrativna relacijska terapija v okviru IPSA (Žvelc in Žvelc, 2010);
- oblikovati skupino domačih učiteljev (npr. integrativni geštalt terapevti) (Cvetko, 2010);
- oblikovati skupino svojih učiteljev, vstopiti v akademski svet, vendar še nismo uspeli pridobiti priznanja evropskih akreditirajočih organizacij (npr. Skupina za kibernetiko psihoterapije in sistemsko psihoterapijo) (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2010);
- izobraževati in usposabljeni z domačimi učitelji, vendar nimajo evropske akreditirajoče organizacije in nimajo statusa psihoterapevtskega pristopa (npr. Imago, ki še nima statusa psihoterapevtskega pristopa);
- izobraževati, vendar po standardih, ki še ne dosegajo kriterijev za poklicnega psihoterapevta (npr. vedenjsko kognitivna psihoterapija, (Pastirk, 2010));
- imeti mednarodno priznane učitelje, ki izobražujejo vsak v svojem organizacijskem okviru (npr. učitelji transakcijske analize Zoran Milivojević, Gregor Žvelc, Sandra Meško in Martin Bertok);
- imeti svoje učitelje, so vključeni v akademski svet, vendar nimajo evropske akreditirajoče organizacije (npr. relacijska partnerska in družinska terapija (Gostečnik, 2004, 2007));
- napisati odlični učbenik, vendar niso organizirali specialne edukacije iz tega pristopa (npr. razvojna analitična psihoterapija (Praper, 1999));
- ustanoviti evropsko akreditirajočo organizacijo v okviru EAP (npr. realitetna terapija, (Lojk in Lojk, 2010). Dosežek realitetnih terapevtov je izjemen, saj je v tem primeru bila Slovenija

središče, iz katerega se je realitetna terapija razširila v šest evropskih držav, kar je eden od zahtevnih pogojev za priznanje statusa evropske akreditirajoče organizacije v okviru EAP; - obetavno začeti, nato pa so obstali (npr. dinamična psihiatrija, (Stritih, 1988ab), psihodrama (Vešligaj Damiš, 2010), logoterapija (Ramovš, 2010); - priti do tiste ravni razvoja, ko obstaja po en ali več predstavnikov, ki so se izobrazili v tujini (npr. transpersonalna terapija (Kebe, 2010), psihosinteza (Grdina, 2008), jungovska (psiho)analiza (Regovec, 2007) ali pa se še izobražujejo (npr. eksistencialna psihoterapija (Kuzmanič, 2008)).

### **Oblikovanje dveh krovnih organizacij - Združenja psihoterapevtov Slovenije in Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (od 1995 do danes)**

Potem ko smo se s pregledom razvoja različnih psihoterapevtskih pristopov sprehodili od sedemdesetih let prejšnjega stoletja do danes, se moramo vrniti v drugo polovico devetdesetih, saj je takrat prišlo do kvalitativno novega razvojnega koraka, namreč do njihovega povezovanja v dve krovni organizaciji. Obe sta povezali psihoterapevte različnih pristopov za uveljavitev psihoterapije kot avtonomnega poklica, to sta Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS) in Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP).

#### ***Združenje psihoterapevtov Slovenije***

Kot sem že deloma opisal zgoraj, je v sedemdesetih letih ugled Psihoterapevtske sekcije predvsem zahvaljujoč Bregantu rasel tudi v jugoslovanskih okvirjih, kjer sta bila Beograd in Zagreb psihoterapevtsko bolj razvita, vendar je Ljubljana že konec sedemdesetih in v prvi polovici osemdesetih postala tretje pomembno psihoterapevtsko središče, seveda v veliki meri zahvaljujoč tudi aktivni veji sekcije v Mariboru. Po Bregantovem samomoru leta 1986 je sekcija doživela krizo in Bregantovi nasledniki so iskali nov skupni temelj in vizije do leta 1988. Na temelju sodobnih psihoanalitskih pristopov in tristopenjskega modela edukacije za poklicnega psihoterapevta je od leta 1988 do leta 1995 prišlo do konsolidacije sekcije. V letih 1994 do 1998 je prišlo do povezovanja z EFPO (Evropskim združenjem društev psihologov) in do preoblikovanja sekcije v samostojno društvo z imenom Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS) leta 1998.

Za povezovanje z Evropo je bilo za sekcijo pomembno, da se je Društvo psihologov Slovenije vključilo v Evropsko federacijo združenj psihologov (EFPA), kjer je bil Peter Praper od ustanovitve stalne komisije za psihoterapijo od leta 1994 do leta 2009 njen član. V komisiji so tehtali, ali bodo psihoterapijo delili na medicinsko, psihološko in »druge«, pa je prevladalo stališče, da psihoterapija ostaja ena, z različnimi pristopi in modalitetami, da pa je potrebno definirati profesionalno, znanstveno utemeljeno psihoterapijo in psihoterapevta kot poklic razločiti od generičnih psihoterapevtskih intervencij, ki jih uporabljajo drugi poklicni profili (psihiatri, psihologi, socialni delavci in drugi) v okvirih svojih poklicnih storitev (Praper, 2006).

Hkrati so se že sredi devetdesetih let v okviru sekcije začele debate o oblikovanju samostojnega društva, v katerih so se zrcalile napetosti oz. razlike med člani sekcije, ki so bili psihologi in zdravniki. Nekaj psihiatrov je bilo proti samostojnemu društvu, češ da bo s tem sekcija izgubila na ugledu in vplivu, ki naj bi bil po njihovem mnenju večji pod okriljem medicine, to je Slovenskega zdravniškega društva (SZD). Rešitev te dileme je prišla od zunaj, saj zaradi preoblikovanja SZD in njegovih pravil glede članstva sekcija v obstoječi sestavi zdravnikov in psihologov ni mogla več obstajati. Hkrati je bilo na pobudo Franca Peternela, ki je postal tudi njegov prvi predsednik, leta 1998 ustanovljeno Slovensko društvo za skupinsko analizo.

V spomin na svojega učitelja so Bregantovi nasledniki leta 1988 začeli s strokovnimi srečanji slovenskih psihoterapevtov, s t. i. Bregantovimi dnevi. Srečanja so se razvila v osrednji psihoterapevtski dogodek v Sloveniji, na katerega so vabili tudi tuje goste in je dokumentiran v zbornikih: prvi Bregantovi dnevi so bili leta 1988 in so bili posvečeni iskanju in orientaciji glede nadaljnega razvoja psihoterapevtske prakse in izobraževanja po Bregantovi smrti (Praper, 1999), nato pa so bili vedno posvečeni določeni temi – 1990 žalovanju (Praper, 1991), 1992 – regresiji (Praper, 1993), 1994 – sramu (Praper, 1995), 1996 – ljubezni (Praper, 1997), 1998 – moči (Praper, 2000), 2000 – upanju (Praper, 2000), 2002 – agresivnosti (Praper in Korenjak, 2004), 2004 – reparaciji, strpnosti in spravi (Korenjak in Praper, 2006), 2006 – seksualnosti (Korenjak, 2006), 2008 – moralnosti (Škodlar, 2008) in 2010 navezanosti (Škodlar, 2010). Zborniki predstavljajo veliko bogastvo teoretičnih prispevkov in kazuističnih prikazov in odražajo razvoj slovenske psihoterapije.

Pravzaprav so v zbornikih tudi strokovni prispevki, ki so jih člani Sekcije psihoterapevtov in od leta 1998 Združenja psihoterapevtov Slovenije imeli na seminarjih v Radencih, ki so bili prav tako vsako drugo leto, izmenično z Bregantovimi dnevi, posvečeni določeni temi: 1999 - Transferju in kontratransferju, 2001 – Obrambam in odporom, 2003 – Terapevtski delovni aliansi, 2005 – Psihoterapevtskim intervencijam. Za seminar leta 2007, ki je bil posvečen Indikacijam za psihoterapijo in prognostični oceni, pa so prvič pripravili poseben zbornik (Korenjak, Mrevlje in Berić, 2008) z obljubo urednikov, da bodo z izdajanjem posebnih zbornikov seminarjev tudi nadaljevali. Pomembna novost v zborniku so tudi poročila iz diskusijskih skupin, ki omogočajo boljši vpogled v dogajanje med udeleženci seminarja. Člani Sekcije in kasneje Združenja so se redno dobivali tudi na mesečnih srečanjih. Leta 1994 so izdali zbornik strokovnih prispevkov iz teh srečanj v letih 1990 do 1993 (Peternel, Kramar in Korenjak, 1994).

### ***Slovenska krovna zveza za psihoterapijo***

Če hočemo razumeti nastanek Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, se moramo ozreti v Evropo, kjer je v začetku devetdesetih let v razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica prišlo do pomembnega premika. Kot je kulturni preobrat v ZDA in Evropi leta 1968 sovpadel z rojstvom slovenske psihoterapije, je družbeni preobrat v Sloveniji leta 1991 sovpadel z ustanovitvijo EAP (Evropske zveze za psihoterapijo – European Association of Psychotherapy) in njenim prizadevanjem za profiliranje psihoterapije kot samostojnega poklica na visoki znanstveni ravni. Leta 1990 se je Straßburgu zbralo 17 psihoterapevtov iz Avstrije, Švice in Nemčije ter 21. oktobra povežalo svojo vizijo psihoterapije v pet točk, znanih pod imenom »Straßburska deklaracija« ([http://www.europsyche.org/download/EAP\\_Strasbourg\\_Declaration\\_to\\_sign.pdf](http://www.europsyche.org/download/EAP_Strasbourg_Declaration_to_sign.pdf)):

1. »Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, njeno opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih metod. Potrebno je poznavanje različnih psihoterapevtskih procesov.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, osebno izkušnjo in prakso pod supervizijo.
5. Dostop do izobrazbe je mogoč prek različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in socialnih znanosti.«

Naslednje leto so se zbrali psihoterapevti iz Nemčije, Švice, Madžarske in Avstrije na Dunaju ter ustanovili EAP, Strašbursko deklaracijo pa so sprejeli za svojo temeljno listino, za izhodišče delovanja. EAP je v dveh desetletjih prerasla v močno gibanje, v katerega je preko 140 poklicnih združenj iz 41 evropskih držav – delno pa tudi preko individualnega članstva - vključenih okoli 140.000 psihoterapevtov, Strašburska deklaracija pa ostaja še vedno njena magna charta: sečišče njenih prizadevanj za psihoterapijo kot samostojen in svoboden poklic na visoki znanstveni ravni.

Za svoj bližnji cilj si je EAP zastavila Evropsko diplomu iz psihoterapije (EDP), ki bo skrbela za izobrazbo psihoterapevtov, usklajeno s standardi EAP, in bo zagotavljala njihovo mobilnost znotraj Evropske unije. Za ta projekt je EAP porabila sedem let. Ni se bilo lahko zediniti in določiti minimalne izobraževalne standarde povsem različnih pristopov, od psihoanalitsko usmerjenih, ki imajo dolgotrajno in zahtevno izobraževanje, do novejših, ki so začele z dokaj nezahtevnim izobraževanjem in si šele oblikujejo pregledne in obvezne izobraževalne strukture. Nič laže ni bilo določiti skupni imenovalca psihoterapevtskih tradicij večine evropskih dežel. Po sedmih letih pogajanj, usklajevanj in pojasnjevanj, zakaj so trije stebri edukacije: teorija, osebna izkušnja in praksa pod supervizijo nujni pogoj za vsakega psihoterapevta, je letna skupščina EAP v Rimu 1997. leta dosegla konsens besedila EDP. (Bohak, 2002, 2006ab)

Najpomembnejši del besedila je govoril o vsebini in obsegu psihoterapevtskega izobraževanja. Dogovorili so se, da celotno izobraževanje ne sme obsegati manj kot 3200 ur, porazdeljenih v času sedmih let, in da je potrebno vsaj štiri leta opraviti v enem od priznanih psihoterapevtskih pristopov. V naslednjih letih so določili, da so prva tri leta (v obsegu najmanj 1700 ur) namenjena osnovnim psihoterapevtskim znanjem, ti. propedevtiki, skupnim za vse bodoče psihoterapevte. Šele absolventi propedevtike se odločijo, v kateri znanstveno priznanem psihoterapevtskem pristopu bodo nadaljevali specialno, štiriletno edukacijo. Pristop pa mora biti:

- dobro definiran in se mora razlikovati od drugih psihoterapevtskih pristopov ter mora imeti jasno teoretično osnovo v družboslovnih vedah;
- teorija mora biti integrirana s prakso, pristop mora biti uporaben za širok spekter problemov in dokazano učinkovit;
- EAP mora pristopu priznati znanstveno veljavnost in ustrezne strokovne organizacije v več evropskih državah jo morajo sprejeti kot veljavno (Bohak, 2002).

Predstavnik Slovenije, Janko Bohak, se je že leta 1992 udeležil letne konference EAP v Budimpešti. Vsako leto je po vrnitvi iz letnih konferenc v strokovnih stikih in v medijih seznanjal slovensko javnost z njenimi cilji, nameni in aktualnimi prizadevanji.

Leta 1995 se je zbrala iniciativna skupina za ustanovitev slovenske krovne organizacije za psihoterapijo. Po daljšem posvetu in nadaljnjih osebnih stikih je ugotovila, da bi takšna ustanovitev bila preuranjena, saj bi utegnila privedi do razcepa med psihoterapevtskimi združenji.

Čas je dozorel maja 1997. Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva je na Bohakovo pobudo povabila generalnega tajnika EAP, dr. Alfreda Pritza, v Ljubljano, da bi v okviru rednega mesečnega izobraževanja seznanil slovenske psihoterapevte s cilji in nameni EAP ter jih motiviral za ustanovitev lastne krovne organizacije. Pritzov nastop je bil dovolj prepričljiv, da so se predstavniki iniciativne skupine in sekcije dogovorili za delovne sestanke,

na katerih naj bi pripravili Statut bodoče Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Prvi sestanki so bili obetavni; globlje razlike v mišljenju so se pokazale v razpravah o organizacijski shemi zveze. Predstavniki sekcije so vztrajali, da postane tudi bodoča krovna organizacija samostojno društvo psihoterapevtov – posameznikov, ki vključuje tudi druge poklicne profile s psihoterapevtsko edukacijo, ne le zdravnikov. Predstavniki iniciativne skupine krovne zveze pa so videli zagotovljeno enakopravnost pristopov le v zvezi društev. Ker slovenska zakonodaja ne omogoča zveze društev in posameznih članov v istem združenju, kompromis ni bil mogoč. Predstavniki ZPS namreč niso hoteli pristati na manjši vpliv v krovni organizaciji društev, saj bi dobili en sedež za okroglo mizo, za katero bi sedeli predstavniki različnih pristopov. V krovni organizaciji posameznikov pa bi seveda imeli člani združenja večji vpliv, saj so imeli (in še imajo) v svojih vrstah največje število poklicnih psihoterapevtov.

Ko se je izkazalo, da pogovori in dejavniki časa ne bodo dali skupne organizacijske sheme, so predstavniki društev decembra 1997 sklenili, da v doglednem času ustanovijo Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo. Ustanovni zbor je bil 24. maja 1998 v Ljubljani, ko se je brez ključnih predstavnikov ZPS v krovno organizacijo združilo sedem društev: Društvo za integrativno psihoterapijo, Slovensko društvo za transakcijsko analizo – SLOTA, Inštitut za logoterapijo, Društvo za realitetno terapijo, Društvo za transakcijsko analizo – SLOVENTA, Slovensko društvo za geštal terapijo SLOGES in Sekcija za sistemsko psihoterapijo Društva Odmev.

Od svoje ustanovitve do danes je SKZP šla skozi več faz (Možina, 2006): leta 1999 je pridobila status pooblaščenice nacionalne krovne organizacije EAP in začela s študijem propedeutike. Od leta 2001 je začela omogočati slovenskim psihoterapevtom dostop do Evropske diplome iz psihoterapije in vsako leto organizirala študijske dneve, ki so po številu udeležencev postali največje slovensko strokovno psihoterapevtsko srečanje. Od leta 2004 naprej si je začela prizadevati za registracijo poklica in za zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Razcvet SKZP v letih 2006 in 2007 je bil povezan z začetkom projekta fakultetnega študija psihoterapije (Možina, 2007), z začetkom izhajanja revije *Kairos – Slovenske revije za psihoterapijo* (Pastirk in Možina, 2007), potem ko so izšli štirje zborniki študijskih dni (Bohak in Možina, 2002c, 2003, 2004, 2005) in z oblikovanjem Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje, v katero so bili izvoljeni trije predstavniki SKZP – Janko Bohak, Jože Ramovš in Miran Možina (Možina in Bohak, 2008).

### ***Polarizacija med Združenjem psihoterapevtov Slovenije in Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo***

Polarizacija, do katere je prišlo pri ustanavljanju SKZP, se je v naslednjih letih (od 1998 do 2008) med ZPS in SKZP še stopnjevala, čeprav sta imeli obe organizaciji v programsko vsebinskem smislu v tem obdobju več skupnega kot različnega:

- oblikovali sta podobne standarde in normative za poklicnega psihoterapevta v sodelovanju z evropskimi krovnimi strokovnimi združenji (ZPS z EFPO, SKZP z EAP). Npr. Praper in Mrevlje (1997) sta v svojem članku Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija iz leta 1997 v Psiholoških obzorjih objavila Strasburško deklaracijo kot izhodišče za razvoj psihoterapije kot samostojnega poklica. Ko je Praper postal predsednik že omenjene Komisije za psihoterapijo pri EFPA, so leta 2004 sprejeli standarde in normative za Evropsko specialistično diplomu iz

- psihoterapije za psihologe, ki so bili enaki standardom ZPS oz. celo malo blažji (Praper, 2006a);
- razvili sta uvodno izobraževanje iz psihoterapije pred vstopom v specialni del. SKZP je uvedla najprej triletni in nato intenzivnejši dvoletni študij propedeutike, ZPS pa je imela tradicionalni enoletni podiplomski tečaj iz psihoterapije, k čemur je dodala še uvodno enoletno izobraževanje za nezdravnike in nepsihologe;
  - sprejemali sta, kar je raziskovanje učinkovitosti različnih psihoterapevtskih pristopov pokazalo že leta 1975 (Luborski, po Praper in Mrevlje, 1997), da so "vsi zmagali in vsi zaslužijo medalje" (ti. Dodo efekt). In da so zaradi tega pomembni ti. skupni dejavniki, torej tisto kar je skupno različnim pristopom, to pa je predvsem psihoterapevtski odnos. "Da teoretični model sam zase, še manj pa obvladanje tehnik, nimata takšnega vpliva, da bi psihoterapevt moral do podrobnosti znati in obvladati tudi tisto, za kar ne najde korenin v lastnem opažanju in izkušnjah." (Praper in Mrevlje, 1997, str. 92);
  - poudarjali sta tri stebre izobraževanja in usposabljanja, tako da vsak "educirani psihoterapevt združi v sebi znanje, lastno izkustvo in supervizijo" (Praper in Mrevlje, 1997, str. 93);
  - spoznali sta, da sta tako "psihiatrija kot psihologija skozi zgodovino kazali do psihoanalize, s tem pa tudi do psihoterapije nasploh, izrazito ambivalenten odnos: zavračali sta ju, da ne bi bili videti še bolj neznanstveni, in prilastiti sta si ju skušali kot obetavno strokovno prakso" (Praper in Mrevlje, 1997, str. 85);
  - spoznali sta, da poklic psihoterapevta ustvarja enega redkih zares transdisciplinarnih prostorov, v katerem "psihiatrija in klinična psihologija nista in ne bosta edini, sta in bosta pa nepogrešljivi" (Praper in Mrevlje, 1997, str. 93);
  - v svojih vrstah sta opažali, da je del razlogov za delitve in konflikte med psihoterapevti iskanje referenčnih skupin, ki se, naj je še tako razumljivo iz vidika psihologije adolescence, pogosto vtihotapi v psihoterapevtske vrste. "Zlivanja na eni strani in kontraodvisni razcepi in sumničenja na drugi se pogosto vpletajo v borbo za teritorij med različnimi profili in različnimi šolami." (Praper in Mrevlje, 1997, str. 84);
  - spoznali sta, da "eklekticizma ne moreš graditi od začetka edukacije, da pa je mogoče delati integrativno. Potrebno je torej, da se znotraj nekega pristopa edukant izšla do zadnjega nivoja. To pomeni, da se razgleda po tistih pristopih, ki imajo solidne standarde in normative edukacije, da sprejme te standarde nase in vstopi v proces tako, da korektno izpelje študij, k čemur spada tudi izkustveni del, delo na sebi in delo pod supervizijo. Potem pa, ko je v nekem pristopu doma in postane izkušen klinik, je dobro, da svoj model širi in integrira druga spoznanja. Na tem nivoju pa ni več problemov z integracijo. Danes se kažejo možnosti integriranja elementov in spoznanj med prej zelo skreganimi šolami... Je pa pot seveda taka, da je treba najprej obvladati nek model, in ko poznaš njegove meje, se lahko razgledaš preko njih." (Praper, 1997b, str. 44);
  - in verjeli, da "razvojni trendi zadnjih nekaj desetletij psihoterapiji le obetajo lepšo bodočnost. Kot po pravilu, da procesom diferenciacije in separacije sledi druženje v bogastvu različnosti, so se pojavili integracijski trendi. Tudi raziskovanje v psihoterapiji se je preusmerilo od mrzličnega iskanja podatkov o tem, kateri psihoterapevtski pristop je učinkovitejši, k spoznanjem, da je psihoterapija učinkovita v svoji raznolikosti. Zadnjih dvajset let v razvoju psihoterapije pripada integraciji." (Praper in Mrevlje, 1997, str. 85) Dejansko sta obe organizaciji pomembno prispevali k integraciji različnih psihoterapevtskih pristopov in različnih primarnih poklicev psihoterapevtov. Seveda pa nobena od organizacij ni imela in nima idealnega



integracijskega potenciala, tako da deloma tudi prispevata k neproduktivnim cepitvam in delitvam.

Nekateri vidiki polarizacije pa so bili:

- zakonski, saj zakon o društvih pri nas ne omogoča individualnega članstva. Tudi nasploh, ne samo v primeru ZPS in SKZP, obstajajo pomembne razlike med organizacijami, ki (bolj) povezujejo organizacije in organizacijami, ki povezujejo posameznike.

- ZPS je lažje integriralo ene psihoterapevtske pristope in skupine, medtem ko je SKZP integrirala druge. Vsekakor je ZPS nudilo dobro okolje različnim smerem v okviru psihoanalitskih terapij ter posameznim ali več predstavnikom drugih pristopov (npr. TA), SKZP pa sistemskim, globinsko psihološkim, realitetnim, logoterapevtskim, integrativno relacijskim. Zanimivo pa je, da so se nekateri dobro znašli tako v ZPS kot v SKZP (npr. integrativna geštal terapija, deloma TA, sistemska terapija<sup>14</sup>), nekateri pa nikjer (npr. predstavniki relacijsko družinske terapije so se sicer udeleževali študijskih dni SKZP, niso se pa včlanili v SKZP).

- Tretji vidik razlik je bil v osnovnih poklicih članov, kjer je ZPS po svoji tradiciji nudila dobro »družinsko« okolje psihiatrom in kliničnim psihologom, SKZP pa tudi socialnim delavcem, pedagogom in drugim humanističnim poklicem, čeprav tudi tu, kot pri vseh ostalih vidikih polarizacije, ni čiste slike. Tako se je ZPS postopno vse bolj odpiralo nepsihiatrom in nepsihologom, v SKZP pa sodelujejo tudi klinični psihologi in psihiatri.

- Četrti vidik je bil v polarizaciji med EAP in EFPO, ki se je zrcalila tudi v polarizaciji med ZPS in SKZP. Tako je Praper (2006a, str. 38) npr. napisal, da je EAP prispevala k zlitju psihoterapije z zdravilstvom: »EAP je na široko odprla vrata vsem, ki so imeli kakršnokoli edukacijo s področja. Ta orientacija je na eni strani podprla pluralizem, na drugi strani pa zanemarila kriterije, standarde in normative, da se je znanstveno usmerjena psihoterapija povsem zlila z zdravilstvom na tem področju.« Ko smo leta 2006 to prebrali člani SKZP, nam je precej dvignilo pritisk, saj se nam je zdela taka trditev blago rečeno zgrešena. Zato sem bil tembolj vesel, ko je Peter Praper na pogajanjih v Delovni skupini za zakon skupaj z drugimi predstavniki ZPS sprejel standarde Evropske diplome za psihoterapijo, ki je eden ključnih doprinosov EAP k razmejevanju psihoterapije od drugih poklicev in seveda tudi od zdravilstva.

### ***Integracijski proces med Združenjem psihoterapevtov Slovenije in Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo***

Prav v okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje (MZ) se je pod vodstvom pravnice Irene Kosovel Podgornik po pravih skupinskih dinamike v mali skupini zgodil proces integracije (Možina in Bohak, 2008), za katerega upam, da kot prve pomladanske lastovke napoveduje nadaljnje integracijske procese med ZPS in SKZP. Najprej se je med predstavniki SKZP in ZPS dve leti odigravala ostra polarizacija z veliko monologov in malo poslušanja, dokler se spomladi 2008 Delovna skupina ni znašla na robu razpada. Stališče MZ je bilo namreč jasno: če ne boste v Delovni skupini uspeli priti do konsenza in izdelati usklajenega predloga zakona, se bo proces priprave zakona na ministrstvu ustavil. Šele ko smo se soočili s tem skrajnim robom, z dejstvom, da bomo vsi ostali praznih rok, če se ne sporazumemo, je nenadoma prišlo do kvantnega skoka. Neproduktivni simetrični, tekmovalni odnosni vzorec je preskočil v komplementarni. Vsak je malo popustil, saj smo se zavedli, da nam več pomeni doseči veliki cilj – zakon, zaradi katerega smo se tudi zbrali, kot pa oditi iz ministrstva z občutkom Pirove

<sup>14</sup> Pri sistemske psihoterapiji je zanimivo, da se je londonska skupina bolj prijela v ZPS, skupina za kibernetiko psihoterapije in sistemske psihoterapije pa v SKZP (Možina idr., 2010).

zmage, češ smo pa le preprečili nasprotni strani, da ji ni uspelo. Začeli smo se poslušati, sodelovati, nenadoma odkrili, da se v marsičem že strinjamo in vsaka stran je popustila na nekaterih različnih stališčih. Tako so npr. predstavniki ZPS sprejeli možnost fakultetnega študija psihoterapije takoj po maturi in možnost neanalitske osebne izkušnje, predstavniki SKZP pa smo sprejeli idejo specializacije iz psihoterapije, ki pa smo jo oblikovali tako, da smo upoštevali tudi standarde in normative fakultetnega študija psihoterapije. Upam, da povezovanje, do katerega je prišlo v delovni skupini, kot prve pomladanske lastovke napoveduje nadaljnje integracijske procese med ZPS in SKZP.

### **Epilog: Veš, psihoterapevt, svoj dolg zgodovini?**

Želim si, da se nam ne bi zgodilo to, na kar je Jacoby opozarjal že sredi sedemdesetih let, da bi se namreč tudi v psihologiji in psihoterapiji prepustili velikemu družbenemu procesu amnezije preteklosti, predvsem tiste, ki je za nas neprijetna: »Adorno je nekoč pripomnil, da je zgodovina filozofije zgodovina pozabljanja. Problemi in ideje, ki so jih nekoč preučevali, izginejo izpred oči in iz spomina, zato da pozneje znova pridejo na površje kot novina in novost. Vse tako kaže, da se proces stopnjuje; družba se vse hitreje vedno manj spominja. Znamenje našega časa je mišljenje, ki je podložno modi: preteklost omalovažuje kot zastarelo, medtem ko sedanost čez mero hvali. Psihologija (in tudi psihoterapija, opomba M. M.) kajpada ni izjema... Sâmo pozabljanje poganja naprej neomajna vera v napredek: tisto, kar pride kasneje, je nujno boljše od tistega, kar je bilo prej... Trenutni zgodovinski položaj podpira slavljenje sedanosti... Ošabnost tistih, ki prihajajo kasneje, se ponaša z mislijo, da je preteklost mrtva in minula« (Jacoby, 1981, str. 33).

Jacoby tudi opozarja, da lahko pišemo zgodovino tako, da jo potem lahko še bolj pozabimo, ker jo s svojim opisom omrtvimo. Ali pa jo pišemo tako, da prebujajo našo zavest in da ob tem postajamo bolj živi, bolj udeleženi v drami življenja (Možina, 2009). Upam, da s svojim prispevkom nisem napisal zgodovine slovenske psihoterapije, ki bo pomagala k njenemu pozabljanju, ampak da bo prebujal. Mene je pisanje tega članka vsekakor poživljalo, v številnih kairotičnih prebliskih je postalo del mojega procesa individuacije. Še bolj sem okrepil tisto nogo, s katero se angažiram za avtonomijo psihoterapije kot samostojnega poklica, kot mi je na srce položil moj učitelj Graham Barnes: kot terapevt stoj z eno nogo v intimi svoje ordinacije, z drugo pa v družbi (Možina, 2009).

Na Bregantovih dneh leta 1988 je Peter Praper v uvodu na okrogli mizi z naslovom Psihoterapija prej, sedaj in v perspektivi citiral Brechtovega Galileja in s tem apeliral na skrbno raziskovanje zgodovine psihoterapije: »Da, vse, prav vse bomo še enkrat pretresli. In ne bomo drveli naprej s sedemmiljskimi koraki, temveč po polževo. In to, kar bomo našli, bomo jutri zbrisali s table in šele takrat spet zapisali, ko bomo še enkrat ugotovili. In tisto, kar bi radi našli, bomo takrat, ko bo najdeno, še posebno nezaupljivo obravnavali.« (Praper, 1989, str. 4-5)

Ponosen sem, da sem postal poklicni psihoterapevt, hkrati pa se vedno bolj zavedam odgovornosti, ki sem jo s tem sprejel do širše družbe: »Ne brez težav se pri nas na področju psihoterapije končno oblikuje strokovna elita. Ne tistim, ki jo predstavljajo in ne onim, ki so končali procese edukacije, so sredi njih ali še vstopajo vanje, še ni povsem jasno, da to ni privilegij, ampak predvsem odgovornost« (Praper, 2002, str. 53). Tudi odgovornost za ohranjanje živega spomina na preteklost slovenske psihoterapije, našega naroda in njegove duhovne zgodovine. Ali ni to naš dolg?

## Literatura

- Adamčič Pavlovič, D. (2006). Proč z negativnimi vzorci. Intervju. *Dnevnik*. 11.08.2006
- Anić, N. (ur.), Hribar, N. (ur.), Janjušević, P. (ur.), Slodnjak, V. (ur.) (2004). *Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije, (Zbornik, 1)*. Ljubljana: Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo, Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Antony, M., Roemer, L. (2003). Behavior Therapy. V Gurman, A. S., Messe, S. B. *Essential Psychotherapies*. New York: The Guilford Press: 182-223.
- Berne, E. (2007). *Katero igro igraš?* Ljubljana: Sinesis.
- Bertok, M. (2002). Transakcijska analiza. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.) *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 107-115.
- Bohak, J. (1995). *Moja srečanja z ljudmi*. Celje: Mohorjeva družba.
- Bohak, J. (2002). Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo. V Bohak, J. in Možina, M. (ur.) *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 13-7.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9), 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4, 38-40.
- Bohak, J. (2010). Psihoanaliza in psihoanalitična psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPISA. v tisku.
- Bohak, J., Možina, M. (2002a). Slovenia. V Pritz A, ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 283-299.
- Bohak, J., Možina, M. (2002b). Psihoterapija na Slovenskem. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 136-142.
- Bohak, J., Možina, M., ur. (2002c). *Dialog. Zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Bohak, J., Možina, M., ur. (2003). *Kaj deluje v psihoterapiji. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Bohak, J., Možina, M., ur. (2004). *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Bohak, J., Možina, M., ur. (2005). *Sodobni tokovi v psihoterapiji. Zbornik prispevkov 4. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Bohart, A., C. (2003). Person-Centered Psychotherapy and Related Experiential Approaches. V Gurman, A. S., Messe, S. B. (2003). *Essential Psychotherapies*. New York: The Guilford Press: 107-148.
- Bras, S. (1977a). *Izbrana poglavja iz psihoterapije*. Ljubljana: MK.
- Bras, S. (1977b). Vedenjska terapija. V Lokar, J. ur. *Psihoterapija 7*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana: 69-124.
- Bregant, L. (1976). *Psihodinamična teorija nevroz in uvod v tehniko individualne analitične psihoterapije*. Psihoterapija 4. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani.
- Bregant, L. (1986). *Psihoterapija*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani.
- Brooks, M. (1996). *Zbližanje in ujemanje*. Ljubljana: Ganeš.
- Cvetek, R. (2002). Učinkovitost metode EMDR pri zmanjševanju anksioznosti, ki jo povzroča priključna nepredelana spomina. *Anthropos* (Ljublj.), letn. 34, št. 1/3: 117-128.
- Cvetek, R. (2004). *Predelava disfunkcionalno shranjenih stresnih izkušenj ter metoda desenzitizacije in ponovne predelave z očesnim gibanjem* : doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani.
- Cvetek, R. (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR practice and research*, letn. 2, št. 1: 2-14.
- Cvetko, H. (2002). Integrativna terapija. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 83-90.
- Cvetko, H.. (2002a). Orambe in odpori v integrativni geštalt psihoterapiji. V: Praper, P. (ur.). *Upanje : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije: 241-258.
- Cvetko, H. (2003). Karakteristike in učinkovitost integrativne terapije (IT) kot psihoterapevtske metode. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji : novejšje raziskave njene uspešnosti : zbornik prispevkov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 51-57.
- Cvetko, H. (2010). Integrativna terapija (Hilarion Gottfried Petzold). V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPISA. v tisku.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1992). *Psihodinamski procesi v družinski skupini*. Ljubljana: Advance.
- Čačinovič Vogrinčič, G. (1998). *Psihologija družine*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- Čebašek Travnik, Z. (2009). Družinska terapija v Sloveniji – zveza med družino, vrednotami, nasiljem medkulturnim dialogom in človekovimi pravicami. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 3, št. 1-2: 111-13.
- De Vries, S., Bouwkamp, R. (1995). *Psihosocialna družinska terapija*. Logatec: FIRIS.

- Dougan, K. (1977). Poticaji i granice psihoterapijske djelatnosti kako ih vidimo na mariborskom področju. V Lokar, J., ur. (1977). *Psihoterapija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana: 3-10.
- Erić, L. (2006). Psihoterapija kao metod menjanja i lečenja. V Erić, L. ur. (2006). *Psihoterapija*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje: 1-20.
- Felc, J. (1996). Alfred Šerko (1879-1938). V Kostnapfel, J., ur. (1996). *Slovenski psihiatri*. Radovljica: Didakta, 1996: 57-83.
- Flaker, V. (1978). Pomen telesa v psihoterapiji - Kratek izlet v (neo)reichovske terapije. V: Gregorač, J., ur. *Posvetovanje psihologov Slovenije, Portorož, november 1977*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije: 14.
- Flaker, V. (1986). Pomen telesa v terapiji, II. del - Kratek izlet iz (neo)reichovske terapije. V: Gregorač, J., ur. *Posvetovanje psihologov Slovenije, Radenci, november 1985*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije: 10.
- Flaker, V. (1990). Reichov stroj deluje. *Anthropos* (Ljublj.), let. 22, št. 3-4: 291-308.
- Flaker, V. (2010). Osebno sporočilo.
- Frankl, E. V. (1983). *Psiholog v taborišču smrti*. Celje: Mohorjeva družba.
- Frankl, E. V. (1993). *Kljub vsemu rečem življenju DA*. Celje: Mohorjeva družba.
- Frankl, E. V. (1994a). *Zdravnik in duša*. Celje: Mohorjeva družba.
- Frankl, E. V. (1994b). *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
- Freud, S. (1984). Nevroza in psihoza. Izguba realnosti pri nevrozi in psihozi. *Problemi*; 22: 85-90.
- Freud, S. (1994). *Das Unheimliche*. Ljubljana: Analecta.
- Glasser, W. (1984). *Nadzorna teorija – prevzemite učinkovit nadzor nad svojim življenjem*. Ljubljana: Založba Louisa.
- Glasser, W. (1998). *Nova psihologija osebne svobode – teorija izbire*. Ljubljana: založba Louisa.
- Glasser, W. (1998a). *Ostati skupaj*. Radovljica: Top d.o.o., Regionalni izobraževalni center.
- Glasser, W. (2000). *Realitetna terapija v praksi*. Radovljica: založba Mca.
- Glasser, W. (2003). *Opozorilo: psihiatrija je lahko nevarna za vaše duševno zdravje*. Radovljica: založba Mca.
- Glasser, W. (2005). *Duševno zdravje – problem javnega zdravja. Nova vloga svetovalcev in psihoterapevtov*. Izola: Društvo za realitetno terapijo Slovenije.
- Gostečnik, OFM, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2007). *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Grdina, R. (2008). Psihosinteza – vizija celote. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3-4: 109-118.
- Hellinger, B. (2007). *Ljubezenske zgodbe*. Ribnica : Korenine in krila.
- Hellinger, B. (2009). *Sreča, ki ostane*. Ribnica : Korenine in krila.
- Hendrix, H. (1999). *Najina ljubezen*. Ljubljana: Orbis.
- Jacoby, R. (1981). *Družbena amnezija - kritika sodobne psihologije od Adlerja do Lainga*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Jung, C. G. (1989). *Spomini, sanje, misli*. Ljubljana: DZS.
- Jung, C. G. (1994). *Sodobni človek išče dušo*. Ljubljana: Založba Julije Pergar.
- Jung, C. G. (1995). *Arhetipi, kolektivno nezavedno, sinhroniciteta*. Maribor: Katedra.
- Jung, C. G. (1996). Religija in psihologija – Carl Gustav Jung, ur. Marko Uršič, *Poligrafi 3/4*.
- Kebe, R. (2007). Transpersonalna psihoterapija. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1-2: 51-60.
- Kebe, R. (2010). Transpersonalna psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Klemenčič, V. (2002). Psihodinamska telesna terapija. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dni Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 75.
- Klimkus, I. (2004). Kaj je psihodinamska telesna terapija. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dni Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 162-169.
- Klimkus, I. (2009). Osebna izkušnja kot psihoterapevtski koncept pri delu s skupinami. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 3, št. 1-2: 81-92.
- Kobal, M. (1977). Kratka dinamična psihoterapija. V: Lokar J, ed. *Psihoterapija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani: 31-48.
- Kobal, M. (2009). Predstavitev Združenja psihoterapevtov Slovenije. [http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg\\_pzs\\_id=548&lang=slo](http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=548&lang=slo)
- Kobal, L., Možina, M. (2004). Razvijanje sistemske kompetentnosti in sistemske psihoterapije v okviru društva Odmev. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dni Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 19-28.

- Kocmur, M. (2001). Prof. dr. Miloš Kobal – 75 let. *Viceversa*, priložnostna številka, oktober 2001.
- Korenjak, M. (2004). Svetovanje z nevrolingvističnim programiranjem in nevrolingvistična psihoterapija. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 30-33.
- Korenjak, R. ur. (2006). *Seksualnost: zbornik prispevkov / 10. Bregantovi dnevi*, Rogaška Slatina 2006. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Korenjak, R. (ur.), Praper, P. (ur.). (2006). *Reparacija, strpnost, sprava : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Korenjak, R., Mrevlje, G.V., Berić, M. (2008). *Indikacije za psihoterapijo in prognostična ocena. Zbornik prispevkov*, Radenci, 2007. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Kotnik, R. (2001). Razumevanje pojma "self" v Gestalt terapiji. *Psihol. obz.*, letn. 10, št. 3: 127-140.
- Kramar, M. (1989a). Leopold Bregant, utemeljitelj psihoterapije na Slovenskem. V: Praper P (ur.). *I. srečanje psihoterapevtov Slovenije „Bregantovi dnevi“*, Maribor 13. in 14. maj 1988. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Psihoterapevtska sekcija in Društvo psihologov Slovenije – Sekcija za klinično psihologijo. 10-16.
- Kramar, M. (1989b). Edukacija v psihoterapiji – prispevek za okroglo mizo. V: Praper P (ur.). *I. srečanje psihoterapevtov Slovenije „Bregantovi dnevi“*, Maribor 13. in 14. maj 1988. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Psihoterapevtska sekcija in Društvo psihologov Slovenije – Sekcija za klinično psihologijo. 116-9.
- Kren, T. (2003). Poletna šola skupinske dinamike. V: Bohak J, Možina M, ur. *Kaj deluje v psihoterapiji? Novejše raziskave njene uspešnosti*. Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 105-7.
- Kuzmanič, M. (2008). Eksistencialna psihoterapija: vprašanja tehnike, učinkovitosti in uporabnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3-4: 61-72.
- Lacan, J. (1980). *Seminar (11. knjiga) - Stirje temeljni koncepti psihoanalize*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Lamovec, T. (1978). Novejše smeri v humanistični psihoterapiji. V: Gregorač, J. (ur.). *Posvetovanje psihologov Slovenije, Portorož-november 1977*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije, 1978, str. 163-172.
- Lamovec, T. (1981a). Osnove gestalt psihologije. Ljubljana: Sekcija za skupinsko dinamiko in osebnostno rast pri DPS: 57.
- Lamovec, T. (1981b). Po sledovih Wilhelma Reicha. *Anthropos* (Ljublj.), letn. 11, št. 4/6: 187-199.
- Lamovec, T. (1986). Vloga eksperimenta v gestalt terapiji. *Anthropos* (Ljublj.), letn. 16, št. 5/6: 295-307.
- Lamovec, T. (1991). Milton H. Erickson: Nov pristop k hipnoterapiji. *Anthropos* (Ljublj.), 23, št. 1/3: 203-212.
- Lamovec, T. (1995). *Načela Gestalt terapije za vsakdanje življenje : [gradivo za seminar Gestalt terapija]*. Ljubljana: Arx.
- Lamovec, T. (1997a). *Načela Gestalt terapije za vsakdanje življenje*. 1. ponatis. Ljubljana: Arx.
- Lamovec, T. (1997b). *Načela Gestalt terapije za vsakdanje življenje II, Otroci v nas*. Ljubljana: Arx.
- Latifi, A. (2004). Kompetentnost uporabe hipnoze v psihoterapiji in hipnoanalizi. V: Bohak J, Možina M, ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 43-7.
- Lešnik, B. (1982a). Psihodrama. *Psihoterapija* (Ljubl.), 7, št. 4: 67-72.
- Lešnik, B. (1982b). Neverbalna tehnika. *Psihoterapija* (Ljubl.), 7, 4: 79-82.
- Lešnik, B. (1987). Psihodrama in usoda. V: *Delovna terapija v procesu rehabilitacije in resocializacije*, Dobrna, 14. in 15. maj 1987. Ljubljana: Domus: 21-22.
- Likar, P. (1980). *Lev Milčinski – temna stran belega dne*. Slovenski znanstveniki 3. Maribor: Obzorja.
- Lindemann, H. (1974). *Sprostitve v stiski : avtogeni trening : pot k sprostitvi, boljšemu zdravju, večji storilnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Lojk, L. (2001). *Znanstvena utemeljenost realitetne terapije*. Kranj: SIC.
- Lojk, L. (2002). Realitetna terapija. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 76-82.
- Lojk, L. (2003). Kompetentni psihoterapevt v realitetni terapiji. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 14-19.
- Lojk, B., Lojk, L. (2010). Realitetna terapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPŠA. v tisku.
- Lokar, J., ur. (1977a). *Psihoterapija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana.
- Lokar, J., ur. (1977b). *Psihoterapija 7*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete in Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana.
- Lokar, J. (1978). Lečenje seksualnih smetnji. V Zdravkovič, M. *Bihevior psihoterapija*. Avalske sveske 1-78. Niš: Institut za dokumentacijo zaštite na radu: 155-178.

- Lokar, J. (1983). Organizacija kriznih intervencij. V Ignjatović, M. *Teorija psihijatrijskega koncepta krize i psihoterapijske intervencije*. Avalske sveske 6-83. VII Avalski seminar. Beograd: Institut za dokumentaciju zaštite na radu: 151-158.
- Lokar, J. (1986a). Spolno življenje, odkloni in motnje spolnega vedenja. V: Milčinski L (ur.), Bras S. *Psihiatrija*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Državna založba Slovenije: 366-404.
- Lokar, J. (1986b). Vedenjska psihoterapija. V: Milčinski L (ur.), Bras S. *Psihiatrija*. 2. dopolnjena izd. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986, str. 490-497.
- Lokar, J. (1987). *Kriza in krizne intervencije*. Psihiatrični dnevi. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo.
- Lowen, A. (1988). *Bioenergija*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Lukas, E. (1993). *Družina in smisel*. Celje: Mohorjeva družba.
- Lukas, E. (2001). *Tudi tvoje trpljenje ima smisel*. Celje: Mohorjeva družba Celje.
- Lunaček, M. (1992). Slovenia. *Psychoanalysis International* 25: 360-3.
- Lunaček, M. (1994). Usoda psihoanalize pred vojno v Sloveniji. V Peternel, F., Kramar, M., Korenjak, R., ur. *Srečanja psihoterapevtov: zbornik Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva 1990-93*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva: 137-40.
- Meden Klavara, V. (2010). Skupinska analiza. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Milač, B. (1984). Center za krizne intervencije v Ljubljani. *Psihiatrija* 11. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo.
- Milčinski, L. (1952). Vojne nevroze. *Zdrav Vestn*, 21: 230-234.
- Milčinski, L. (1960). Nevroze v splošni ambulanti. *Zdrav Vestn*, 29: 289-293.
- Milčinski, L. (1962). Indikacije za zdravljenje nevroz v naravnih zdraviliščih. *Zdrav Vestn*, 31: 238-240.
- Milčinski, L. (1966a). Razmišljanje o psihoterapiji. *Zdrav Vestn*, 35: 184-186.
- Milčinski, L. (1966b). Psihoterapija pri nas: ob I. jugoslovanskem psihoterapevtskem seminarju. *NR, Naši razgl.*, 8. okt. 1966, 15, št. 19(354), str. 386.
- Milčinski, L. (1974). Psihoterapija, njene prvine in mesto avtogenega treninga v njej. V Lindemann, H. *Sprostitev v stiski: avtogeni trening: pot k sprostitvi, boljšemu zdravju, večji storilnosti*. Ljubljana: Cankarjeva založba: 139-171.
- Milčinski, L. (1975). Freud je spregovoril po slovensko. V: Freud, S. *K psihopatologiji vsakdanjega življenja*. Ljubljana: DZS: 5-10.
- Milčinski, L. (1977). Freudova psihoanalitična teorija osebnosti in nevroz. V Freud, S. *Predavanja za uvod v psihoanalizo*. Ljubljana: DZS: 5-19.
- Milčinski, L. (1986). Profesor Leopold Bregant in neopsihoanaliza na Slovenskem. V: Bregant, L. (1986). *Psihoterapija*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani: 7-11.
- Milčinski, L. (1989). Psihoterapija prej, sedaj in v perspektivi. V: Praper, P. (ur.). *I. srečanje psihoterapevtov Slovenije „Bregantovi dnevi“, Maribor 13. in 14. maj 1988*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Psihoterapevtska sekcija in Društvo psihologov Slovenije – Sekcija za klinično psihologijo: 6-9.
- Milivojević, Z. (2010). Transakcijska analiza. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Moreno, J.L., Moreno, Z. T. (2000). *Skupine, njihova dinamika in psihodrama*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Možina, M. (2001). Balint Groups for Social Workers. Kralj, Z. ur. *Zbornik abstraktov 12. Mednarodnega Balintovega kongresa in 2. Slovenskih Balintovih dni*. Portorož.
- Možina, M. (2004). Kako plesati življenje in kako živeti ples: predstavitev plesa za razvijanje identitete. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 125-133.
- Možina, M. (2005). Prispevek sistemske psihoterapije k sodobnim tokovom v psihoterapiji. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi. Zbornik prispevkov 4. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 8-24.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42, št. 9: 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2008). Psychotherapeutic Service as Integral Part of Comprehensive Health Care. V: Kovačić, L., Zaletel-Kragelj, L., ur. *Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals*. Lage: Hans Jacobs Verlag: 642-659.
- Možina, M. (2009). Etika udeležnosti: Problem ni, kdo ima prav ali kaj je res, problem je zaupanje. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 3, št. 3-4: 115-152.
- Možina, M. (2010). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 4, št. 1-2: 133-166.
- Možina, M., Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3-4: 119-142.

- Možina, M., Florjančič Kristan, J. (2004). Ples za razvijanje identitete: kot psihoterapevtska metoda in kot izkustvo osebnostne rasti. V: Bohak, J., Možina, M., ur. *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, 2004: 134-138.
- Možina, M., Kramer, M. (2002). Reka življenja; prikaz modela sistemske družinske terapije po Petru Nemetschku. V J. Bohak, M. Možina (ur.), *Dialog: zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo* (str. 56–67). Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Možina, M., Škraba, D. (1983). Balintove grupe studenata medicine. V Lokar, J., ur. *Zbornik radova 1-3. 4. kongres psihoterapevtov Jugoslavije. Bled 27. 9. – 1. 10. 1983*. Ljubljana: Udruženje psihoterapeuta Jugoslavije, Psihoterapevtska sekcija Slovenije, Univerzitetna psihiatrična klinika: 1187-1198.
- Možina, M., Štajduhar, D., Kačič, M., Šugman Bohinc, L. (2010). Sistemska psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPISA. v tisku.
- O'Connor, J., Seymour, J. (1996). *Spretnosti sporazumevanja in vplivanja: uvod v nevrolingvistično programiranje (NLP)*. Žalec: Sledi.
- Pahole, M in Prosen, S. (2008). Predstavitev primera. V Škodlar, B. (ur.). *Moralnost : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije, str. 139-146.
- Pahole, M in Prosen, S. (2010). Vidiki navezanosti pri psihodramski skupini na Enoti za motnje hranjenja. V Škodlar, B. (ur.). *Navezanost : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije, str. 107-118.
- Pastirk, S. (2010). Kognitivno vedenjska terapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPISA. v tisku.
- Pastirk, S., Možina, M. (2007). Ob rojstvu Kairosa - Slovenske revije za psihoterapijo. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letn. 1, št. 1/2, str. 7-14.
- Pavlovič, Z. (1990). Poletna šola skupinske dinamike in psihološke pravice otroka (beseda urednika). V Pavlovič, Z. (ur) (1990). *Psihološke pravice otrok: simbioza in avtonomija. Građiva 10. mednarodne poletne šole Sekcije za skupinsko dinamiko Društva psihologov Slovenije*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije: 5-12.
- Pavlovič, Z. (ur) (1990). *Psihološke pravice otrok: simbioza in avtonomija. Građiva 10. mednarodne poletne šole Sekcije za skupinsko dinamiko Društva psihologov Slovenije*. Ljubljana: Društvo psihologov Slovenije.
- Pečjak, L. (2010). Psihodinamska psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPISA. v tisku.
- Peklaj, J. (2010). Osebno sporočilo.
- Periček Krapež, V. (2007). Jurij Humar – slovenski karizmatik. *Soutripanje*, letnik 9, št. 48. [http://www.cdk.si/soutripanje/st48/jurij\\_humar.htm](http://www.cdk.si/soutripanje/st48/jurij_humar.htm)
- Petek, J. (2008). *Odnos do telesa na poti iz odvisnosti*. Ljubljana: Sonce.
- Peternel, F. (1994). Psihoterapija in psihoterapevt v Sloveniji ob koncu 20. stoletja. V Peternel, F., Kramar, M., Korenjak, R. ur. *Srečanja psihoterapevtov: zbornik Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva 1990-93*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva: 181-206.
- Peternel, F., Praper, P. (2002). Skupinska psihoterapija pri nas. *ISIS 11*: 44-51.
- Peternel, F., Kramar, M., Korenjak, R. (1994). *Srečanja psihoterapevtov: zbornik Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva 1990-93*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva.
- Petitjean Gottfried, S., Cvetko, H. (2004). Integrativna terapija - izvor, osnovni koncepti in učinkovitost v psihoterapevtski praksi. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Kompetentni psihoterapevt : prispevki na naslovno temo, druge delavnice, prispevki iz drugih virov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 1-12.
- Požarnik, H. (1979). *Zakonski in družinski konflikti in njihovo razreševanje*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Požarnik, H (1984). *Zdrava in motena spolnost: običajno spolno vedenje, spolne motnje in odkloni, zdravljenje*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Praper, P., ur. (1989). *Zbornik prispevkov 1. Srečanja psihoterapevtov Slovenije „Bregantovi dnevi“, Maribor 13. in 14. maj 1988*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva in Sekcija kliničnih psihologov Društva psihologov Slovenije.
- Praper, P. (ur.). (1991). *Zbornik prispevkov*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Psihoterapevtska sekcija: Društvo psihologov Slovenije, Sekcija za klinično psihologijo.
- Praper, P. (ur.). (1993). *Regresija : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Literapicta.
- Praper, P. (ur.) (1995). *4. Bregantovi dnevi. Sram : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD: Sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS.
- Praper, P. (ur.) (1997). *Ljubezen : koncepti v psihoterapiji : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD: Sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS.
- Praper, P. (1997a). Predgovor urednika. V: Praper, P. (ur.). *Ljubezen : koncepti v psihoterapiji : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD: Sekcija za klinično psihologijo in psihoterapijo DPS: 5-6.

- Praper, P., Repovš, G. (1997b). Evropski standardi psihoterapevtske usposobljenosti. *Panika* (Ljubljana), letn. 2, št. 3: 39-40.
- Praper, P. (1997c). Pogovor z dr. Petrom Praperjem. *Panika* (Ljubljana), letn. 2, št. 3: 43-46.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Praper, P. (ur.) (2000). *Moč: transfer in kontratransfer v psihoterapiji : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Praper, P. (ur.) (2002). *Upanje : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Praper, P. (2002). Psihoterapija od zdravilstva do stroke, znanosti in poklica. *Panika* (Ljubljana), letn. 7, št. 1: 51-53.
- Praper, P. (2006). Predgovor. V: Korenjak, R. (ur.), Praper, P. (ur.). *Reparacija, strpnost, sprava : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije, str. [7-11].
- Praper, P. (2006a). K položaju psihoterapije v Sloveniji. *Vice Versa* (Ljublj), avgust 2006, št. 50: 38-40..
- Praper, P. (2008). *Skupinska psihoterapija – od mitologije do teorije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Praper, P. (ur.), Korenjak, R. (ur.). (2004). *Agresivnost : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Praper, P., Mrevlje, G. (1997). Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje? *Psihološka obzorja*, 6, št. 4: 79-94.
- Pritz, A. (2002). Psychotherapy in Austria. V Pritz A, ed. *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas.
- Ramovš, J. (1999). Anton Trstenjak. *Enciklopedija Slovenije*. Ljubljana: Mladinska knjiga: 368-370.
- Ramovš, J. (2002). Logoterapija in antropohigiena. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevnih Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 91-106.
- Ramovš, J. (2008). Pogrebni govor za dr. Janeza Ruglja. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2008, letn. 2, št. 1/2, str. 105-7.
- Ramovš, J. (2010). Logoteorija, logoterapija in antropohigiena. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Randall, R., Southgate, J., Tomlison, F. (1988). *Skupinska dinamika v skupnosti*. Ljubljana: Zveza kulturnih organizacij in Višja šola za socialne delavce.
- Regovec, M. (2007). Ko seks ni več tabu – jungovska analiza promiskuitete. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letn. 1, št. 1/2: 71-82.
- Resman, D. (2008). Kognitivno vedenjska terapija anksioznih in depresivnih motenj - osnove in primer pri koronarnem bolniku. <http://www.pb-begunje.si/Osnova/file.php?id=307&db=pripone>
- Ribičič, V., Ribičič, M., Končnik Goršič, N. (1995). *Izbor prispevkov ob 40-letnici*. Ljubljana: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Rugelj, J. (1977). *Dolga pot*. Ljubljana: Republiški odbor Rdečega križa Slovenije.
- Rugelj, J. (1985). *Zmagovita pot*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Rus-Makovec, M. (2005). Dinamika bolnega in zdravega v človeku z duševno motnjo - psihiatrija in sistemska psihoterapija v sodelovanju. V: Bohak J (ur.), Možina M (ur.). *Četrti študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*, 3. in 4. junij 2005, Rogla. *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi* : [zbornik prispevkov]. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 52-60.
- Rus-Makovec, M. (2006). Dva konteksta izraza "družinska terapija": specifična paradigma in psihoterapevtska modaliteta. *Anthropos* (Ljublj.), letn. 38, št. 1/2, str. 161-172.
- Rus Makovec, M. (2010). Osebna komunikacija.
- Rutten-Saris, M. (1992). *Porajajoči se jezik telesa*. Van Gorcum: Assen.
- Schneider, K., J. (2003). Existential-Humanistic Psychotherapies. V Gurman, A. S., Messe, S. B. (2003). *Essential Psychotherapies*. New York: The Guilford Press: 149-181.
- Soršak, S. (2009). *Hipnoterapija v svetovalnem delu*. Maribor: Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše.
- Southgate, J., Randal, R (1984). *Bosonogi psihoanalitik*. Ljubljana: Višja šola za socialne delavce.
- Stritih, B. (1988a). Kdo je Guenter Ammon in kaj je bistvo njegovega dela. V: Randall, R., Southgate, J. *Skupinska dinamika v skupnosti --- ali - Ni treba, da so vaši sestanki tako neznosni*. Ljubljana: Zveza kulturnih organizacij Slovenije: Višja šola za socialne delavce: 67-9.
- Stritih, B. (1988b). Nekaj misli k članku Guenterja Ammona. V: Randall, R., Southgate, J. *Skupinska dinamika v skupnosti --- ali - Ni treba, da so vaši sestanki tako neznosni*. Ljubljana: Zveza kulturnih organizacij Slovenije: Višja šola za socialne delavce: 75-76.
- Stritih, B. (1992). *Skupinsko delo v procesu psihosocialne pomoči*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Stritih, B. (1993). Samoorganizacija in samopomoč - sistemski pristop v procesu psihosocialne pomoči. *Nova revija* 12: 101-134.
- Stritih, B., Možina, M. (1992). Avtopoeza: procesi samoorganiziranja in samopomoči. *Soc Delo* 1992; 31: 18-73.



- Stritih, B., Možina, M. (1992a). Zapis udeleženca drugega srečanja Balintove skupine na Poletni šoli s sistemsko teoretičnim komentarjem. *Soc Delo* 31: 98-117.
- Stritih, B., Možina, M., Žnidarec Demšar, S., Kobal, L. (1998). *Ulično delo - metoda socialnega dela: raziskava 98/2*. Ljubljana: Univ. v Ljubljani, Visoka šola za socialno delo, Raziskovalni center.
- Škodlar, B. (ur.) (2008). *Moralnost: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije.
- Škodlar, B. (ur.) (2010). *Navezanost: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije
- Tavčar, R., Tavčar, M. (2005). Imago partnerska terapija – nova pot k ljubezni. V: Bohak J, Možina M, ur. *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi. Zbornik prispevkov 4. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 146-155.
- Tekavčič Grad, O., ur. (1984). *Klic v duševni stiski. Psihoterapija 12*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo.
- Varjačić Rajko, B. (2009). Intervencije v skupinski analizi. *Kairoi – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 3, št. 1-2: 69-80.
- Velikonja, V., Grgurevič, J., Žemva, B., ur. (1995). *Izkustvena družinska terapija*. Ljubljana: Quatro.
- Vešligaj Damiš, J. (2004). Psihodrama: bogatenje terapevtskega procesa. V: Bohak J, Možina M, ur. *Kompetentni psihoterapevti. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 113-124.
- Vešligaj Damiš, J. (2010). Psihodrama. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Zalar, B., Praper, P., Sever, A., Musek, J., Roškar, S., Škufca, A.C., Čoderl, S. (2002). Okrogla miza: Psihologija v zdravstvu. *Panika* (Ljubljana), letn. 8, št. 1-2: 13-20.
- Ziherl, S. (1982), ur. *Zbornik seminarja za terapevte v Klubih zdravljenih alkoholikov. Psihoterapija 9*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani.
- Ziherl, S. (1988). Koncept selfa v psihoterapiji spolnih motenj. *Psihoterapija* (Ljubl.), 16, str. 84-88.
- Ziherl, S., Česnik, S. (1987). Evaluacija hospitalnega zdravljenja alkoholikov v Centru za mentalno zdravje Ljubljana = Evaluation of the hospital treatment of alcoholics at the Mental health center. *Zdrav Vestn*, letn. 56, št. 10: 373-375.
- Žemva, B. (1994). Izkustvena družinska terapija Walterja Kempterja. V Peternel F, Kramar M, Korenjak R (1994). *Srečanja psihoterapevtov: zbornik Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva 1990-93*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva: 69-73.
- Žižek, S. (1982). *Zgodovina in nezavedno*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Žižek, S. (1983). Tri predavanja na simpoziju ob ustanovitvi Društva za teoretsko psihoanalizo. *Problemi*, št. 4-5: 1-38.
- Žižek, S, ur. (1983a). *Gospodstvo, vzgoja, analiza: zbornik tekstov Lacanove šole psihoanalize*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Žižek, S., ur. (1984). *Filozofija skozi psihoanalizo*. Ljubljana: DDU Univerzum.
- Žižek, S. (1987). *Jezik, ideologija, Slovenci*. Ljubljana: Delavska enotnost.
- Žižek, S. (1989). *The Sublime Object of Ideology*. London: Verso.
- Žižek, S. (1991). Dejanje kot meja distributivne pravičnosti. V: Božovič M et al, ur. Bog, učitelj, gospodar. Ljubljana: *Problemi-Razprave*, Društvo za teoretsko psihoanalizo: 207-239.
- Žorž, B. (2002). Gestalt terapija. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 68-74.
- Žorž, B. (2010). Gestaltterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Žvelc, G. (2002). From withdrawal to relational contact : the psychotherapy of self-destructiveness. *Trans. anal. j.*, vol. 32, no. 4: 243-255.
- Žvelc, G. (2004). Ranljiv in težaven otrok - primer transakcijsko analitične psihoterapije. V: Praper, P. (ur.), Korenjak, R. (ur.). *Agresivnost : zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije: 243-267.
- Žvelc, G. (2007). *Razvoj integrativnega modela diadnih odnosov*: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Oddelek za psihologijo Filozofske fakultete.
- Žvelc, G. (2009). Between self and others : relational schemas as an integrating construct in psychotherapy. *Trans. anal. j.*, 39, 1, 22-38.
- Žvelc, G. (2010). Relational schemas theory and transactional analysis. *Trans. anal. j.*, 40, 1, 8-22.
- Žvelc, G. (2010). The Integrative Psychotherapy Scale for Assessment of Therapist's Activity. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 1,2.
- Žvelc, M. (2010). »Tudi jaz imam občutke«- od izogibajoče se k varni navezanosti. V Škodlar, B. (ur.) (2010). *Navezanost: zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihoterapevtov Slovenije: str. 164-179.
- Žvelc, G., Žvelc, M. (2010). Integrativna psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.



Miran **MOŽINA**\*

## ***Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri***

### ***Psychotherapy in Slovenia Today and Tomorrow***

#### **Povzetek**

**P**o splošni oceni trenutnega stanja psihoterapije v Sloveniji, ki kaže, da zaostajamo za prihoterapevsko razvitimi državami, v članku s posebnim ozirom na pomen zakona o psihoterapevski dejavnosti podrobneje prikažem: področja in obseg psihoterapevske dejavnosti; akademska (tu posebej poudarim inovativnost projekta fakultetnega študija psihoterapije takoj po maturi) in neformalna izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije; število, strukturo in kvalifikacije psihoterapevtov; kako je možno priti do naziva psihoterapevt; dostopnost in cene psihoterapevtskih storitev; publiciranje, strokovna srečanja, fundacije in raziskovanje psihoterapije. Med prioritnimi nalogami slovenske psihoterapije jutri pa navedem reguliranje področja z zakonom o psihoterapevski dejavnosti, integracijo psihoterapije v sistem javnega zdravstva, to je v primarno, sekundarno in terciarno preventivo, ter integracijo izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v akademski svet. Zaključim z apelom, da bi se slovenski psihoterapevti bolj povezali za sprejetje zakona o psihoterapevski dejavnosti in s tem za uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica in akademske discipline.

**Ključne besede:** izobraževanje, analiza stroškov in koristi, akademizacija, zakon o psihoterapevski dejavnosti, javno zdravstvo

#### **Abstract**

**A**ccording to current assessments, Slovenia lags behind other more developed countries on the provision of psychotherapy. This article emphasizes the meaning of the Psychotherapy Bill, paying particular attention to the areas and extent of psychotherapy practice; academic (where I emphasize the innovative project of providing psychotherapy study straight after maturational exams) and informal education and training in psychotherapy; the number, structure and qualifications of practicing psychotherapists; different ways of obtaining the professional title; the availability and price of psychotherapy; publications, professional meetings, foundations and research. This article also talks about the necessary developments for psychotherapy in Slovenia in the near future, particularly the Psychotherapy Bill which will provide professional regulation; integration of psychotherapy with the national health system, into primary, secondary and tertiary prevention; integration of psychotherapy education and training with the academic world. I conclude the article with an appeal to all Slovene psychotherapists to support the Psychotherapy Bill and to support psychotherapy in becoming an autonomous profession and academic discipline.

**Key words** training, cost benefit analysis, academization, Psychotherapy Bill, public health care

## PSIHOTERAPIJA V SLOVENIJI DANES

### Splošna ocena trenutnega stanja

Pri oceni trenutnega stanja psihoterapije v Sloveniji sem se znašel pred izbiro, ki je dobro prikazana v vicu o pesimistu in optimistu: Kakšna je razlika med njima, ko gledata na kozarec, v katerem je do polovice vino? Pesimist vidi, da ga je samo še pol kozarca in da je napol prazen, medtem ko optimist vidi, da je do polovice poln. Odločil sem se za perspektivo pesimista, zato da opozorim na tisto, v čemer v Sloveniji zaostajamo za v psihoterapiji razvitimi državami, čeprav so seveda mnoge države tudi psihoterapevtsko manj razvite. Iz primerjave z bolj razvitimi mi je bilo namreč v nadaljevanju lažje oblikovati vizijo razvoja slovenske psihoterapije, glavne razvojne naloge njenega jutri.

Slovenija na področju psihoterapije močno zaostaja v primerjavi z razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, Nizozemska itn.). To je razvidno iz kateregakoli vidika primerjave, saj v Sloveniji (Možina in Bohak, 2008):

- primanjkuje psihoterapevtov;
- poklic psihoterapevta ni registriran in ni reguliran;
- psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki, je bila registrirana šele leta 2004 (pod šifro 85.141 »samostojne zdravstvene dejavnosti, ki jih ne opravljajo zdravniki«);
- obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe;
- razlike v kvaliteti in ceni ponujenih psihoterapevtskih storitev so velike;
- dostopnost do psihoterapevtskih storitev je slaba;
- za paciente ni preglednega sistema informiranja o vrsti in kvaliteti psihoterapevtskih storitev;
- regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov, tako da obstajajo bele lise;
- psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v tem okviru samo psihiatri in klinični psihologi v veliko premajhnem obsegu glede na potrebe. Svoja psihoterapevtska znanja so pridobili v različnih oblikah neformalnega izobraževanja in opravljajo posamične psihoterapevtske storitve pod okriljem svoje osnovne stroke. Velikokrat to opravljajo kot generično psihoterapijo ali svetovanje, saj nimajo kompletne psihoterapevtske izobrazbe za poklicnega psihoterapevta;
- zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (kjer ni državne koncesije);
- večina psihoterapevtov, ki so končali izobraževanje po evropskih standardih in kriterijih za poklicnega psihoterapevta, ne dela na področju psihoterapije oz. delajo samo v majhnem obsegu;
- v izobraževanju in usposabljanju iz psihoterapije primanjkuje domačih učiteljev;
- od tistih, ki končajo izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije v obstoječih programih po društvih in inštitutih, jih relativno malo doseže raven poklicnega psihoterapevta, ampak prevladujejo t. i. generični psihoterapevti;
- nekateri programi izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije ne upoštevajo evropskih standardov in kriterijev za poklicnega psihoterapevta;
- ni registra psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, učnih terapevtov, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen;
- ni nacionalne mreže ustanov, kjer bi potekala psihoterapevtska praksa in kjer bi edukanti psihoterapije lahko opravljali supervizirano prakso;

- pravice pacientov niso zaščitene, saj npr. niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni. Na prostem trgu se pojavljajo različni ponudniki psihoterapevtskih storitev, predvsem tisti, ki so končali izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije v obstoječih programih po društvih, šolah in inštitutih, s tem, da jih le malo doseže raven poklicnega psihoterapevta;
- veliko psihoterapevtskih storitev poteka v okviru sive ekonomije;
- publicistična dejavnost je skromna, premalo je prevodov temeljnih del s področja psihoterapije, premalo je kvalitetnih učbenikov. Nimamo psihoterapevtske edicije. Prva slovenska strokovna in znanstvena revija iz področja psihoterapije, ki ji je leta 2009 uspelo izpolniti pogoje za uvrstitev v mednarodne baze podatkov, je začela izhajati šele leta 2007;
- premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko;
- premalo je kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije;
- ni sistematičnega raziskovanja na področju psihoterapije oz. je delno skrito v okviru drugih strok (npr. psihologija, psihiatrija, socialno delo);
- psihoterapija je premalo integrirana v akademski svet, saj primanjkuje akreditiranih univerzitetnih programov iz psihoterapije;
- programi visokega šolstva in strokovni programi na področju psihoterapije niso dobro usklajeni;
- veliko je še neizkoriščenih možnosti v sodelovanju med psihoterapevti različnih pristopov in med trenutno ključnima organizacijama Združenjem psihoterapevtov Slovenije in Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo;
- v Sloveniji ni akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije takoj po maturi, za prvi poklic;
- kvalitetni strokovnjaki iz področja psihoterapije nimajo pogojev za akademske kariere oz. morajo delati dvojno kariero (v okviru svojega prvega poklica in v okviru psihoterapije), saj psihoterapije kot akademskega področja še ni;
- družbeni položaj psihoterapije je marginalen;
- ni fundacij, ki bi zbirale sredstva za razvoj psihoterapije (npr. za štipendije, raziskave);
- javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo;
- v javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno pogosto stigmatiziran;
- in nenazadnje, radius zaupanja med slovenskimi psihoterapevti je (pre)majhen, saj večina psihoterapevti najdemo oporo v zelo ozkem krogu sodelavcev, npr. znotraj svojega psihoterapevtskega pristopa, pa še tu se rado zgodi, da se razbijamo na podskupin(ice).

Zato trenutni položaj slovenske psihoterapije med drugim kar kliče po zakonski ureditvi! Hkrati pa je seveda dragoceno, kar se je v Sloveniji na področju psihoterapije v zadnjih 40 letih razvilo in dozorelo za bistveni kvalitativni premik k samostojnemu poklicu, ki pa brez zakona o psihoterapevtski dejavnosti še dolgo ne bo mogoč.

## Področja in obseg psihoterapevtske dejavnosti

Večina psihoterapevtov pri nas kot tudi po svetu opravlja psihoterapijo bodisi v privatnem sektorju (t. i. privatne prakse) bodisi v ustanovah, kot so psihiatrične klinike, mentalno higienski dispanzerji, svetovalni centri, centri za socialno delo. V razvitih državah pa mnogi psihoterapevti

delajo tudi v neprofitnem sektorju (npr. v okviru Karitasa). Psihoterapevti obravnavajo ljudi s čustvenimi problemi individualno, v skupinah ali v družinskem kontekstu, v t. i. ekološkem pristopu pa tudi tam, kjer ljudje živijo in delajo (na domovih, ulicah, šolah, delovnih organizacijah). Danes so zaradi ekonomskih pritiskov s strani zavarovalnic najbolj zaželene kratke psihoterapije (do dvajset srečanj s pacienti), za razliko od dolgotrajnih, ki lahko trajajo tudi do več sto srečanj.

So pa še druga področja, na katerih so psihoterapevti prav tako aktivni. V zadnjih dvajsetih letih je izredno v porastu potreba po superviziji za ljudi v pomagajočih poklicih in mnogi psihoterapevti so dejavni kot supervizorji. Drugi dajejo na voljo svoje znanje in spretnosti ljudem v svetovalnih situacijah najrazličnejših vrst (npr. svetovanje v menedžmentu, svetovanje po svetovnem spletu), vedno pogosteje pa tudi kličejo psihoterapevte, da pomagajo oskrbeti akutne travme ljudi, neposredno po katastrofah (npr. po letalskih nesrečah).

Zanimivo je pogledati na področja in obseg psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji v primerjavi z drugimi evropskimi deželami. V letu 2008 so namreč v okviru EAP (Colden, 2008) izvedli anketo:

“Katere od naštetih dejavnosti so vključene v področje psihoterapije v vaši državi?”

- a. privatna praksa?
- b. praksa v javnem zdravstvu (v bolnicah, na klinikah, inštitutih mentalnega zdravja)?
- c. vključenost v sistem zdravstvenega zavarovanja?
- d. svetovanje nekliničnim populacijam (populacije brez diagnosticiranih duševnih motenj: svetovanje za življenjske probleme, za obvladovanje stresa, terapija za boljše odnose, za žalovanje po smrti bližnjega itn.)?
- e. psihometrija (testiranje osebnosti)?
- f. diagnosticiranje duševnih motenj?
- g. obravnava duševnih motenj z vedenjskimi in komunikacijskimi terapijami?
- h. zdravljenje otrok?
- i. zdravljenje populacij s hudimi razvojnimi motjami in duševno manjrazvitostjo?
- j. zdravljenje populacij z nevrološkimi motnjami ali z možganskimi poškodbami?
- k. družinska terapija?
- l. terapija spolnih motenj?
- m. zdravljenje zapornikov in forenzična psihoterapija?
- n. obravnava kriznih stanj (akutne psihoze, ljudi, ki so nevarni sebi ali drugim, ki poškodujejo sebe, poskušajo samomor)?
- o. biofizično & nevrološko testiranje in zdravljenje?
- p. predpisovanje psihotropnih zdravil?
- q. nepsihiatrična medicina (splošna medicina, kirurgija, ginekologija itn.)?
- r. stomatologija?
- s. druge aktivnosti, ki jih ni na seznamu (navedite katere, če da)?
- t. ali se morajo psihoterapevti posvetovati z zdravniki kot del diagnosticiranja ali zdravljenja pacientov?

Odgovori posameznih držav so zbrani v tabeli 3:

X = da

- = ne

/ = ni jasno

Tabela 3: Področja psihoterapevtske dejavnosti v različnih evropskih državah

PODROČJA DEJAVNOSTI	Nemčija	Francija	Italija	Latvija	Malta	Avstrija	Finska	Švedska	Anglija	Bolgarija	Slovenija
1. privatna praksa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2. praksa v javnem zdravstvu	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3. vključenost v sistem zdravstvenega zavarovanja	X	-	X	X	X	X	X	X	X	-	X
4. svetovanje nekliničnim populacijam	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5. psihometrija	X	-	X	X	-	X	-	-	-	/	X
6. diagnosticiranje duševnih motenj	/	-	-	X	/	X	-	X	-	X	X
7. obravnava duševnih motenj z ved./komunikac. Terapijami	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. zdravljenje otrok	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9. razvojne motnje in duševna manjrazvitost	X	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X
10. nevrološke motnje ali možganske poškodbe	X	X	-	X	-	X	X	X	-	X	X
11. družinska terapija	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12. terapija spolnih motenj	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. zapor, forenzika	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14. krizne intervence	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15. nevro & biofizično testiranje	/	-	-	X	-	-	-	X		/	-
16. nevro & biofizično zdravljenje	/	-	-	X	-	-	-	X	-	/	-
17. predpisovanje zdravil	-	-	-	X	-	-	-	-	-	/	-
18. medicina	-	-	-	X	-	-	-	-	-	/	X
19. stomatologija	-	-	-	X	-	-	-	-	-	/	-
20. ni potrebno posvetovanje z zdravnikom	/	/	/	X	/	X	/	X	/	X	X

Če primerjamo Slovenijo z drugimi državami, ki so sodelovale v tej anketi, lahko vidimo, da so področja dejavnosti, kjer je psihoterapija našla svoje mesto, pestra, manjši pa je obseg teh dejavnosti. Prav sprejetje zakona bi omogočilo povečanje obsega in prepoznavnosti ter izboljšanje organiziranosti psihoterapevtske dejavnosti na številnih področjih, kamor si je psihoterapija že utrla pot.

### Akademizacija izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije

Didaktično nazorno bi lahko akademizacijo psihoterapije, glede na sodobne evropske kriterije za poklicnega psihoterapevta, ki mora opraviti uvod (propedeutiko) in specialistično izobraževanje,

razdelili v več vrst glede na dve dimenziji:

- koliko programi v okviru univerz pokrivajo zahteve po treh stebrih (teorija, supervizirana praksa, osebna izkušnja) v okviru propedevtike in specialnega študija in
- koliko jim je uspelo preko akreditacije v okviru visokega šolstva priti do javne veljave.

Na ta način lahko vidimo, da se je v Sloveniji do zdaj razvilo pet vrst akademizacije psihoterapevtskih programov:

- akademizacija za pokušino, kjer niso izpolnjeni kriteriji za propedevtiko in specialni študij po treh stebrih in kjer seveda tudi ni akreditacije;
- propedevtična polakademizacija, kjer je propedevtika ali del nje vključen v univerzitetne programe, vendar brez akreditacije;
- polspecialistična polna akademizacija, kjer je večji ali manjši del specialnega študija vključen v univerzitetni program z akreditacijo;
- specialistična polakademizacija, kjer je celotni specialni študij vključen v univerzitetni program, vendar brez akreditacije in
- celostna (to je propedevtično specialistična) polakademizacija, kjer so pokrite zahteve po treh stebrih tako v uvodnem, propedevtičnem kot v specialnem delu brez akreditacije.<sup>1</sup>

Poglejmo si jih zdaj po vrsti. Na nekaterih fakultetah se študentje seznanijo z določenimi psihoterapevtskimi vsebinami **za pokušino**, mimogrede, ko se usposabljaajo za drug osnovni poklic:

- na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani poteka izobraževanje študentov psihologije s psihoterapevtskimi elementi, kar zagotavljajo nekateri predavatelji klinične psihologije<sup>2</sup> (Praper, 1999, 2008; Matjan, 1996, 2002);
- v okviru Katedre za občo teorijo pomoči Fakultete za socialno delo je delovalo in še deluje nekaj učiteljev, ki so (bili) tudi psihoterapevti in integrirajo psihoterapevtska znanja v poučevanje svetovanja in dela z družinami v socialnem delu (Čačinovič Vogrinčič, 1998; Stritih, 1992; Možina, 1996; Kobal in Možina, 2004; Šugman Bohinc, 2000);
- v okviru Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani prav tako deluje nekaj učiteljev, ki so tudi psihoterapevti in posredujejo določena psihoterapevtska znanja študentom v okviru predmeta psihiatrija (Kobal, 1977; Tomori, 1981, 1982, 1983; Peternel, Kramar, Korenjak, 1994).

Primer »**propedevtične polakademizacije**«, ker ponuja uvod v področje, je:

- enoletni podiplomski študij iz psihoterapije v okviru Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki poteka že od leta 1972 in je bil sprva obvezen za vse specializante psihiatrije in klinične psihologije. Danes je odprt tudi za druge visokošolske diplomante (npr. za medicinske sestre, socialne delavke, socialne pedagoge). Predstavlja torej splošni uvod v psihoterapijo, preden potem diplomanti tega programa nadaljujejo svoje specialno izobraževanje iz psihoterapije v okviru enega od priznanih psihoterapevtskih pristopov (npr. skupinska analiza, transakcijska analiza, geštalt, sistemska terapija, psihoanaliza idr.).<sup>3</sup>

Primer »**polspecialistične akademizacije**«, ker ponuja približno polovico specialne edukacije, je pa še trenutno edini v Sloveniji akreditirani visokošolski študij, kar je seveda izjemno pomem-



ben razvojni korak v smeri celostne akademizacije, je:

- podiplomsko izobraževanje iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani. Programi so potrjeni pri Svetu za visoko šolstvo Republike Slovenije in dajejo javno veljavne izobrazbe oz. javne listine (32. člen Zakona o visokem šolstvu). Zasluga zanje gre ustvarjalni skupini okoli patra Christiana Gostečnika (1997, 2002, 2004, 2007, 2008, 2010; Erzar, 2002, 2007; Kompan Erzar, 2001, 2003; Cvetek, 2009), ki se je v tujini (v glavnem v ZDA) izobraževal iz novejših, predvsem relacijskih in sistemskih pristopov. Te novejše pristope je uspešno združil ter integriral v relacijski družinski oz. sistemsko relacijski model in ga uveljavil v Sloveniji. Pred bolonjsko prenovo so se izvajali naslednji programi: od leta 2001 specialistični program Zakonska in družinska terapija (2 leti, pridobljen naziv »specialist/ka zakonske in družinske terapije«), od leta 2004 magistrski program Zakonska in družinska terapija (2 leti + magistrska naloga, pridobljen naziv »magister/magistrica zakonske in družinske terapije) in doktorski program s področja Zakonske in družinske terapije (2 leti, pridobljen naziv »doktor/doktorica znanosti s področja zakonske in družinske terapije«). Po bolonjski prenovi od leta 2009 se za relacijsko družinsko terapijo študentje izobražujejo znotraj magistrskega programa Zakonske in družinske študije (smer Zakonska in družinska terapija, 2 leti, pridobljen naziv »magister/magistrica zakonskih in družinskih študij«), programa izpopolnjevanja Zakonska in družinska terapija (2 leti, pridobitev javne listine) in doktorskega programa s področja zakonske in družinske terapije (3 leta, pridobljen naziv »doktor/doktorica znanosti«).

Omenjeni programi so predstavljali prvi akreditirani univerzitetni podiplomski znanstveno-raziskovalni študij v Sloveniji s področja psihoterapije in tako predstavljajo velik doprinos k znanstveno-raziskovalnemu razvoju psihoterapevtske stroke pri nas, predvsem zakonske in družinske terapije.

Glede na evropske standarde za poklicnega psihoterapevta je bila pomanjkljivost teh programov že od samega začetka, da ne zagotavljajo supervizirane psihoterapevtske prakse. Tako imamo v tem primeru podobno situacijo kot v Belgiji,<sup>4</sup> kjer univerze izdajajo javne listine diplomantom po kriterijih, ki ne dosegajo ravni poklicnega psihoterapevta, medtem ko društva in inštituti omogočajo doseganje te ravni, pa njihovi certifikati nimajo nobene javne teže. S prakso oz. stažem<sup>5</sup>, kot ga imenujejo, začnejo diplomanti relacijske družinske terapije po zaključenem študiju v lastni organizaciji. Najprej je možnost opravljanja prakse ponujal Frančiškanski družinski inštitut, kasneje pa vse več terapevtskih centrov in svetovalnic, ki po raznih krajih Slovenije izvajajo relacijsko družinsko terapijo. Združenje zakonskih in družinskih terapevtov, ki je bilo ustanovljeno decembra 2007, je dalo še dodaten zagon hitremu razvoju te skupine strokovnjakov. Obseg zahtevane prakse oz. staža je zaenkrat glede na evropske kriterije tudi v novi organizaciji še vedno premajhen, vendar ga bodo v nadaljnjem razvoju verjetno povečali. Druga možna smer razvoja, ki bi lahko zagotovila celostno akademizacijo, pa bi bila odprtje triletnega programa na prvi stopnji, ki ne bi ponujal samo specialnih znanj iz relacijske družinske terapije, ampak tudi propedeutična znanja. Glede na to, da se model tega izobraževanja zgleduje po ameriškem sistemu, pa bi bil to korak v drugo smer, v smer, ki jo ta trenutek bolj zagovarja Evropa. To je smer, ki odpira možnost študija psihoterapije za prvi poklic.

Primeri „**specialistične polakademizacije**“, saj ponujata celotno specialno edukacijo, vendar nista akreditirana študija sta:

- enoletni podiplomski študij iz družinske dinamike prav tako v okviru Katedre za psihiatrijo

Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki poteka od leta 1991 in se lahko nadaljuje v triletno specialistično izobraževanje iz sistemske družinske psihoterapije v sodelovanju z londonskim inštitutom za družinsko terapijo;<sup>6</sup>

- štiriletni podiplomski študij iz kibernetike psihoterapije - sistemski pristop, ki poteka od leta 1991 v okviru Psihiatrične klinike Rebro Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu in vključuje hrvaško in slovensko edukantsko skupino (Možina, 1993; Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2010).

Primer »**celostne, propedevtično-specialistične polakademizacije**«, ki ponuja tako propedevtične kot specialne vsebine, vendar pri nas še ni akreditiran (je pa že v Avstriji in Franciji), pa je:

- petletni fakultetni študij psihoterapije v okviru Fakultete za psihoterapijo Univerze Sigmunda Freuda (USF) iz Dunaja, ki zaenkrat omogoča študij za psihoterapijo kot prvi poklic takoj po maturi. Projekt je začela jeseni 2006 SKZP in ga je nato jeseni 2008 prevzel Slovenski inštitut za psihoterapijo v sodelovanju z USF iz Dunaja. Študij poteka po bolonjskem sistemu (3 leta prva stopnja in 2 leti druga stopnja, možna pa je tudi 3 letna tretja stopnja). Po zaključku prve stopnje študenti dobijo diplomu z nazivom Bakalavreus psihoterapevtske znanosti<sup>7</sup>, na drugi stopnji naziv Magister psihoterapevtske znanosti in na tretji Doktor psihoterapevtske znanosti (Možina, 2007). Organizatorji študija si prizadevamo tudi za akreditacijo študija v Sloveniji, saj je od leta 2005 akreditiran v Avstriji in od 2009 v Franciji. Ker gre za ključen premik v akademizaciji psihoterapije, ta projekt bolj podrobno predstavim v nadaljevanju.

### **Fakultetni študij psihoterapije takoj po maturi (od 2006 naprej)**

Z ustanovitvijo USF na Dunaju je poudarjena samostojnost psihoterapije kot znanstvene discipline, po drugi strani pa so se tako povečale možnosti za povezovanje kvalitet dosedanjega psihoterapevtskega izobraževanja s kvalitetami akademskih zahtev. Pot do akreditacije fakultetnega študija psihoterapije v Avstriji je bila zahtevna: najprej so Pritz in kolegi zaman poskušali najti nišo za ta študij na Dunajski univerzi. Ko je bil leta 2002 v Avstriji sprejet zakon, ki je omogočal ustanavljanje zasebnih univerz, so se odločili, da bodo poskušali po tej poti, vendar je bil leta 2003 njihov elaborat na Avstrijskem akreditacijskem svetu za visoko šolstvo zavrnjen. Uspelo je v drugem poskusu dve leti kasneje. Pomemben jeziček na tehtnici so bila pozitivna strokovna mnenja recenzentov elaborata, ki jih je izbral avstrijski akreditacijski svet.

Ko je oktobra 2005 prišlo do ustanovitve Univerze Sigmunda Freuda (USF; [www.sfu.at](http://www.sfu.at)) na Dunaju (njen rektor je že omenjeni Alfred Pritz<sup>8</sup>), smo številni psihoterapevti v Sloveniji (in tudi drugod po svetu) zaslišali pok – avstrijski kolegi so namreč prebili zvočni zid (Bohak, 2006). Kot prvi na svetu so odprli možnost študija psihoterapije takoj po maturi in hkrati pod eno streho združili več psihoterapevtskih pristopov. Prva dva letnika študija sta podobna dosedanji propedevtiki, v tretjem letu prve stopnje pa študenti izberejo enega od možnih pristopov (npr. na Dunaju zaenkrat ponujajo psihoanalizo, na klienta usmerjeno, sistemsko družinsko, logoterapijo, eksistencialno analizo, geštalt in TA), če se odločijo za nadaljevanje študija na drugi stopnji. Že novembra 2005 smo ustanovili Slovenski inštitut USF, da bi sledili njihovemu zgledu.<sup>9</sup> Z našimi izkušnjami s propedevtiko smo bili v SKZP dobro pripravljeni in smo za šolsko leto 2006/07 v kombinaciji z njo odprli ta študij tudi pri nas. V šolskem letu 2008/9 je soorganizacijo študija z USF od SKZP prevzel Slovenski inštitut za psihoterapijo (SIP), ker je postal projekt preobsežen za pravno formalni okvir društva, kar je SKZP. Uvajanje fakultetnega študija psihoterapije je za

Slovenijo velik projekt, ki ga je možno izpeljati samo s povezovanjem s tujimi strokovnjaki in s sodelovanjem večine slovenskih psihoterapevtov, ki smo aktivni v okviru mednarodno priznanih psihoterapevtskih pristopov.

V prvo stopnjo, ki traja šest semestrov, so vključene osnove psihoterapevtske znanosti: znanstvene osnove biopsihosocialnega razvoja človeka, psihopatologija in psihosalutologija, dosežki nevroznanosti pomembni za psihoterapijo, osnove znanstveno utemeljenih psihoterapevtskih metod – to je le nekaj ključnih tem. Poleg tega študent na prvi stopnji pridobi znanje o raziskovalnih metodah ter pregled etičnih, pravnih, gospodarskih in splošnih družbenih okvirjev.

V tretjem letu prve stopnje pa študenti izberejo enega od možnih pristopov, ki so organizirani in priznani v Sloveniji: psihoanalizo, globinsko psihološko psihoterapijo in sistemsko družinsko terapijo v okviru SIP, v ostale pristope (npr. geštalt, integrativno relacijsko, realitetno itn.) pa se vpišejo po društvih in inštitutih, medtem ko v organizaciji SIP – USF opravljajo samo skupne vsebine in diplomu. Zaenkrat še ne ponujamo smeri psihosocialno svetovanje, čeprav je npr. v številnih nevladnih organizacijah (npr. v Sloveniji je dobro razširjena mreža svetovalcev za duševne stiske po telefonu) potreba po takih svetovalcih velika. Eden od razlogov, da še čakamo, je ta, da je tudi to področje za razliko od Avstrije pri nas zakonsko neurejeno.

Pomemben del študija je praksa, ki na prvi stopnji poteka v treh oblikah:

- kot praksa v raznih psihosocialnih ustanovah z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami psihosocialne pomoči ljudem. Tistim, ki so ta del prakse opravili že v času prvega študija, na primer zdravniki, psihologi, socialni delavci, se ta del prakse seveda prizna. Uspelo nam je skleniti pogodbe z več kot petdesetimi različnimi organizacijami, ki nudijo razne oblike psihosocialne pomoči (za odrasle in otroke, mladostnike, v javnem in nevladnem sektorju);
- kot osebna izkušnja (oz. učna psihoterapija, osebna rast, delo na sebi), v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse je edinstvena posebnost študija psihoterapije, saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi pacienti;
- kot praksa pri izkušenih psihoterapevtskih pristopa, ki so ga izbrali v tretjem letniku študija, kjer so študenti najprej opazovalci, nato pa (predvsem na drugi stopnji) postopno prevzemajo vse bolj aktivno vlogo in v zadnji fazi vodijo pogovore pod supervizijo izkušenih učiteljev. Omogočiti kvalitetno psihoterapevtsko prakso je bil in je še eden največjih izzivov tega projekta, saj se psihoterapija po Sloveniji še vedno dogaja na obrobju (večkrat dobesedno po privatnih stanovanjih, kletah in podstrešjih...), brez dobre promocije, z zelo različno kvaliteto in slabo dostopnostjo. Zato smo v okviru SIP vložili velike napore v postavitve Centrov za psihoterapijo (od leta 2008 v Ljubljani, in od 2009 v Celju in Mariboru; načrtuje pa se odpiranje centrov tudi po drugih mestih po Sloveniji), kar vnaša v slovenski prostor novo kvaliteto, saj edukantom pod supervizijo pomagamo pri pridobivanju pacientov, omogočamo prostore za delo, intervizijo in dialog med edukanti različnih pristopov.

Del študija so tudi ti. tutorske skupine, ki omogočajo individualizacijo študija, saj povečujejo možnosti, da se študentje v malih skupinah lahko izrazijo, da slišijo in so slišani v svojem procesu učenja. V tutorskih skupinah lahko npr. reflektirajo teoretična znanja, pripravljajo in predstavljajo eseje (o prebrani literaturi, poletnih šolah), poročila o praksi, evalvirajo študij itn. Od leta 2008 SIP vzporedno s fakultetnim študijem psihoterapije organizira tudi študij prope-

devtike, ki je od 1999 do 2006 kot triletni študij potekal v okviru SKZP. Od 2006 naprej smo ga preoblikovali v dvoletni študij, tako da smo ga vsebinsko in organizacijsko navezali na prva dva letnika fakultetnega študija psihoterapije. Po vsebinski plati to ni bilo težko, ker sta prva dva letnika programa USF temeljila na avstrijski propedeutiki, ki je tudi nam v SKZP leta 1999 služila kot temelj za oblikovanje slovenske propedeutike. Propedeutika pomeni uvod v specialni študij psihoterapije in obsega osnovno izobraževanje iz psihoterapije. Študente pripravi na specialno usposabljanje iz psihoterapije po neakademski poti, ki poteka v okviru določenega psihoterapevtskega pristopa (in traja še najmanj dodatna 3 leta). Tako ob zaključku študija propedeutike diplomant ni psihoterapevt, temveč je to le prvi del psihoterapevtske izobrazbe.

V prvi letnik v šolskem letu 2006/07 se je vpisalo okoli 70 študentov (čez 50 v študij psihoterapije, ostali pa na propedeutiko), ki so začeli s študijem oktobra 2006. Jeseni 2007 se je vpisala druga generacija 45 študentov, jeseni 2008 in 2009 pa tretja in četrta generacija po 50 študentov.<sup>10</sup> Veliko zanimanje za študij in velik vpis nam je dal zagon, da smo se takoj lotili tudi priprav za akreditacijo študija v Sloveniji.

Prvi poskus akreditacije leta 2007 ni uspel, tako da zaenkrat slovenski študentje dobijo avstrijsko diplomo.<sup>11</sup> Oktobra 2006 je USF sklenila sporazum s Fakulteto za uporabne družbene študije (FUDŠ) iz Nove Gorice in SKZP za poskus akreditacije študija v Sloveniji. Posebna delovna skupina je pod mojim vodstvom pripravila in februarja 2007 vložila elaborat za akreditacijo dodiplomskega in podiplomskega študija psihoterapije na Svet za visoko šolstvo. Študijske programe smo prilagodili zahtevam našega zakona o visokem šolstvu, tako da je nastal kvaliteten, inovativen elaborat. Prednosti slovenske akreditacije bi bile številne, npr. status študenta, možnost za pridobitev koncesije in s tem znižanje šolnin. (Možina, 2007)

Žal pa je komisija Sveta, ki potrjuje habilitacije, septembra 2007 zavrnila okoli dvajset prošenj, v katerih smo priznani slovenski psihoterapevti prosili za imenovanje na področju psihoterapije. Njihova utemeljitev je bila, da tega področja pri nas še ni. Argument je na prvi pogled racionalen, vendar se lahko takoj vprašamo, kako pa naj pride do oblikovanja tega področja, če ne naredi koraka tudi Svet za visoko šolstvo, s tem da potrdi prvo ekipo učiteljev, ki bo to področje razvila. Sami smo potem umaknili vlogo, preden se je sestala druga komisija Sveta, ki ocenjuje programe. Leto trdega dela na pripravi izjemno zahtevnega elaborata tako ni obrodilo zelenega sadu.<sup>12</sup>

Vendar smo nadaljevali s prizadevanji za akreditacijo do konca leta 2008. V drugem poskusu smo načrtovali ponovno vlogo na Svet za visoko šolstvo preko Nove univerze, ki naj bi ob FUDŠ povezala še dve fakulteti, vendar je tokrat prišlo do znanih zapletov pri potrjevanju univerze na Svetu za visoko šolstvo in tudi ta načrt je padel v vodo. Tako sta konec leta 2008 SKZP in USF prekinili pogodbo s FUDŠ o sodelovanju za akreditacijo študija v Sloveniji.

Jeseni 2010 načrtujemo vložiti prošnjo za akreditacijo Podružnice USF v Ljubljani pri avstrijskem Svetu za akreditacijo, kar bo študentom še olajšalo študij (npr. povečanje deleža predavanj in izpitov v Ljubljani). Podružnica USF v Ljubljani bo namreč s povečanjem avtonomije omogočila nadaljnji kvaliteten razvoj projekta in s tem tudi utrla pot do slovenske akreditacije.

## **Neformalna izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije**

Potem ko sem prikazal izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije, ki so bolj ali manj vstopila v akademski svet, se tu osredotočam na izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije po

društvi in inštitutih, ki je trenutno v Sloveniji raznoliko glede ponudbe različnih pristopov. Vendar glede na potrebe po psihoterapiji in glede na premajhno število psihoterapevtov v Sloveniji, premalo edukantov zaključí izobraževanje tako, da bi dosegli evropske kriterije poklicnega psihoterapevta. Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS) in Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP) sta v zadnjih desetih letih z uvajanjem evropskih standardov in kriterijev uspeli vzpostaviti določen red in preglednost, vendar pa nobena od teh organizacij nima javnih pooblastil, tako da lahko samo priporočata, ne moreta pa nadzorovati kvalitete psihoterapevtskih izobraževanj in usposabljanj. Če bomo dobili zakon, pa bo to omogočeno Zbornici psihoterapevtov z javnim pooblastilom ministra za zdravje.

Posamezne psihoterapevtske šole so v Sloveniji večinoma organizirane kot društva, nekatere pa delujejo kot inštituti. Usposabljanje sestoji iz treh osnovnih delov: teorija, osebna izkušnja in praktično delo s klienti pod supervizijo. Vendar nekatera društva še ne omogočajo integralnega izobraževanja svojim članom, zato je ena od njihovih prioritetenih nalog, da svojo izobraževalno ponudbo dopolnijo in jo uskladijo z izobraževalnimi standardi Evropske diplome za psihoterapijo (EDP) (v angleščini ECP – European Certificate of Psychotherapy). Kar se tiče šolanja, so vsa društva bolj ali manj odvisna od tujih učiteljev, zato ker nimajo dovolj svojih učiteljev. Zato je ena izmed prioritetenih družtev v bližnji prihodnosti tudi ta, da izdelajo izobraževalne programe z več slovenskimi učitelji.

Najpomembnejša društva in inštituti, ki trenutno v Sloveniji poleg SKZP in ZPS ponujajo izobraževanje iz psihoterapije bodisi za generično ali poklicno raven, so:

- ZPS v sodelovanju s Katedro za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani in Kliničnimi bolnišnicami za psihiatrijo; Društvo psihologov Slovenije, ki kot članica Evropske zveze društev psihologov (EFPA) omogoča pridobitev Evropske diplome psihologov specializiranih na področju psihoterapije;
- GITA – inštitut za geštaltsko terapijo in Slovensko društvo za gestalt terapijo SLOGES;
- IPSA – inštitut za integrativno psihoterapijo in svetovanje ponuja izobraževanja iz integrativne relacijske terapije, transakcijske analize in EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing);
- SINTA - Slovensko društvo za integrativno psihoterapijo in transakcijsko analizo zaenkrat še ne ponuja izobraževanj;
- Frančiškanski družinski inštitut in Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ki povezuje relacijske zakonske in družinske terapevte;
- Društvo za realitetno terapijo, Inštitut za realitetno terapijo in EART – Evropska zveza za realitetno terapijo;
- Inštitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno;
- Inštitut za klinično psihologijo in psihoterapijo, kjer delajo strokovnjaki sistemske družinske terapije, skupinske analize in razvojne analitične psihoterapije, vendar trenutno ne ponuja izobraževanj in usposabljanj za generično ali poklicno psihoterapijo;
- Slovensko društvo za družinsko psihoterapijo že nekaj let ni aktivno;
- Društvo in Inštitut za integrativno gestalt psihoterapijo;
- Slovensko društvo za globinsko psihološko psihoterapijo;
- SLOVENTA - društvo za transakcijsko analizo Slovenije in IPTA – inštitut za psihoterapijo transakcijske analize;
- Inštitut za psihoterapijo, psihologijo in humanistiko ponuja izobraževanje in geštalt terapije;
- Inštitut za družinsko in sistemske psihoterapijo;
- Inštitut za izkustveno družinsko terapijo;
- Slovensko društvo za psihodramo;

- Društvo za medicinsko hipnozo in Hipnocenter ponujata razne tečaje iz hipnoze za uporabo na različnih področjih;
- Persona - Center za psihološko svetovanje Aleksandre Pokorn Meško s.p. ponuja izobraževanje iz transakcijske analize, saj je Meškova učiteljica transakcijske analize z mednarodnim certifikatom, ki pa integrira v svoje izobraževanje tudi vedenjsko kognitivno terapijo, NLPt (nevrolingvistično psihoterapijo) in sistemsko terapijo;
- Autopoiesis d.o.o., ki v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Zagrebu, Katedro za psihiatrijo KBC Rebro in Društvom za kibernetiko psihoterapije iz Reke, v okviru projekta Mednarodna šola kibernetike psihoterapije – sistemski pristop ponuja izobraževanje iz sistemske psihoterapije;
- Slovensko društvo za nevrolingvistično programiranje ponuja izobraževanja iz NLP. Zavod sprememba za svetovanje in terapijo z uporabo novih tehnologij (kratko Zavod Sprememba) pa v sodelovanju s HATC (Hrvaško-avstrijski trening center za NLP/NLPt) in ÖTZ-NLP (Avstrijski trening center za nevrolingvistično programiranje in nevrolingvistično psihoterapijo) ponuja izobraževanja za NLP in NLPt praktika;
- Društvo za vedenjsko-kognitivno terapijo v okviru Svetovalnega centra za otroke, mladostnike in starše v Ljubljani;
- Psihoanalitično društvo Slovenije;
- Akademija za psihosintezo;
- Slovensko združenje za analitično psihologijo;
- Slovensko društvo za skupinsko analizo in Inštitut za skupinsko analizo;
- Slovenski inštitut za psihoterapijo, ki ponuja izobraževanja za poklicnega psihoterapevta iz različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. psihoanaliza, sistemska terapija, globinsko psihološka psihoterapija).

## Število, struktura in kvalifikacije psihoterapevtov

Če so bili prvi psihoterapevti v sedemdesetih letih v Sloveniji zlasti psihiatri in klinični psihologi, pa so se v zadnjih 20 letih vrata do psihoterapevtske izobrazbe, še posebno odkar omogočata izobraževanje iz psihoterapevtske propedeutike tako SKZP oz. Slovenski inštitut za psihoterapijo in ZPS, odprla tudi za predstavnike drugih poklicev (npr. socialni delavci, socialni pedagogi, teologi, sociologi, pedagogi, andragogi, pravniki, ekonomisti), tudi takih, ki ne spadajo med humanistične ali družboslovne (npr. agronomi, inženirji). Psihiatri in klinični psihologi v okviru svojih specializacij dobijo določena, vendar omejena psihoterapevtska znanja. Ne glede na to, koliko koristnega dela lahko s tem znanjem opravijo (v okvirih svojih storitev), pa zahtevata naziv psihoterapevta in izvajanje poklicne psihoterapije dodatno izobraževanje v skladu z evropskimi standardi in normativi, ki traja v povprečju (od uvodnega preko osnovnega do posebnega specialističnega izobraževanja in usposabljanja) najmanj 5 let. Tako si pridobijo in stalno, v določenih časovnih obdobjih, obnavljajo diplomu iz psihoterapije.

Pomembno je razlikovati področje specialistične, poklicne psihoterapije od generične psihoterapije. Strokovnjaki z različnimi poklici lahko v različnih obsegih integrirajo psihoterapevtska znanja in veščine, tako da povečajo kvaliteto svojega dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje storitev v okviru šolskih svetovalnih služb itn.). To je generična psihoterapija. Poklicni psihoterapevt pa lahko postane samo tisti, ki opravi celotno psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje po evropskih kriterijih.<sup>13</sup>

Kakšne so trenutno v Sloveniji poti do naziva psihoterapevt, ki zadoščajo evropskim standardom za samostojen poklic? Večkrat se srečujem z ljudmi, ki me prosijo za pomoč pri orientaciji, saj so v trenutnih razmerah zmedeni glede kriterijev in standardov psihoterapevtskih izobraževanj po različnih društvih in inštitutih. Najprej poudarim, da ima, dokler nimamo zakona o psihoterapiji, vsaka diploma z nazivom psihoterapevt le simbolični status, torej je brez pravne ali javno formalne veljave. Z njo npr. nihče ne more kandidirati za službo, saj psihoterapija ni registriran poklic. Nato pa jih opozorim na nove razmere, ki jih bo, upam, prinesel zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Takrat bo pomembno, da bo diploma ustrezala kriterijem za pridobitev licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti.

V sliki 1 so zajete tiste poti do naziva psihoterapevt, ki zadoščajo evropskim standardom za samostojen poklic:

- diploma Združenja psihoterapevtov Slovenije po zaključeni tretji oz. specialni stopnji izobraževanja in usposabljanja za psihoterapevta;
- SKZP podeljuje Evropsko in Slovensko diplomu iz psihoterapije. Po eni strani ju lahko dobijo staroste, to so psihoterapevti, ki so pridobili strokovno znanje s prakso ne pa nujno z izobraževanjem (angl. 'grandparenting') in so se uveljavili kot pionirji v razvoju psihoterapije na Slovenskem. Po drugi strani pa ju lahko dobijo tisti z diplomu iz psihoterapevtskega pristopa, ki ima evropsko akreditirajočo organizacijo in ki jo priznava Evropska zveza za psihoterapijo;
- diplome v Evropi priznanih psihoterapevtskih pristopov, ki imajo evropsko akreditirajočo organizacijo (npr. diploma iz TA, ki jo priznava EATA /Evropsko združenje za transakcijsko analizo/, diploma iz geštaltske terapije, ki jo priznava EAGT /Evropsko združenje za geštaltsko terapijo/ itn.);
- zaključen petletni študij psihoterapevtske znanosti, ki poteka pod okriljem Univerze Sigmunda Freuda iz Dunaja in v sodelovanju s Slovenskim inštitutom za psihoterapijo (SIP) (triletna prva in dvoletna druga stopnja po bolonjskem sistemu). SIP omogoča tudi dvoletni študij propedeutike, ki je vsebinsko usklajen s prvima dvema letnikoma fakultetnega študija psihoterapije. Po zaključeni propedeutiki se lahko edukanti vključijo v specialistične študije psihoterapije, ki trajajo običajno štiri leta, npr. iz transakcijske analize, geštalta, integrativne geštalt terapije, integrativne relacijske terapije itn.;
- Evropsko združenje društev psihologov (EFPA) izdaja Specialistično diplomu za psihologe specialiste psihoterapije (Društvo psihologov Slovenije, 2004). V specializacijo lahko vstopijo kandidati z diplomu EFPE iz psihologije ali tisti, ki imajo enakovredno petletno univerzitetno usposabljanje in eno leto prakse s supervizijo. Nato se izobražujejo in usposabljujejo iz psihoterapije najmanj tri leta, če usposabljanje poteka s polnim delovnim časom, in seveda dlje, če študirajo ob delu, dokler ne izpolnijo zahtevanih minimalnih kvantitativnih kriterijev: 150 ur supervizije, 500 ur psihoterapevtske prakse pod supervizijo, 400 ur teorije, terapevtske metodologije in tehnike, 100 ur osebne izkušnje. Poleg tega ima EFPA tudi postopek za staroste;
- zaključen magistrski študij iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani in nato še najmanj dve leti psihoterapevtske prakse pod supervizijo, ki poteka po raznih centrih, ki po Sloveniji izvajajo relacijsko partnersko in družinsko terapijo (bolj podrobno glej zgoraj v poglavju o akademizaciji psihoterapije).

Slika 1 – Kako priti do naziva psihoterapevt v Sloveniji?



V tem trenutku je še vedno težko reči, koliko je v Sloveniji psihoterapevtov, ki imajo diplomu za samostojen poklic po evropskih standardih. SKZP še nima popolnega registra psihoterapevtov posameznih društev.<sup>14</sup> V registru ZPS je okoli 180 članov, med njimi jih ima okoli 50 diplomu oz. naziv psihoterapevt<sup>15</sup> (Kobal, 2009). Večina društev ima samo majhno število popolno šolanih psihoterapevtov: nekateri izmed njih so »staroste« in nekateri so končali svoje šolanje v tujini. Večina članov v društvih ni dokončala šolanja. Tako so trenutno možne samo približne ocene celotnega števila psihoterapevtov: menim, da je v SKZP in v ZPS skupaj največ okoli 200 ljudi s poklicno identiteto psihoterapevta.

Poleg tega je večina psihoterapevtov zaposlenih v svojem prvotnem poklicu, npr. kot (klinični) psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi in imajo zelo različne možnosti za psihoterapevtsko delo. Običajno posvečajo psihoterapiji samo manjši del svojega delovnega časa ali pa le del svojega prostega časa. To pomeni, da psihoterapevtsko usposabljanje izboljša njihovo strokovno kompetenco v njihovih primarnih poklicih.

Premajhno število poklicnih psihoterapevtov je v Sloveniji eden največjih problemov. 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,<sup>16</sup> ki bi ves svoj delovni čas posvečali psihoterapiji. Če ocenjujemo, da je pri nas okoli dvesto diplomiranih psihoterapevtov, ki se jim vsako leto v najboljšem primeru pridruži en do dva ducata novih, vidimo, da s sedanjo dinamiko psihoterapevtskega izobraževanja nikdar ne bomo mogli zadovoljiti potreb. Res je pa tudi, da večina od diplomiranih psihoterapevtov ostaja zaposlenih v svojem prvem poklicu in se le v manjšem delu svojega časa posvečajo psihoterapiji. Zakon bi v opisano situacijo prinesel postopen premik na boljše, a še vedno bomo potrebovali nekaj desetletij, preden bomo glede razmerja med številom psihoterapevtov na število prebival-



cev dosegli razvite evropske države.

## Dostopnost in cena psihoterapevtskih storitev

Pacienti lahko pri nas pridejo do psihoterapevta bodisi na lastno pobudo bodisi na priporočilo osebnega zdravnika ali psihiatra. Ker pa je povpraševanje mnogo večje od ponudbe, jih veliko ostaja brez tovrstne pomoči. Samo manjšina pacientov lahko pride do psihoterapevta, ki dela za javno zdravstvo ali socialno varstvo<sup>17</sup> ali v privatni praksi.<sup>18</sup> Za te je psihoterapija brezplačna, npr. stroški se pokrijejo iz zdravstvenega zavarovanja.<sup>19</sup> Maloštevilni imajo srečo, da imajo dovolj finančnih sredstev in si lahko privoščijo psihoterapevta, ki opravlja psihoterapijo v svojem prostem času. Običajna cena za kliente, ki so samoplačniki, sega od 20 do 60 evrov za uro psihoterapije. Večina klientov si lahko privoščiti najnižjo ceno in večina si ne more privoščiti najvišje.

Pacienti lahko pridejo do psihoterapije tudi v okviru psihiatričnih bolnic, kot npr. na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje (KOMZ), ki ima več enot - oddelek za psihoterapijo nevroz in psihoz, za zdravljenje odvisnosti od alkohola, motnje hranjenja, adolescentno psihiatrijo, krizne intervencije (Lokar, 1987; Milač, 1984; Tomori in Mrevlje, 1986; Mrevlje, 2000; Ser nec in Mrevlje, 2002; Lunaček et al, 2008; Škodlar, 2004, 2008; Rus Makovec, 2005), na psihoterapevtskem oddelku za zdravljenje anksioznih in depresivnih motenj v bolnici Begunje (Resman, 2008)<sup>20</sup>, na psihoterapevtskem oddelku psihiatrične bolnice Idrija<sup>21</sup>, v okviru delovne terapije (npr. integracija gibalno plesne terapije v obravnavo oseb s psihotičnimi težavami in z odvisnostjo; Petek, 2008) ali v okviru klinično psiholoških služb idr.

Vseeno je ponudba psihoterapije v psihiatričnih bolnicah relativno majhna glede na potrebe, saj sprejemajo in zdravijo večinoma ljudi, ki trpijo za psihozami in alkoholizmom, vse bolj pa naraščajo tudi sprejemi starejših bolnikov (Ministrstvo za zdravje, 2009). Ker je večina odvisnih od alkohola motiviranih le za simptomatsko zdravljenje, se jih samo manjši del vključi v zdravljenje alkoholizma v psihiatričnih bolnišnicah, ki temelji na socioterapiji in psihoterapiji (Kavčič Kumer, 1994; Rus Makovec, 2005).

Zdravljenje psihotičnih pacientov v psihiatričnih bolnicah pretežno temelji na medikamentozni terapiji, medtem ko obstajajo v bolnicah na področju psihosocialne rehabilitacije še velike neizkoriščene možnosti (Švab in Groleger, 2007). Psihoterapevtski model ni prinesel bistvenih sprememb v prevladujoči medicinski model obravnave v psihiatričnih bolnicah. To se kaže npr. tudi v tem, da ni nobenih ti. psihosomatskih klinik, ki so se v tujini, npr. v Nemčiji (prva v Windachu je bila ustanovljena že leta 1976 <http://www.klinik-windach.de/>) in Avstriji (npr. v Eggenburgu - <http://www.pszw.at/>), v zadnjih 20 letih precej razširile in kjer ima psihoterapija ključno vlogo pri obravnavanju psihosomatskih motenj in bolezni, bolečinskih sindromov, anksioznih, depresivnih in obsesivno kompulzivnih motenj, border line osebnosti, stresnih in posttraumatskih motenj, sindroma izgorelosti, motenj hranjenja idr. (Remmel, 2006; Tominschek in Schiepek, 2007).

K razvoju psihosocialne rehabilitacije psihotičnih pacientov so od devetdesetih let pomembno prispevale nevladne organizacije, kot npr. ŠENT, Ozara, Altra, v okviru katerih bi lahko sodelovalo precej več psihoterapevtov kot do zdaj, saj je smiselnost psihoterapije v paleti psihosocialne pomoči oz. skupnostne skrbi že tudi empirično podprta (Avberšek in Švab, 2004).

V Evropi smo ena redkih držav, ki ima po vrtcih, osnovnih in srednjih šolah razvito mrežo sveto-

valnih služb. Žal pa psihoterapija v okviru teh kot metoda uradno ni dovoljena. Psihologom, specialnim pedagogom in socialnim delavcem, ki delajo v šolah, je uporaba elementov psihoterapije dovoljena samo v posebnih primerih,<sup>22</sup> zato morajo napotiti učence in družine v specializirane institucije (svetovalne centre za otroke in mladostnike in njihove starše, dispanzerje za mentalno zdravje, pedopsihiatrične klinike), če ti potrebujejo psihoterapijo. Kljub uradnim omejitvam veliko zgoraj omenjenih strokovnjakov na lastno pobudo pridobiva psihoterapevtsko znanje in veščine (večinoma v gestalt, realitetni, vedenjsko-kognitivni in družinski terapiji), ki jim pomagajo pri njihovem vsakdanjem delu.

Kot je že omenjeno v prejšnjem odstavku, otroci, mladostniki in njihovi starši lahko pridejo do psihoterapije v dosti premajhnem obsegu glede na potrebe na Pedopsihiatričnem oddelku Pediatrične klinike v Ljubljani (Brecelj Kobe in Martinčič Jarc, 1998) in v Mariboru ali v Svetovalnih centrih v Ljubljani, Mariboru, dejavna sta tudi svetovalni center v Kopru in pisarna, ki opravlja svetovalne storitve v Novem mestu. Oddelek za mladostnike je na voljo le na Kliničnem oddelku za mentalno zdravje Psihiatrične klinike v Ljubljani. Leta 1995 je bil ustanovljen Inštitut za klinično psihologijo in psihoterapijo kot prvi zasebni zavod za psihoterapijo otrok, mladostnikov in odraslih; delno se pokriva s koncesijo, delno samoplačniško in je hkrati tudi učna baza.<sup>23</sup> Nikjer v državi še ni na voljo specializiranega varovanega oddelka za otroke in mladostnike. Če potrebujejo obravnavo v varovanem oddelku, so hospitalizirani z odraslimi bolniki. Kljub nekaterim mentalnohigienskim ambulantam (te so ostale v zdravstvenih domovih) pa storitve, ki jih ponujajo omenjeni centri, pisarna in ambulante, predvsem niso enakomerno dostopne vsem tistim otrokom, mladostnikom in staršem v državi, ki jih potrebujejo (Ministrstvo za zdravje, 2009).

Vloga zdravstvenih domov, s tem pa tudi oddelkov, ki skrbijo za duševno zdravje otrok, mladostnikov in odraslih (centri za duševno zdravje – CDZ, v preteklosti pa mentalnohigienski oddelki – MHO), se je v zadnjih letih zmanjševala. Čeprav je po strokovni doktrini obravnava teh motenj interdisciplinarna – timska, kjer naj bi imel psihoterapevt pomembno mesto in vlogo, teh timov v celoti nikoli ni bilo, drugod pa so zaradi odhodov zaposlenih razpadali, na novo pa niso zaposlovali. (prav tam)

Otroke, ki zaradi vedenjskih in čustvenih motenj potrebujejo obravnavo v zavodu, sprejema tudi deset zavodov za vzgojo in izobraževanje otrok s posebnimi potrebami. V zavode je del otrok napoten tudi zaradi težkih socialnih ali družinskih razmer, štirje zavodi pa sprejemajo tudi otroke in mladostnike, ki jim ukrep sprejema v zavod izreče sodišče. (prav tam) V teh zavodih imajo številni vzgojitelji in strokovni delavci določena psihoterapevtska znanja in veščine, ki povečujejo njihovo učinkovitost, vendar je v zavodih psihoterapija še dosti premalo prisotna. Pomanjkanja psihoterapevtske pomoči otrokom, mladostnikom in njihovim staršem ne morejo zapolniti niti določeni sicer kvalitetni projekti (npr. "čepovski projekt", Žorž, 1997) in prostovoljna društva (npr. Možina in Stritih, 1998). Velike neizkoriščene možnosti za psihoterapevtsko pomoč mladostnikom so tudi po dijaških domovih.

Preko v letu 2008 novo ustanovljenega Slovenskega inštituta za psihoterapijo (SIP), ki je od SKZP prevzel projekt fakultetnega študija psihoterapije v sodelovanju z Univerzo Sigmunda Freuda iz Dunaja, pa so se organizatorji študija skupaj s psihoterapevti iz cele Slovenije lotili tudi oblikovanja nacionalne mreže centrov za psihoterapijo in psihosocialno pomoč, ki naj bi izboljšali dostopnost psihoterapije širokemu krogu uporabnikov oz. klientov. Trenutno so odprti centri za psihoterapijo v Ljubljani, Celju in Mariboru. Hkrati bodo ti centri služili tudi kot učne baze za prakso študentov psihoterapije. To je trenutno namreč ena največjih težav pri izobraževanju in usposabljanju psihoterapevtov, da primanjkuje učnih baz za opravljanje supervizirane

psihoterapevtske za edukante.

## Publiciranje, strokovna srečanja, fundacije in raziskovanje

Danes je publicistična dejavnost precej dinamična, vendar še vedno primanjkuje kvalitetnih slovenskih učbenikov za psihoterapijo in kvalitetnih prevodov temeljnih del iz področja psihoterapije. Z izjemo Frančiškanskega družinskega inštituta, ki se zaenkrat v glavnem osredotoča na izdajanje knjig iz relacijske zakonske in družinske terapije (npr. Gostečnik, 2004, 2007, 2008), nimamo psihoterapevtske edicije, ki bi enakomerno spodbujala objave različnih psihoterapevtskih pristopov in skrbela za integracijo med njimi. Premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko. Največ psihoterapevtske literature je danes možno dobiti v knjižnici Kliničnega oddelka za mentalno zdravje, Centralni medicinski knjižnici in knjižnici Fakultete za socialno delo.

V Sloveniji je tudi malo kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije, kot so bili npr. v zadnjih letih:

- Mednarodna konferenca družinske terapije leta 2003 na Bledu z naslovom Upreti se zlorabi (Resisting Abuse), ki so jo soorganizirali Psihiatrična klinika iz Ljubljane, Slovensko društvo za družinsko terapijo in Mednarodno združenje za družinsko terapijo (IFTA). Leto kasneje je izšel tudi zbornik (Trampuž in Rus Makovec, 2004). Člani IFTE, ki so v glavnem Američani, so bili tako zadovoljni, da so ponovno prišli v Slovenijo marca 2009 v Portorož, kjer se je na Mednarodni konferenci družinske terapije ponovno zbrala pisana družčina nekaj sto strokovnjakov iz številnih dežel sveta (Čebašek Travnik, 2009);
- leta 2007 smo izpeljali Prvi mednarodni znanstveni psihoterapevtski kongres SKZP z naslovom Psihoterapija v luči nevroznanosti: telo, čustva in zavest – revolucionarne povezave. Takrat smo sklenili, da bomo organizirali kongres na dve leti in širili krog domačih in tujih strokovnjakov, vendar nam je nato zmanjkalo moči in ideje leta 2009 nismo uresničili (Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, 2007);
- Inštitut za Integrativno psihoterapijo, Ljubljana in Društvo SINTA sta v sodelovanju z Mednarodno zvezo za integrativno psihoterapijo (IIPA) aprila 2009 v Sloveniji, na Bledu, organizirala 4. mednarodno konferenco iz integrativne psihoterapije (Košak, Žvelc in Žvelc, 2009) z naslovom Akutna travma, kumulativno zanemarjanje in kronični stres. Odmevne konference se je udeležilo čez 180 udeležencev iz 13 držav.

Do zdaj sta bili ustanovljeni samo dve fundaciji, ki naj bi podpirali razvoj psihoterapevtske prakse, izobraževanja in raziskovanja: Ustanova za razvoj slovenske psihoterapije leta 2000 in Fundacija Freud leta 2009. Prva je že veliko let neaktivna, druga pa šele začenja z delom.

Sistematičnega raziskovanja na področju psihoterapije ni oz. smo še na predraziskovalni ravni. Prevladujejo prikazi primerov ali predstavitve različnih specifičnih in kombiniranih psihoterapevtskih pristopov, še zlasti redke pa so raziskave njihove učinkovitosti (Šugman Bohinc in Kobal, 2003). V Sloveniji do zdaj še ni zaživel znanstveno raziskovalni inštitut, ki bi povezal različne pristope in različna področja dejavnosti, čeprav so bile pobude za njegovo ustanovitev žive že nekaj časa.<sup>24,25</sup> Posamezna društva oz. pristopi niso imeli dovolj osebja niti finančnih sredstev za delovanje takšnega inštituta. Hkrati že po tradiciji v izobraževalnih programih društev in inštitutov za psihoterapijo ni bilo nobenega prostora posvečenega raziskovanju psihoterapije.

Pomanjkanje raziskovanja na področju psihoterapije v Sloveniji odseva tudi v dejstvu, da je

prva specializirana strokovna in znanstvena revija za psihoterapijo, Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo začela izhajati šele leta 2007 (Pastirk in Možina, 2007). Leta 2009 ji je uspelo prodreti v mednarodne baze podatkov.

## PSIHOTERAPIJA V SLOVENIJI JUTRI

Pirsig piše o prihodnosti takole: »Stari Grki so na čas gledali kot na nekaj, kar prihaja nadnje izza njihovih hrbtov, na preteklost pa kot na nekaj, kar se oddaljuje izpred njihovih oči. Če o tem nekoliko razmislite, ugotovite, da je to ustrežnejša metafora od tiste, ki jo uporabljamo mi. Le kdo se zmore zares soočiti s prihodnostjo? Vse, kar lahko storimo, je, da jo projiciramo iz preteklosti, čeprav nam preteklost pove, da so take projekcije pogosto zmotne. In le kdo zmore zares pozabiti preteklost? Mar sploh poznamo kaj drugega? [...] Preteklost, ki se razprostira pred nami, gospoduje vsemu, kar lahko vidimo« (Pirsig, 2005: 5).

Če upoštevamo Pirsigov namig glede prihodnosti slovenske psihoterapije, lahko seveda v njej vidimo, kako se bo še bolj razvilo tisto, kar obstaja že danes, npr. različne oblike prakse, izobraževanja iz različnih pristopov, raziskovanje in publiciranje. Ključne, prelomne naloge slovenske psihoterapije jutrišnjega dne pa so v naslednjih točkah:

- reguliranje področja z zakonom o psihoterapevski dejavnosti: reguliranje izobraževanja in uposabljanja preko akreditiranja izobraževalnih ustanov, sistem licenc (register psihoterapevtov), etični nadzor;
- integracija psihoterapije v sistem javnega zdravstva;
- integracija izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v akademski svet in razvijanje mreže univerz, ki imajo psihoterapevtske programe.

Nekaj korakov smo že naredili, nas pa ključni še čakajo in se jim zato bolj podrobno posvečam v nadaljevanju.

### Zakon o psihoterapevski dejavnosti

Prav sprejetje zakona o psihoterapevski dejavnosti predstavlja ključno fazo oz. korak v razvoju psihoterapije v katerikoli državi (Možina in Bohak, 2008). Slovenska psihoterapija se je po 40 letih razvoja v zadnjih dveh letih znašla na pomembni prelomnici, ki jo bo ključno zaznamovala nadaljnja usoda predloga zakona o psihoterapevski dejavnosti. Razmere za sprejem zakona so zrele. V okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevski dejavnosti se je pod vodstvom pravnice Irene Kosovel Podgornik po pravilih skupinske dinamike v mali skupini zgodil proces integracije. Najprej se je med predstavniki SKZP in ZPS dve leti odigravala ostra polarizacija z veliko monologov in malo poslušanja<sup>26</sup>, dokler se spomladi 2008 Delovna skupina ni znašla na robu razpada. Stališče MZ je bilo namreč jasno: če ne boste v Delovni skupini uspeli priti do konsenza in izdelati usklajenega predloga zakona, se bo proces priprave zakona na ministrstvu ustavil. Šele ko smo se soočili s tem skrajnim robom, z dejstvom, da bomo vsi ostali praznih rok, če se ne sporazumemo, je nenadoma prišlo do kvantnega skoka. Neproduktivni simetrični, tekmovalni odnosni vzorec je preskočil v komplementarni. Vsak je malo popustil, saj smo se zavedli, da nam več pomeni doseči veliki cilj – zakon, zaradi katerega smo se tudi zbrali, kot pa oditi iz ministrstva z občutkom Pirove zmage, češ smo pa le preprečili nasprotni strani, da ji ni uspelo. Začeli smo se poslušati, sodelovati, nenadoma odkrili, da se v marsičem že strinjamo

in vsaka stran je popustila na nekaterih različnih stališčih (npr. predstavniki ZPS so sprejeli možnost fakultetnega študija psihoterapije takoj po maturi in možnost neanalitske osebnosti izkušnje, predstavniki SKZP pa smo sprejeli idejo specializacije iz psihoterapije, ki pa smo jo oblikovali tako, da smo upoštevali tudi standarde in normative fakultetnega študija psihoterapije).

Izhajajoč iz zgoraj navedene splošne ocene stanja slovenske psihoterapije bi zakon omogočil:

- opredeliti psihoterapijo kot samostojno in z znanstvenimi izsledki podprto stroko, spodbujati razvoj psihoterapije kot samostojne znanstvene discipline;
- regulirati poklic psihoterapevta kot samostojen poklic in jasno razmejiti poklic psihoterapevta od psihiatra in kliničnega psihologa, ki pri svojem delu tudi uporabljata posamezne elemente psihoterapevtskega dela, saj psihoterapija ni podaljšek medicinskih in psiholoških disciplin in ni (sub)specialistična dejavnost ali ena od psihološko/psihiatričnih metod;
- regulirati psihoterapevtsko dejavnost in določiti pogoje za njeno opravljanje;
- določiti stopnjo in vrsto izobrazbe ter oblike in načine izobraževanja in usposabljanja za poklic psihoterapevta;
- zagotoviti visoko znanstveno raven tega poklica in postaviti standarde in normative tega poklica, ki so v evropskih deželah že dogovorjeni, npr. Straßburska deklaracija o psihoterapiji, Evropska diploma iz psihoterapije, diploma EFPA;
- spodbujati vključevanje v sodobne evropske tokove tudi preko zakonskega urejanja psihoterapevtske dejavnosti, saj je zakon o psihoterapevtski dejavnosti sprejelo že deset evropskih držav, v evropskem parlamentu pa je bila ustanovljena platforma za področje psihoterapije s ciljem regulacije tega poklica v državah EU;
- zagotoviti visoko strokovnost dela in strokovni nadzor (poklicna zbornica kot strokovni organ, ki skrbi za razvoj stroke in nadzor, licence za samostojno opravljanje dela psihoterapevta, vzpostavitev registra psihoterapevtov,...);
- povečati kvantiteto in izboljšati kvaliteto ponujenih psihoterapevtskih storitev ter dostopnost do psihoterapevtskih storitev;
- zaščititi uporabnika psihoterapevtskih storitev (etični kodeks, sankcioniranje) pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, zmanjšati sivo ekonomijo;
- zagotoviti enak položaj vseh relevantnih in znanstveno utemeljenih psihoterapevtskih pristopov ter preprečiti apriori privilegiran položaj ene poklicne skupine (npr. klinični psihologi ali zdravniki, psihiatri);
- zagotoviti pretok znanj med psihoterapevtskimi pristopi in med različnimi znanstvenimi disciplinami;
- zagotoviti pretok psihoterapevtskih znanj v sorodne stroke in obratno.

Krovno ministrstvo za pripravo zakona je Ministrstvo za zdravje (MZ), saj gre za zdravstveno dejavnost. Pogoji za samostojno opravljanje storitev psihoterapevta bodo zato določeni podobno, kot to za področje zdravstva določa Zakon o zdravstveni dejavnosti. Minister za zdravje naj bi, v kolikor bo zakon sprejet, dal javna pooblastila poklicni Zbornici psihoterapevtov, ki naj bi med drugim:

- predpisala etični kodeks, komisija za etična vprašanja, komisija za pritožbe in častno razsodišče pri zbornici pa bodo skrbeli za njegovo spoštovanje in izvajanje;
- sodelovala pri pripravi izobraževalnih programov (uvodnega izobraževanja in specializacije) z nosilci izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije in skrbela za nenehno izobraževanje psihoterapevtov z namenom, da bodo dosegli pogoje za obnavljanje in potrditev licence;
- z MZ sodelovala pri strokovnem nadzoru ali pa ga, na podlagi zakona, izvajala tudi sama;

- sodelovala pri sklepanju kolektivnih pogodb, sodelovala pri oblikovanju izhodišč za sklepanje pogodb na področju zdravstvenega zavarovanja in zastopala interese tistih, ki delajo v zasebni praksi in ki opravljajo psihoterapevtske storitve na tržišču;
- skrbela za registracijo psihoterapevtov. Pri zbornici naj bi delovala Komisija za podeljevanje nazivov. Licenco za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti bi bilo treba obnavljati. Vdila bi ločene sezname psihoterapevtov, supervizorjev, psihoterapevtov za osebno izkušnjo, mentorjev, učiteljev ter akreditiranih nosilcev izvajanja izobraževanja in usposabljanja;
- seznanjala javnost – uporabnike o izvajalcih psihoterapevtskih storitev, ki imajo licenco.

Glede finančnih posledic za proračunska sredstva je pomembno, da se psihoterapevtska dejavnost že sedaj opravlja kot del zdravstvene dejavnosti v okviru javne zdravstvene mreže, izvajajo jo psihiatri in klinični psihologi. Z reguliranjem poklica psihoterapevta in normiranjem pogojev za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti bi se sredstva, ki so se iz javnih sredstev za ta namen že namenjala, prerazporedila na tiste izvajalce psihoterapije, ki bi izpolnjevali pogoje po zakonu za izvajanje psihoterapevtskih storitev. Še vedno pa bi večji del psihoterapevtskih storitev ostal na razpolago na tržišču samoplačniško in v tem pogledu ne bi ustvarjal dodatnih potreb po javnih sredstvih. Višina porabe javnih sredstev bi bila torej odvisna predvsem od politike zdravstvene zavarovalnice, kolikšen del razpoložljivih javnih sredstev bi namenila, v primerjavi z ostalimi zdravstvenimi storitvami, za psihoterapevtske storitve.

## Integracija psihoterapije v sistem javnega zdravstva

V Evropi so bili prvi Nemci, saj so že leta 1967 vključili psihoterapijo v sistem javnega zdravstva. Čeprav je danes psihoterapija kot samoplačniška storitev dostopna praktično v vseh evropskih državah, je žal Nemčiji do zdaj sledilo le manjše število držav, npr. Nizozemska, Avstrija, Švica, Švedska idr.

Če pogledamo trenutno sliko duševnega zdravja Slovencev, smo lahko zaskrbljeni (Možina, 2009) in tudi psihoterapevti bi morali zavihati rokave v preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih programih. Naj na tem mestu omenim samo štiri področja, ki so v Nacionalnem programu duševnega zdravja (glej [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2009/NPDZ\\_javna\\_razprava\\_070909.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2009/NPDZ_javna_razprava_070909.doc)) posebej poudarjena na osnovi skrb vzbujajočih podatkov iz raziskav: alkoholizem, hitro večanje števila starejših z duševnimi motnjami, samomorilnost, nezadostno razviti programi psihosocialne skrbi za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami.

Alkoholizem in samomor sta prevladovala pred letom 1990 in sta še vedno dva večja družbena problema, povezana z osebno ranljivostjo. Ocenjeno je, da 80.000 ljudi trpi za alkoholizmom. Predstavlja približno 80 odstotkov vseh psihiatričnih sprejemov. Še posebej zaskrbljujoče je, da izstopa nad evropskim povprečjem zloraba alkohola pri mladih.

Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomorov (to je število samomorov na 100.000 prebivalcev letno), saj si vzame življenje kar 500 in 600 ljudi na leto. Samomorilnih poskusov je po predvidevanjih do desetkrat več. Ob tem moramo upoštevati, da samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu človeku, ki je storil samomor.

Poleg teh problemov obstaja obširen spisek področij, kjer bi bila psihoterapija dobrodošla na ravni primarne, sekundarne in terciarne preventive (Možina, 2008). Sprejetje zakona o psiho-

terapevtski dejavnosti bi postavilo pravni okvir za celostno in dolgoročno zasnovano izvajanje psihoterapije na vseh teh področjih. Poleg obravnavanja tradicionalnih duševnih motenj, npr. anksioznih, depresivnih, prilagoditvenih in stresnih motenj, motenj osebnosti itn. je morda manj znano, da se je psihoterapija pokazala kot uspešna pri obravnavanju širokega spektra komorbidnosti pri somatskih boleznih. Tako sta Fava in Sonino (2000, v Kächele in Pirmoradi, 2009) zbrala podatke o kontroliranih študijah, ki potrjujejo povezanost naslednjih somatskih bolezni s stresnimi življenjskimi dogodki: astma, sladkorna bolezen, Gravesova bolezen, hipotalamična amenoreja, peptični ulkus, vnetne bolezni črevesa, funkcionalne gastrointestinalne motnje, miokardni infarkt, funkcionalne kardiovaskularne motnje, avtoimunske bolezni, rak, infekcijske bolezni, psoriza, Alopecia areata, urtikarija, glavobol, cerebrovaskularne bolezni.

In kakšen je pomen teh študij za utemeljevanje javnega financiranja psihoterapije? Fava in Sonino (prav tam) namreč nadaljujeta s seznamom somatskih bolezni, kjer so se kratkotrajne psihoterapije v kontroliranih študijah pokazale kot učinkovite: kronična bolečina, sindrom kronične utrujenosti, koronarna srčna bolezen, zvišan krvni pritisk, sladkorna bolezen, razk, astma, epilepsija, debelost, peptični ulkus, sindrom iritabilnega kolona, vnetne bolezni črevesa, artritis, priprava na medicinske posege.

Torej je poleg tradicionalnih področij uporabe psihoterapije, npr. za ljudi, ki ne želijo jemati psihofarmakov in za ljudi, kjer zdravila nimajo dobrih učinkov (npr. motnje osebnosti, motnje hranjenja, somatoformne motnje idr.), dragocena tudi za ljudi z resnimi telesnimi boleznimi predvsem za izboljšanje psihosocialne prilagojenosti.

Vendar se kljub temu vedno znova postavlja vprašanje o upravičenosti vlaganja javnih sredstev v psihoterapijo. Na že omenjeno nemško odločitev leta 1967 je bistveno vplival podatek iz študije, da srednje dolga psihoanalitsko usmerjena terapija pomembno zmanjša stalež (Dührssen in Jorswieck, 1965, v Kächele in Pirmoradi, 2009). Javnosti pač ne zanimajo samo humanistični vidiki, ampak želi videti pozitivne finančne učinke.

Kako naj torej utemeljimo javno financiranje psihoterapije v času, ko stroški javnega zdravstva skokovito naraščajo? Nujne so analize stroškov in koristi [cost-benefit] in analize učinkovitosti [cost-effectiveness], ki so temeljno orodje za ocenjevanje ekonomskih koristi projektov, čeprav moramo tu preseči mit, ki je med kliniki (in žal tudi med psihoterapevti) široko razširjen, da so namreč stroški stvar poslovnežev/menedžmenta in da se to klinikov ne tiče (Newmann in Howard, 1986, v Kächele in Pirmoradi, 2009). Kächele in Pirmoradi (prav tam) opozarjata, da so analize stroškov in koristi redke in običajno zanimajo le tiste, ki se ukvarjajo z zdravstveno politiko. Terapevti pa menijo, da ogrožajo njihovo svobodo za izvajanje terapije, ki naj bi bila čim bolj po meri pacientov. Gledano iz mikroperspektive, ko se osredotočajo na posameznega pacienta, imajo prav. Vendar pa je lahko njihova praksa kljub temu iz makroperspektive kliničnih institucij ali sistema javnega zdravstva kot celote neoptimalna. Pri omenjenih analizah ni cilj samo to, kako zmanjšati stroške, ampak kako izkoristiti omejene terapevtske vire za maksimalne učinke oz. koristi.

Kaj so stroški in kaj so koristi?

Kächele in Pirmoradi (prav tam) opozarjata, da moramo pri stroških razlikovati med:

- neposrednimi stroški: jasno je, da vsaka terapevtska seansa stane, manj jasno pa je, kako je s stroški supervizije.
- posrednimi stroški: pacienti morajo investirati svoj čas, kar gre pogosto na račun delovnega

časa - pri ambulantni obravnavi manj, pri stacionarni, kar je pogosto v Nemčiji, kjer je veliko psihoterapevtskih klinik, pa seveda več. Hkrati stacionarne obravnave (manj ambulantne) predstavljajo tudi strošek za pacientovo družino.

Glede koristi pa je pomembno razlikovati:

- prihranjene stroške: stroške povezane z neko boleznijo lahko zmanjšamo, če je psihoterapevtsko zdravljenje cenejše od somatskega zdravljenja in če / ali če psihoterapevtsko zdravljenje zmanjša tudi spremljajoče težave, ki niso neposredno povezane z boleznijo;
- pridobljene koristi: psihoterapija lahko neposredno ali posredno poveča produktivnost preko povečanja ustvarjalnosti, asertivnosti ali preko večje prisotnosti na delovnem mestu; lahko tudi poveča kvaliteto privatnega življenja, kar pa se izmakne večini finančnih analiz.

Iz dosedanjih analiz stroškov in koristi (npr. Chiles in sod., 1999; Grawe in sod., 1994; Gabbard in sod., 1997; Beutel in sod., 2004; Lazar in sod., 2006; Kraft in sod., 2006 – vse v Kächele in Pirmoradi, 2009) psihoterapiji dobro kaže, čeprav bo potrebno še veliko dodatnih analiz. Npr. študija Krafte in sodelavcev (v Kächele in Pirmoradi, 2009), kjer so v naturalistični longitudinalni študiji spremljali 402 pacienta, ki so jih obravnavali psihodinamsko, in 236 pacientov, ki so jih obravnavali kognitivno vedenjsko, je pokazala, da dražji kot so pacienti za zdravstveni sistem, več pridobijo od psihoterapije glede stroškov in koristi.

### *Primarna preventiva*

Vloga psihoterapije v primarni preventivi je preprečevati pojavljanje duševnih motenj. Že Freud je vključeval to dimenzijo, saj se je pokazalo, da ima lahko vsak človek, ki je motiviran za izboljšanje kvalitete življenja, korist od psihoanalize preden se pri njem ali njej pojavi kakšna duševna motnja. Freudovo sporočilo je še vedno moderno: "Živite bolj ozaveščeno! Bolj se zavedajte kompleksnosti lastne duševnosti in uresničite svoje potenciale v delu in ljubezni!" V zadnjih 40 letih se je to sporočilo razširilo med milijone ljudi preko različnih psihoterapevtskih pristopov, predvsem v delu s skupinami, npr. »sensitivity« treningi ali »encounter« skupine, in v delu z ogroženimi in ranljivimi skupinami (npr. adolescenti, nosečnice, nezaposleni, hendikepirani, starostniki itn.). Mnogi psihoterapevti so razvili programe, ki se kombinirajo s psihoedukativnim pristopom (Možina, 2008):

- za otroke in družine;
- za matere z dojenčki za podporo po rojstvu s svetovanjem in praktično pomočjo;
- za skupine, kjer se člani učijo obvladovanja stresa in večje asertivnosti v vsakdanjih življenjskih situacijah;
- za povečevanje osveščenosti v zvezi z zlorabami otrok in preventivne programe na tem tem področju;
- za preventivo nasilja;
- za preventivo telesnih bolezni, ker kronične telesne bolezni povečujejo verjetnost duševnih motenj;
- za preventivne programe na področju alkohola in drog za ogrožene skupine itn.

Pri nas so pomembno vlogo na področju primarne preventive odigrali Dispanzerji za psihohigieno v okviru osnovnega zdravstva, npr. s presejalnim postopkom za ugotavljanje dejavnikov tveganja za razvoj predšolskih otrok (Praper, 1981a,b). Postopek vodi v preventivo, ki je del



nacionalnega programa vse od leta 1972.

### *Sekundarna preventiva*

Vloga psihoterapije na področju sekundarne preventive je v zgodnjem odkrivanju duševnih motenj in zgodnjih intervencah za zmanjševanje tveganja za kronificiranje motenj, hendikepa in samomorilnosti. Še posebno pomembna je ta vrsta preventive na področju depresije in duševnih motenj povezanih z odvisnostjo od alkohola. Psihoterapevti so dobro educirani, da prepoznavajo znake in simptome depresije in problemov povezanih z zlorabo alkohola. Zgodnjemu odkrivanju mora seveda slediti z dokazi podprto zdravljenje, ki je večinoma vzporedno - psihofarmakološko, psihoterapevtsko in edukacijsko.

Psihoterapevti tudi prispevajo k oceni tveganja za zdravje. Spodbujajo paciente z duševnimi motnjami, še posebno tiste s ponavljajočimi, da uporabljajo tehnike samoocenjevanja in metode samopomoči. Izobraževalni tečaji, skupinsko in individualno svetovanje, kjer se pacienti in njihovi bližnji učijo prepoznavati opozorilne znake duševnih motenj in razvijajo strategije obvladovanja, so dragocena oblika psihoterapevtske pomoči. Že v 70-tih letih prejšnjega stoletja so številni psihoterapevti našli poti za popularizacijo psihoterapevtskih metod v skupinah za samopomoč (Možina, 2008).

### *Terciarna preventiva*

Vloga psihoterapije v terciarni preventivi je v zdravljenju in skrbi za ljudi s klinično izraženimi duševnimi motnjami v akutni, primarni ali zgodnji fazi, in v kronični, pozni ali rehabilitacijski fazi. Ker prevalenca duševnih motenj v Evropi narašča in ker je psihoterapija posebno učinkovita v obravnavi najpogostejših duševnih motenj (anksioznost, depresija in pri motnjah zaradi zlorabe psihoaktivnih snovi), je vključevanje psihoterapije v celostno zdravstveno varstvo vse bolj pomembno. V zadnjih 30 letih so številne raziskave potrdile učinkovitost in uspešnost psihoterapije v zdravljenju številnih duševnih motenj na splošno in da so različni psihoterapevtski pristopi na splošno podobno učinkoviti (Možina, 2008).

## **Integracija izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v akademski svet**

Psihoterapija je bila do nedavnega drugi poklic za drugo poklicno obdobje. Kot sem že prikazal, izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije na Slovenskem in v svetu v glavnem še vedno potekajo znotraj posameznih psihoterapevtskih šol oz. pristopov v okviru privatnih inštitutov in društev, v veliko manjši meri pa tudi v okviru univerz. Ti pristopi so bolj ali manj poznani, znanstveno utemeljeni in uspešni. Čeprav ta trenutek z izjemo Avstrije in Francije<sup>27</sup> v svetu še ni akreditiranih univerzitetnih študijskih programov, ki bi omogočali študij psihoterapije za prvi poklic takoj po srednji šoli, pa se je začelo stanje hitro spreminjati, saj akademski svet kaže čedalje več interesa za odpiranje te študijske možnosti.<sup>28</sup>

Ker ta trenutek še vedno prevladujejo izobraževanja za psihoterapijo kot drugi poklic, je lažje razumljivo, zakaj se v strokovnih krogih, ki so povezani s psihoterapijo, vedno znova odpira vprašanje in polemika, ali je študij psihoterapije za prvi poklic sploh primeren, češ da mora biti oseba, ki deluje kot psihoterapevt starejša, osebno zrela in z določeno mero življenjskih izkušenj. Delno je za to polemiko krivo tudi dejstvo, da so po dodatnem znanju psihoterapije posegali predvsem strokovnjaki, ki so se že profesionalno ukvarjali z duševnimi stiskami in motnjami

ljudi, npr. zdravniki in psihologi, saj jim je pri delu z ljudmi zmanjkovalo znanja in veščin, kako nekatere vrste težav sploh obravnavati in zdraviti. Tako se je kot "normalna" ustalila podoba psihoterapevta kot že rahlo osivelega strokovnjaka srednjih let.

V zvezi z odpiranjem možnosti študija psihoterapije takoj po srednji šoli se tako tudi v Sloveniji pojavljajo pomisleki, ali ne bodo namreč diplomanti osebno nezreli, premladi, da ne bodo imeli dovolj življenjskih izkušenj. Kot sem že omenil trenutno študira 34 študentov, ki so se vpisali takoj po maturi, kar je ena tretjina od vseh študentov v programu. Na vprašanje lahko odgovarjamo s proti vprašanji: Kako pa da lahko bodoči socialni delavci, socialni pedagogi, zdravniki, psihologi, teologi in policisti začnejo s študijem po srednji šoli? V čem pa je psihoterapija tako posebna v primerjavi s temi študiji? Ali njihov način dela s človekom ni primerljivo zahteven in tudi primerljivo odgovoren? Poleg tega je študij psihoterapije doslej edini univerzitetni študij, ki v okvir rednega študijskega programa vključuje obvezno intenzivno delo na sebi (v obsegu najmanj 250 ur). Ta osebna izkušnja pa omogoči študentu intenzivnejše osebno zorenje kot kateri koli drug študij brez te zahtevne dodatne ponudbe. To konkretno pomeni: če sta študent medicine in študent psihoterapije na začetku študija primerljivo osebno zreli, bo praviloma do konca študija študent psihoterapije dosegel višjo osebno zrelost oz. integriteto kot njegov vrstnik. In to prav zaradi narave svojega študija.

Evropsko znani psihoanalitik in profesor na univerzi v Münchenu, prof. dr. Wolfgang Mertens, (v Možina, 2007) odgovarja s še dodatnimi tehtnimi protiangumenti: "Dandanes se vedno manj mladih ljudi – kljub velikemu zanimanju – odloča za poklic psihoterapevta. To je po eni strani gotovo povezano z dolgotrajnim časom izobraževanja, po drugi strani pa z visokimi stroški izobraževanja ter v primerjavi s tema dvema dejavnikoma s sorazmerno skromno finančno nagrado, pa tudi s še vedno nezadovoljivim družbenim ugledom tega poklica [...]" (prav tam: 100) Mertens nadaljuje, da bo širjenje možnosti za psihoterapevtsko izobraževanje takoj po srednji šoli delovalo proti pojemajočemu zanimanju za poklic psihoterapevta. »To bi utegnilo privedi do tega, da si posamezen psihoterapevt v času svojega življenja pridobi več kompetenc, morda pa lahko razvije več zanimanja za raziskovanje svoje poklicne dejavnosti, kot se to dandanes dogaja« (prav tam: 100).

K temu lahko dodamo še nekaj argumentov (Možina, 2007):

- za sprejem v fakultetni študij psihoterapije se z vsakim opravi intervju in seminar v mali skupini kandidatov. To je prvo sito, kjer se lahko odkrije osebno neprimerne kandidate;
- drugo in tretje sito poteka s pomočjo ti. "poročevalnega [reporting] sistema" – v tretjem letniku in na drugi stopnji, ko supervizorji poročajo o študentovem terapevtskem delu s klienti. V kolikor ima študent težave, lahko povečajo obseg tega dela oz. upočasnijo študentovo pot do diplome, dokler ne razvije potrebnih kompetenc. V skrajnem primeru lahko pride tudi do tega, da se študentu predlaga prekinitve študija;
- raziskave o učinkovitosti psihoterapije kažejo, da so mladi terapevti v povprečju enako uspešni in učinkoviti kot izkušeni. Njihove prednosti pred izkušenimi so v veliki meri plod motiviranosti in zagnanosti.

Večkrat se pojavlja tudi vprašanje, ali študij zadošča kvantitativnim kriterijem, npr. v primerjavi s kriteriji Evropske diplome za psihoterapijo. Odgovor je preprost: fakultetni študij psihoterapije na vseh treh temeljnih stebrih psihoterapevtskega izobraževanja (teorija, praksa pod supervizijo, osebna izkušnja) presega zahteve EDP za več kot tretjino, torej za več kot 1300 ur.

Glede na obstoječe stanje slovenske psihoterapije ni presenetljivo, da je projekt fakultetnega študija velik zalogaj in da vzbuja tudi razne odpore in strahove, ker vnaša veliko spremembo na zemljevid slovenske psihoterapije. Strahovi pogosto ne temeljijo na dobri informiranosti in razgledanosti, ampak prav obratno.<sup>29</sup>

Rektor USF, prof. dr. Pritz, me je že na začetku opozoril, da bo veliko nasprotovanja projektu fakultetnega študija prav s strani obstoječih društev in inštitutov različnih psihoterapevtskih pristopov, ki izvajajo neformalna izobraževanja iz psihoterapije, ker se bodo ustrašili konkurence akademske poti do psihoterapevtskega poklica. To se je zgodilo in se še dogaja v Avstriji. Pri nas leta 2006 to ni bilo izrazito, saj v primerjavi z Avstrijo naša društva in inštituti, ki predstavljajo različne psihoterapevtske pristope, s svojimi programi izobraževanja ne obračajo velikih denarjev in niso tako vplivna kot avstrijska. Od leta 2008 pa je v povezavi z nasprotovanji zakonu o psihoterapevtski dejavnosti vedno bolj jasna tudi zadržanost do projekta fakultetnega študija. V besedah sicer večina vodilnih predstavnikov različnih psihoterapevtskih pristopov izraža načelno podporo, a v dejanjih je večkrat drugače.

Jasno je, da kljub oviram in nasprotovanjem poti nazaj več ni, kar kaže tudi velik interes za fakultetni študij psihoterapije med slovenskimi študenti. Verjamem, da bo tudi postopno vse več psihoterapevtov in za psihoterapijo zainteresiranih strokovnjakov prepoznalo dragocenost tega, da smo med prvimi v Evropi sledili po poti, ki jo za študij psihoterapije kot prvi poklic utira USF.

## ZAKLJUČEK

Milčinski (1989) je na okrogli mizi na prvih Bregantovih dneh leta 1988 citiral kitajskega filozofa Wang Jang-minga, ki je rekel, da je za učenje krog prijateljev tako važen kot voda za ribe. S tem je apeliral na Bregantove naslednike, naj ostanejo povezani in prijateljski pri nadaljnjem razvoju psihoanalitičnega pristopa na Bregantovih temeljih. Apel Milčinskega je danes enako, če ne še bolj aktualen. Glede ustvarjanja prijateljskega okolja v skupnosti slovenskih psihoterapevtov imamo namreč še velike, velike rezerve. Radius zaupanja je med nami danes (pre)majhen. Večinoma najdemo oporo v zelo ozkem krogu sodelavcev, npr. znotraj svojega psihoterapevtskega pristopa, čeprav se tudi tu hitro razbijamo na podskupine.

Če vzamem za primer sistemske psihoterapevte oz. »sistemce«, kot se kratko večkrat imenujemo, smo razdeljeni na ti. »londonsko« skupino in skupino za kibernetiko psihoterapije ter sistemske psihoterapijo, ki ji pripadam tudi sam (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2010). Pa tudi znotraj naše skupine ni preprosto, saj smo razdeljeni v nekaj podskupin, ki bi se lahko bolj povezale. Ali pa npr. situacija v TA, kjer so štirje mednarodno priznani učitelji vsak na svojem koncu. Ali pa družinski terapevti, ki so se po poskusu povezovanja v Slovenskem društvu za družinsko terapijo razšli, tako da je društvo že nekaj let samo na papirju.

Zakaj je naš radius zaupanja tako majhen? Ko pomislim na slovenske psihoterapevte, ki jih poznam, se mi zdi, da lahko začetim vsakega kot človeka, ki bi bil vreden vsaj povprečnega zaupanja, in da smo kot strokovnjaki relativno zagnani. Bolj ko razmišljam o naši krizi zaupanja, bolj se mi zdi, da nad nami visi oblak nečesa, kar nas presega kot posameznike in na nas usodno vpliva. Da se skriva odgovor na vprašanje bolj v družbenem kontekstu, kot v morebitni patologiji posameznikov, čeprav smo psihoterapevti bolj doma v diagnostiki posameznega človeka ali največ para oz. družine in smo zato večkrat (pre)hitri v patoloških oznakah drug drugega.

Ko smo marca 2006 pripravljali posvet o zakonu o psihoterapevtski dejavnosti na Gospodarski zbornici Slovenije (Možina in Bohak, 2008), sem se zavedel, da prvič v življenju (so)organiziram dogodek, ki ni namenjen bolj zaprtemu krogu psihoterapevtske skupnosti, ampak predstavitvi psihoterapije v širšem družbenem prostoru. Povabili smo namreč veliko uglednih predstavnikov politike, medijev, raznih ustanov s področja psihosocialne skrbi idr. Razmišljal sem o naslovu dogodka in še danes se živo spominjam trenutka, ko se mi je utrnilo: Veš, psihoterapevt svoj dolg? S tem sem mislil na dolg, ki ga imam(o) kot psihoterapevt(i) do uveljavitve psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne zdravstvene dejavnosti v družbi. Takrat se za tak naslov nismo odločili, a ob koncu tega članka sem se ga ponovno spomnil, saj je ta posvet pomembno utrdil moje družbeno angažiranje za psihoterapijo.

### **Veš, psihoterapevt, svoj dolg tovarišiji?**

Praper (1997) je v intervjuju na vprašanje, kakšen je njegov odnos med psihoterapevtskim pristopom, ki ga je izbral, in njim osebno, odgovoril: »Nek odnos gotovo obstaja. Nekaj tega mi je znanega, mnogo tudi ne. Gotovo pa je to področje dela nekaj, kar se prepleta z oblikami samozavedanja. Psihoanaliza in smeri, ki so iz nje izšle, so bile vedno gibanja, oblike samozavedanja, ki so si po eni strani prizadevala za osvoboditev človeka kot posameznika, po drugi strani pa si, predvsem v zadnjem času, tega posameznika, ki ga je evropska kultura mogoče preveč izdvojila, spet prizadevajo postaviti nazaj v kontekst vzajemnosti v socialnih sistemih« (prav tam: 46).

Žal izpraševalec na tem mestu ni nadaljeval z vprašanjem, ki si ga postavljam sam: Če smo se psihoterapevti kot posamezniki dovolj osvobodili, ali je že prišel čas, da si prizadevamo postaviti se nazaj v vzajemnost naše psihoterapevtske skupnosti? Kaj nas psihoterapevte lahko poveže? Kaj so stične točke med različnimi psihoterapevtskimi pristopi, ki med sabo tudi vedno bolj tekmujejo za nove edukante, ki bi se vpisali v njihove programe izobraževanja?

Ko Praper in Mrevlje (1997) opisujeta, kaj danes predstavlja konsenz med različnimi psihoterapevtskimi pristopi, med drugim povzemata Clarksona (1994) o petih vrstah psihoterapevtskega odnosa, ki jih najdemo v vsakem pristopu ne glede na to, ali neka psihoterapevtska šola to upošteva ali ne. Na tem mestu želim omeniti le peto vrsto, ti. transpersonalni odnos, ki ga Clarkson opisuje takole:

»Mnogi pacienti v terapevtskem procesu dosežejo transcendenco samorazumevanja v filozofski smisel obstajanja. Takšen transpersonalni odnos jih postavlja izven časa, jih hkrati individualizira in vrača človeški vrsti. Tisto, kar jih povezuje z ostalimi, je sprejemanje vzajemnega nezavednega. To je nivo, ko potreba ozavestiti nezavedno ni več osrednja naloga terapije. Protislovno na eni strani opazimo, da potreba 'narediti', 'doseči', 'doživeti' in podobno nekako kar usahne, pa vendar se niti pacient niti terapevt ali terapevtska skupina ne počutijo prazne, ampak polne in bogate v tem položaju, izraženem v eni sami starogrški besedi: Koinonia« (Praper in Mrevlje, 1997: 91).

Dobra slovenska beseda za koinonio je tovarištvo. Pirjevec (1986) opisuje, kako se je med partizani, ki so se stalno srečevali s smrtjo, pred njenim obličjem razvil občutek globlje eksistencialno duhovne povezanosti, kar je zanj postala bistvena dimenzija tovarišije. Zaradi nje se je čutil eksistencialno zavezan skupnosti soborcev do konca svojega življenja, čeprav je na politični ravni doživel veliko konfliktov z nekaterimi od njih in so ga v določenem obdobju podobno kot

Kocbeka poskušali ekskomunicirati.

Ali je možno, da psihoterapevti med seboj razvijamo podoben občutek tovarištva, tovarišije, kljub temu da si včasih stopimo na prste z medsebojnimi razlikami? Lahko postopno povečamo radius zaupanja v lastnih vrstah? Smo sami kot pacienti v lastnih učnih terapijah doživeli transpersonalni odnos? Ga lahko prenesemo tudi v odnose med nami? Lahko ob ohranjanju medsebojnih razlik začutimo duhovno povezanost, ki se odpre preko transpersonalnega odnosa?

Veliko je napetosti med nami, ki se večkrat intenzivirajo v konflikte in ti v ločevanja in končno cepitve: med tistimi, ki delajo v zdravstvu, in tistimi zunaj zdravstva, med pristopi, med analitiki kot predstavniki tradicije in novejšimi pristopi kot predstavniki tranzicije, med generičnimi in poklicnimi psihoterapevti, med različnimi strokovnimi profili, ki predstavljajo prvi poklic psihoterapevtov – npr. med psihologi in psihiatri, med psihologi in psihiatri in drugimi, med tistimi, ki zagovarjamo študij psihoterapije takoj po maturi in tistimi, ki ne, med tistimi, ki navijajo cene terapevtske ure in tistimi, ki želijo socialno pravično tarife itn. Razlik, na osnovi katerih se lahko cepimo in oviramo, je nešteto, vragu glede tega ne zmanjka domišljije. Še posebno, če se ta hudič hrani iz širšega družbenega konteksta in iz starih narodovih ran, iz bolečine, ki se na makro ravni prenaša tudi medgeneracijsko (Praper, 2001; Možina, 2009a).

V odnosu do pacientov smo empatični morda na trenutke celo transpersonalni. Sočutje do pacientov z velikim občutkom odgovornosti razvijamo celo svojo poklicno kariero, npr. tudi tako da stalno hodimo v supervizijo oz. intervizijo. Da bi pacientom pomagali zaceliti njihove rane v zaupanju. Ali lahko razširimo to svoje sočutje in sposobnost za povečevanje zaupanja, ki jo stalno razvijamo pri delu s pacienti, tudi med nami?

Vsi smo na eksistencialni ravni v istem čolnu, vsi smo bivanjski sopotniki, kot bi rekel Yalom (2002). Vsi smo minljivi, vsi krhki pred obličjem smrti, vsi se srečujemo z odgovornostjo svobode, ko moramo izbirati, s samoto v bolečini in v bolezni in vsi iščemo smisel v trenutkih, ko se znajdemo v temi, ranljivi in nebogljeni. Vsi smo krvavi pod kožo. Vsi smo ljudje. Se lahko kot ljudje, tovariši in bivanjski sopotniki povežemo? Ne samo za uveljavljanje skupnih interesov, ampak tudi kar tako, brez posebnega namena ali cilja, ampak zaradi našega bivanjskega položaja samega. Ali ni to naš dolg drug drugemu?

## Opombe

1) Dodatna kompleksnost tu je, da je lahko program akreditiran v tujini, pri nas pa še ne, kar je trenutno stanje fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti v okviru Univerze Sigmunda Freuda pri nas.

2) Ustanovitelj Katedre za klinično psihologijo na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani, prof. dr. Borut Šali, je poleg psihodiagnostike že od začetka uvajal psihoterapevtska znanja, vendar se je omejeval bolj na humanistični Rogersov pristop. Njegov naslednik, prof. dr. Peter Praper, je bil prvi, ki je izpolnjeval akademske kriterije za učitelja in hkrati strokovne standarde in normative za poklicnega psihoterapevta. Ob poučevanju je stalno psihoterapijo tudi praktical. Od 1993 dalje je program razširil na študij vseh relevantnih psihoterapevtskih teorij, paradigem in pristopov, s poudarkom na psihoanalitičnem (relacijskem) pristopu. Študentom je posredoval osnovna znanja, na osnovi katerih so nekateri kasneje lažje izbrali svojo psihoterapevtsko smer z zavestjo, da se morajo kompletno educirati in tudi raziskovati. Pri zaposlovanju na katedri je uvedel princip »znanstvenik – praktik«, ki je ostal do danes in se prenesel na druga aplikativna področja.

3) Po svojem namenu, ciljnih, obsegu in vsebinah je podoben študijskemu programu Propedevtika, ki ga je od leta 1999 do leta 2008 organizirala Slovenska krovna zveza za psihoterapijo in od takrat naprej Slovenski inštitut za psihoterapijo.

4) Slabosti polspecialističnih akademizacij se kažejo na primeru belgijske Katoliške univerze v Louvainu, kjer si prizadevajo za oblikovanje celotne edukacije v sodelovanju s privatnimi inštituti in društvi treh glavnih pristopov – psihoanalize, sistemske družinske terapije in kognitivno vedenjske terapije. Na univerzi edukanti dobijo teoretične vsebine, supervizirano prakso in osebno izkušnjo pa na inštitutih in društvih. Protislovno pa je, da so v skladu z visokošolsko zakonodajo veljavni samo certifikati univerz, kar pomeni, da le ti podpirajo samo teoretično znanje, ne pa praktičnih veščin. Certifikati privatnih inštitutov in društev namreč nimajo nobene javne veljave. Ker tudi Belgijci nimajo zakona o psihoterapevtski dejavnosti, je to sicer samo eno od številnih protislovij podobno kot pri nas (Foisy, From, Szafran, 2002).

5) Še preden študenti končajo 2. letnik študija ZDT, se v maju lahko prijavijo za opravljanje prakse, t. i. staža, v enem izmed terapevtskih centrov ali svetovalnic, ki so razpisali prosta mesta za stažiranje. Izbira stažistov je v domeni vsakega posameznega centra. Stažiranje se opravlja po končanem 2. letniku študija, vendar ni obvezno.

Staż obsega 250 ur, ki jih stažist pridobi iz vsaj 15 terapevtskih ciklusov oz. iz vsaj 180 ur individualnega dela s klienti. Preostalih 70 ur lahko pridobi iz drugih dejavnosti terapevtskega centra (terapevtske skupine, šola za starše, opravljanje telefonskih klicev ...) ali individualnega dela s klienti. V to kvoto ur ni všteta supervizija.

Priporočajo, da stažist to kvoto izpolni vsaj v dveh letih, lahko pa tudi v daljšem obdobju, odvisno od dogovora s posameznim centrom. Ves ta čas mora biti vključen v tedensko skupinsko supervizijo in v individualno supervizijo (v drugem letu je ta lahko tudi na štirinajst dni). (<http://www.zdt.si/staziranje>).

6) Začetki »londonske« sistemske skupine segajo v leto 1991, ko so se nekatere pretežno analitično usmerjene psihoterapevtke vključile (v skupini so absolutno prevladovalе ženske) v izobraževanje pod okriljem londonskega inštituta za družinsko terapijo. Leta 1992 so člani/ce te skupine tudi ustanovili/e Slovensko društvo za družinsko terapijo. Sredi devetdesetih let je diplomirala prva generacija (Možina, Štajduhar, Kačič in Šugman Bohinc, 2010).

7) V tretjem letniku se lahko študent tudi odloči za smer psihosocialno svetovanje in pridobi naziv »Svetovalec na psihosocialnem področju«, v kolikor ni zainteresiran za to, da bi postal psihoterapevt. V številnih nevladnih organizacijah (npr. v Sloveniji je dobro razširjena mreža svetovalcev za duševne stiske po telefonu) je potreba po takih svetovalcih velika, je pa tudi to področje pri nas zakonsko neurejeno.

8) Slovenski javnosti ga je v zanimivem intervjuju v prilogi Ona predstavila Nika Vistoropski (2006).

9) Leta 2009 akreditirani podružnici v Parizu naj bi se kratkem pridružile še podružnice v Ljubljani, Berlinu, Kölnu in Zürichu.

10) Trenutno (stanje na dan 11. 2. 2010) je v fakultetni študij psihoterapije vpisanih 108 študentov (v vseh štirih letnikih), od teh se jih je vključilo 34 takoj po maturi, torej približno tretjina.

11) V letu 2009 je prvih deset slovenskih študentov diplomiralo na prvi stopnji in pridobilo naziv bakalavreus/a psihoterapevtske znanosti. Od tega je bilo osem nekdanjih študentov propedevtike v okviru SKZP, ki so jo obiskovali od leta 1999 do 2006 in nato k temu dodali še tretji letnik prve stopnje.

12) Za moj idealizem je bil to hladen tuš. V letu 2006 sem dal vse od sebe, šel do skrajnih meja svojih psihičnih in fizičnih sposobnosti in zavestno pregorel, saj se mi je zdel cilj, akreditacija študija v Sloveniji, tega vreden. Nekaj časa sem bil žalosten, saj nismo izkoristili velikega darila USF in še posebej Alfreda Pritza, za katerega se je odločil tudi zaradi dolgoletnega prijateljstva. USF nam je namreč v tripartitni pogodbo s SKZP in FUDŠ dala za namen akreditacije pravico

do kopiranja njihovega študijskega programa popolnoma brezplačno oz. brez kakršnihkoli obveznosti. Na lepi svečanosti smo v Novi Gorici, Alfred Pritz v vlogi rektorja USF, takratni dekan FUDŠ doc. dr. Borut Rončević in jaz kot predsednik SKZP, 3. oktobra 2006 ob otvoritvi FUDŠ, ki se jo je udeležil tudi premier Janez Janša, podpisali to darežljivo in dobrohotno pogodbo o sodelovanju, ki naj bi povečala možnosti za akreditacijo fakultetnega študija psihoterapije v Sloveniji. (Možina, 2007)

13) Ko omenjam evropske standarde, mislim na standarde Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) in na standarde Evropskega združenja društev psihologov (EFPA).

14) Do zdaj je SKZP po predpisanem postopku EAP podelila okoli 45 Evropskih diplom iz psihoterapije (EDP) (večinoma starostam).

15) ZPS podeli naslov »psihoterapevt« glede na svoje relativno visoke standarde, ki so usklajeni z evropskimi zahtevami: 150 ur osebne izkušnje, 540 ur prakse, 180 ur supervizije, 200 ur teorije.

16) Drugi, bolj preprosti izračun, ki ga priporoča Evropska zveza za psihoterapijo, je en psihoterapevt na 1000 prebivalcev, kar za Slovenijo zneso 2000 psihoterapevtov.

17) Psihiatri in klinični psihologi, ki ponujajo psihoterapijo kot del svoje dnevne rutine, so zaposleni večinoma v psihiatričnih bolnišnicah, dispanzerjih za mentalno zdravje in svetovalnih centrih za otroke in mladostnike. Socialni delavci v centrih za socialno delo ponujajo svetovanje kot del svoje dnevne rutine. Veliko socialnih delavcev se je izobraževalo v različnih psihoterapevtskih pristopih in so ta znanja in veščine vključili v svoje svetovanje, toda uradno jim ni dovoljeno opravljati psihoterapije in tudi zanjo ne morejo biti plačani.

18) Po demokratičnem preobratu leta 1991 je bila dovoljena privatna praksa v medicini, klinični psihologiji in v socialnem delu. V začetku leta 2002 je bilo približno 20 privatnih psihiatrov, 5 pedopsihiatrov in 10 kliničnih psihologov. Zavod za zdravstveno zavarovanje jim je dovolil opravljanje psihoterapije in za to tudi plačal (večinoma seveda omejeno število ur). Nobeni drugi poklici (npr. socialni delavci) niso plačani za opravljanje psihoterapije. Zanimivo je tudi, da je samo psihologom s specializacijo v klinični psihologiji dovoljeno opravljanje psihoterapije. Veliko psihologov, ki je zainteresiranih za legalno opravljanje psihoterapije, tega ne more početi, zato ker je težko dobiti specializacijo v klinični psihologiji v zdravstvenem sistemu. Delnega državnega sofinanciranja za psihoterapijo ni. Zdravstvena zakonodaja ne omogoča samostojne dejavnosti zasebnika s koncesijo, če nima specializacije. Leta 2009 je bilo v četrti izdaji knjižice Kam in kako po pomoč v duševni stiski (Dernovšek, Oreški in Tavčar, 2009) na seznamu psihiatrov, kliničnih psihologov in psihoterapevtov, kjer so storitve samoplačniške 6 ambulant, s koncesijo pa 23 raznih ordinacij v območni enoti (OE) Ljubljana, 12 v OE Maribor, 4 v OE Celje, 4 v OE Kranj, 3 v OE Novo Mesto, 11 v OE Koper, 3 v OE Murska Sobota, in 3 v OE Nova Gorica.

19) Zavod za zdravstveno zavarovanje plača enako za psihoterapijo v javnem ali privatnem sektorju: 35 evrov za individualno analitsko ali vedenjsko kognitivno terapijo (60 minut), 100 evrov za družinsko in partnersko terapijo (za 2 terapevta, 90 minut), 100 evrov za skupinsko terapijo (10 članov, 110 minut) z enim terapevtom ali 180 evrov, če sta dva terapevta, 30 evrov za sprostitvene tehnike (50 minut) in 18 evrov za t. i. »površinski ukrep« (30 min).

20) Razveseljivo pa je, da je v vseh slovenskih psihiatričnih bolnicah psihoterapija prisotna in da se počasi razvija kljub temu, da ima še vedno tudi veliko nezaupnikov, če že ne nasprotnikov. Npr. v psihiatrični bolnici Begunje so leta 1998 ustanovili oddelek za vedenjsko-kognitivno psihoterapijo z osmimi posteljami, kjer uspešno obravnavajo predvsem anksiozno-depresivne motnje, pa tudi motnje hranjenja, psihotične in osebnostne motnje idr. Glede na obstoječi sistem financiranja storitev v psihiatričnih bolnicah ta oddelek ustvarja izgubo, ki jo pokrivajo s prihodkom klasičnih psihiatričnih oddelkov. Iz finančnega vidika je torej prisotno protislovje –

bolj angažirana in bolj kvalitetna obravnava pacientov je slabše plačana in obratno.

21) Psihoterapevtski oddelek v bolnici Idrija je odprtega in mešanega tipa (moški in ženski spol bolnikov.) Organizacija dela na oddelku je integrativno koncipirana, v pretežni meri je naslonjena na psihoterapevtske metode dela (analitsko usmerjena psihoterapija po Foulkesu in vedenjsko kognitivna psihoterapija). Vsebina aktivnosti je prilagojena obravnavani populaciji - delo s psihotično populacijo se razlikuje od dela z nevrotično strukturirano populacijo. Oddelčni terapevtski tim se sestaja redno, kar pripomore k večji kakovosti obravnave pacientov. V sklopu terapevtskega programa so tudi vikend dopusti v domačem okolju. V letu 2008 je bilo sprejetih na oddelek 61 direktnih sprejemov ter 128 preместitev z drugih oddelkov. Opuščenih je bilo 173 pacientov. V program dnevne hospitalizacije je bilo vključenih 18 pacientov, kar je 90% več, kot predhodno leto (Pišljar, 2008).

22) Npr. če je potrebna kratka obravnava ali krizna intervencija.

23) Ustanovitelji Inštituta za klinično psihologijo in psihoterapijo so bili leta 1995 Polona Matjan Štuhec, Bojana Moškrič, Peter Praper in so učna baza v povezavi s fakultetnim programom Katedre za klinično psihologijo in psihoterapijo Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete.

24) Na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani je nastala pobuda, da bi ustanovili Katedro za psihoterapijo, ki bo tudi podpirala raziskovanje na tem področju. Žal do zdaj kolegij Oddelka za psihologijo te pobude ni podprl in so poskusi ustanovitve katedre zastali.

25) Zato je eden od glavnih ciljev leta 2008 ustanovljenega Slovenskega inštituta za psihoterapijo ([www.psihoterapija-institut.si](http://www.psihoterapija-institut.si)), da bodo v njegovem okviru potekale tudi raziskave na področju psihoterapije in da bo razvijal projekte, ki bodo povezali različne psihoterapevtske šole oz. pristope v Sloveniji.

26) Proces je bil res zahteven. Od septembra 2006 do marca 2007 smo imeli sestanke v razmakih po okoli 14 dni. Nato je v pogajanjih s predstavniki ZPS marca 2007 prišlo do pat položaja, zato je generalni sekretar prim. dr. Janez Remškar sklenil, da bo z drugimi sodelavci pripravil predlog zakona, na katerem bo potem naša delovna skupina nadaljevala z delom.

27) Podružnica Univerze Sigmunda Freuda v Parizu je od 1. aprila 2009 akreditirana tako v Avstriji kot tudi v Franciji in ponuja dvostopenjski študij psihoterapevtske znanosti takoj po maturi.

28) V šolskem letu 2010/11 naj bi bil študij psihoterapije takoj po maturi mogoč tudi v Švici in Nemčiji, saj se načrtuje odprtje podružnice Univerze Sigmunda Freuda tudi v Solothurnu in v Berlinu.

29) Skoraj anekdotičen primer, ki kaže na neinformiranost, se je zgodil npr. spomladi 2009, ko smo se pogovarjali o študiju psihoterapije in zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. Izkušen kolega psihoterapevt je izjavil, da se boji, da bo zakon o psihoterapevtski dejavnosti favoriziral fakultetni študij psihoterapije, ker ga bo Ministrstvo za zdravje po sprejemu zakona financiralo in da bodo s tem izobraževanja iz psihoterapije, ki se odvijajo po družtvih in inštitutih, v podrejenem položaju. Tudi, ko ga je bolje informirani kolega vprašal, če je kdaj slišal, da bi Ministrstvo za zdravje financiralo študij medicine ali kakšen drug visokošolski študij (saj je to v pristojnosti Ministrstva za visoko šolstvo), se oblak skrbi na njegovem čelu ni razkadil. V takih in podobnih situacijah sem spoznal, da ne gre le za neinformiranost, ampak za globlji strah, ki ga niti korektne informacije ne zmanjšajo.

## Literatura

Avberšek, S., Švab, V. (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. Ljubljana: ŠENT – Slovensko združenje za duševno zdravje.

Brecelj Kobe, M., Martinčič Jarc, V. (1998). Nujna stanja v otroški psihiatriji. V Resman, Žmi-



- tek A (ur.). *Zbornik Urgentna stanja v psihiatriji*. Begunje na Gorenjskem: Psihiatrična bolnica Begunje: 127-141.
- Colden, A. (2008). Common Platform for Psychotherapy Project. Progress report. EAP working papers. Vienna: EAP.
- Cvetek, R. (2009). *Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Čebašek Travnik, Z. (2009). Družinska terapija v Sloveniji – zveza med družino, vrednotami, nasiljem medkulturnim dialogom in človekovimi pravicami. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 3, št. 1-2: 111-13.
- Dernovšek, M. Z., Oreški, S., Tavčar, R. (2009). *Kam in kako po pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara.
- Društvo psihologov Slovenije (2004). Specialistična diploma za psihologe specializante psihoterapije.  
[http://www2.arnes.si/~dpsih/diploma%20iz%20psihoterapije/EFPA%20Psychotherapy%20Application%20Form\\_Prevod%20BorutPraper,%2014.06.05.doc](http://www2.arnes.si/~dpsih/diploma%20iz%20psihoterapije/EFPA%20Psychotherapy%20Application%20Form_Prevod%20BorutPraper,%2014.06.05.doc)
- Erzar, T. (2002). *Slovo od Freuda : moški narcizem in zanikana čutenja v teoriji nagonov in v relacijsko-sistemijski teoriji*, (Monografije FDI, 3). Ljubljana: Brat Frančišek: Frančiškanski družinski inštitut.
- Erzar, T. (2007). *Duševne motnje: psihopatologija v zakonski in družinski terapiji*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Foisy, M.L., From, L., Szafran, W.A. (2002). Belgium. V Pritz, A., (ur.) (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 39-70.
- Gostečnik, OFM, C. (1997). *Človek v začaranem krogu*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2002). *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2007). *Relacijska zakonska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2008). *Relacijska paradigma in travma*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, OFM, C. (2010). *Sistemske teorije in praksa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Kächele, H., Pirmoradi, S. (2009). Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *International Journal of Psychotherapy*. Volume 13, No 1: 40-48.
- Kavčič Kumer, A. (1994). Pristop k psihoterapiji alkoholizma na Idrijskem. V: Peternel F, Kramar M, Korenjak R, ur. *Srečanja psihoterapevtov 1990-93*: Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD: 31-40.
- Kobal, M. (1977). Kratka dinamična psihoterapija. V: Lokar J, ur. *Psihoterapija 6*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani: 31-48.
- Kobal, M. (2009). Predstavitev Združenja psihoterapevtov Slovenije. [http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg\\_pzs\\_id=548&lang=slo](http://www.ordinacija.net/members/www-pzs.php?mg_pzs_id=548&lang=slo)
- Kobal, L., Možina, M. (2004). Razvijanje sistemske kompetentnosti in sistemske psihoterapije v okviru društva Odmev. V: Bohak, J., Možina, M., (ur.) *Kompetentni psihoterapevt*. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 19-28.
- Kompan Erzar, K. (2001). *Odkritje odnosa*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.

- Kompan Erzar, K. (2003). *Skrita moč družine*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Košak, M., Žvelc, G. in Žvelc, M. (2009). Poročilo iz 4. mednarodne konference integrativne psihoterapije: Akutna travma, kumulativno zanemarjanje in kronični stres. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 3, 3-4, 153-155.
- Lokar, J. (1987). *Kriza in krizne intervencije*. Psihiatrični dnevi. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo.
- Lunaček, M., Dermovšek, M. Z., Rus-Makovec, M., Škodlar, B., Švab, V (2008). Psihoterapija v Psihiatrični kliniki Ljubljana: okrogla miza 2. V: Novak Šarotar, B., Bon, J., Pregelj, P. (ur.). *Program in zbornik prispevkov*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu: 45.
- Matjan, P. (1996). Tehnike razvojne analitične psihoterapije. *Psihološka obzorja* (Ljubljana), vol. 5, št. 3, str. 69-79.
- Matjan, P. (2002). *Terapevtski in protiterapevtski dejavniki v skupinski analizi: doktorsko delo*. Ljubljana.
- Milač, B. (1984). Center za krizne intervencije v Ljubljani. *Psihijatrija 11*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo.
- Milčinski, L. (1989). Psihoterapija prej, sedaj in v perspektivi. V: Praper, P. (ur.). *1. srečanje psihoterapevtov Slovenije „Bregantovi dnevi“, Maribor 13. in 14. maj 1988*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo – Psihoterapevtska sekcija in Društvo psihologov Slovenije – Sekcija za klinično psihologijo: 6-9.
- Ministrstvo za zdravje (2009). Nacionalni program duševnega zdravja: delovno gradivo za koalicijsko usklajevanje. [http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja\\_in\\_dokumenti/javna\\_razprava/nacionalni\\_program\\_dusevnega\\_zdravja/](http://www.mz.gov.si/si/zakonodaja_in_dokumenti/javna_razprava/nacionalni_program_dusevnega_zdravja/)
- Možina, M. (1993). School of Psychotherapy Cybernetics introduces itself: Effective organization of effective psychotherapy. *Psychiatria Danubina*; 5: 63-68.
- Možina, M. (1996). Visoka šola za socialno delo in Društvo Odmev. *Socialno Delo*; 35: 451-54.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2008). *Psychotherapeutic Service as Integral Part of Comprehensive Health Care*. V: Kovačić, L., Zaletel - Kragelj, L., (ur.) *Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals*. Lage: Hans Jacobs Verlag: 642-659.
- Možina, M. (2009). Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3-4: 179-184.
- Možina, M. (2009a). Etika udeležnosti: Problem ni, kdo ima prav ali kaj je res, problem je zaupanje. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 3, št. 3-4: 115-152.
- Možina, M., Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3-4: 119-142.
- Možina, M., Stritih, B. (1998). *How to help children and adolescents with psychosocial problems?* V: Dyck RG,
- Mulej, M., (ur). *Self-transformation of the forgotten four-fifths*. Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company.
- Možina, M., Štajduhar, D., Kačič, M., Šugman Bohinc, L. (2010). Sistemska psihoterapija. V Žvelc, M., Možina, M., Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA. v tisku.
- Mrevlje, G. (2000). Osnutek programa zdravljenja na nastajajočem oddelku za motnje hranjenja kliničnega oddelka za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana. V: Battelino, T. (ur.). *Debelost in motnje hranjenja*. Ljubljana: Klinični center, Pediatrična klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni: 112-117.
- Pastirk, S., Možina, M. (2007). Ob rojstvu Kairosa - Slovenske revije za psihoterapijo. *Kairos –*

- Slovenska revija za psihoterapijo*, 2007, letn. 1, št. 1/2, str. 7-14.
- Petek, J. (2008). *Odnos do telesa na poti iz odvisnosti*. Ljubljana: Sonce.
- Peternel, F., Kramar, M., Korenjak, R. (1994). *Srečanja psihoterapevtov: zbornik Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva 1990-93*. Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija Slovenskega zdravniškega društva.
- Pirjevec, D. (1986). *Dnevnik. Nova revija*, 5: 7-62.
- Pirsig R., M. (2005). *Zen in umetnost vzdrževanja motornega kolesa*. Ljubljana: Iskanja.
- Pišljar, M. (2008). Strokovno poročilo Psihiatrične bolnice Idrija za leto 2008. [http://www.pb-idrija.si/gradivo2008/strok\\_por08.pdf](http://www.pb-idrija.si/gradivo2008/strok_por08.pdf)
- Praper, P. (1981a) SPP-3. *Sistematični psihološki pregled triletnega otroka (priročnik za izvajanje pregleda)*. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, Center za psihodiagnostična sredstva, (90 str.). Zavod za produktivnost dela.
- Praper, P. (1981b) SPP-3. *Sistematični psihološki pregled triletnega otroka (priročnik za aplikacijo razvojnega testa*, 63 str.). Ljubljana: Zavod SR Slovenije za produktivnost dela, Center za psihodiagnostična sredstva,
- Praper, P. (1997). Pogovor z dr. Petrom Praperjem. *Panika* (Ljubljana), letn. 2, št. 3: 43-46.
- Praper, P. (1999). *Razvojna analitična psihoterapija*. Ljubljana: Inštitut za klinično psihologijo.
- Praper, P. (2001). Transgeneracijski prenos odnosa do avtoritete, (tuje) oblasti in do avtonomije pri Slovencih = Intergenerational transmission of relations to (alien) rule and autonomy with Slovenians. *Anthropos* (Ljublj.), letn. 33, št. 1/3: 51-62.
- Praper, P. (2008). *Skupinska psihoterapija – od mitologije do teorije*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Praper, P., Mrevlje, G. (1997). Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje? *Psihološka obzorja*, 6, št. 4: 79-94.
- Rommel, A. (2006). *Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg*. [http://www.pszw.at/uns\\_2.php?PHPSESSID=7e58ce0c6afa0e18d7f8572f00d44c6b](http://www.pszw.at/uns_2.php?PHPSESSID=7e58ce0c6afa0e18d7f8572f00d44c6b)
- Resman, D. (2008). Kognitivno vedenjska terapija anksioznih in depresivnih motenj - osnove in primer pri koronarnem bolniku. <http://www.pb-begunje.si/Osnova/file.php?id=307&db=prPONKE>
- Rus-Makovec, M. (2005). Dinamika bolnega in zdravega v človeku z duševno motnjo - psihiatrija in sistemska psihoterapija v sodelovanju. V: Bohak J., Možina M. (ur.). *Četrty študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, 3. in 4. junij 2005, Rogla. Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi : [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 52-60.
- Sernec, K., Mrevlje, G. (2002). Predstavitev oddelka za zdravljenje motenj hranjenja. *Isis* (Ljubljana), letnik 11, št. 2, str. 84.
- Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (2007). *Psihoterapija v luči nevroznanosti: telo, čustva in zavest revolucionarne povezave. Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 1, št. 1: 124-155.
- Stritih, B. (1992). *Skupinsko delo v procesu psihosocialne pomoči*. Doktorska disertacija. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Škodlar, B. (2004). *Psihopatologija, diagnostika in zdravljenje psihoz shizofrenskega kroga na Psihiatrični kliniki v Ljubljani v letih 1880-2000: magistrska naloga*. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- Škodlar, B. (2008). *Grupna psihoterapija psihoza u ustanovi*. V: Klain, E. (ur.). *Grupna analiza - analitička grupna psihoterapija. 2. izmijenjeno i prošireno izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada: 205-214.
- Šugman Bohinc, L. (2000). *Kibernetika konverzacije – o spreminjanju razumevanja sebe in drugega skozi razgovor*. Doktorsko delo. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Šugman Bohinc, L., Kopal, L. (2003). *Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji*. V:

- Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji : novejšje raziskave njene uspešnosti : zbornik prispevkov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 18-24.
- Švab, V., Groleger, U (2007). Psychiatric rehabilitation in the hospital setting – one year follow-up of patients with schizophrenia. *Zdrav. vars.*; 46(1): 9–17.
- Tominschek, I., Schiepek, G. (2007). *Zwangstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Tomori, M. (1981,82,83). *Pedopsihiatrija*. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani.
- Tomori, M., Mrevlje, G. (1986). Specifičnosti tretmana agresivnosti u psihoterapiji adolescenata. *Psihoterapija* (Zagreb), letn. 16, št. 2, str. 113-118.
- Vistoropski, N. (2006). Seksualna agresija je najgrozljivejša. Intervju s prof. dr. Alfredom Pritzom. *Ona*, 28. marec 2006, leto 8, št. 13: 9-12.
- Žorž, B (1997). *Stiska je lahko izziv*. Nova Gorica: Educa.
- Yalom, I. (2002). *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. New York: Harper Collins.
-





Miran Možina<sup>12</sup>

## SLOVENSKA PSIHOTERAPIJA NA PRELOMNICI

### Povzetek

Najprej prikažem nekatere razlike med poklici psihiater, psiholog in psihoterapevt ter podam definicijo psihoterapije. Nadaljujem s telegrafskim prikazom zgodovine slovenske psihoterapije, da bi lažje razumeli njeno sedanje prelomno obdobje, h kateremu je v zadnjih desetih letih odločilno prispevala tudi Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP). Dva njena trenutno najpomembnejša prispevka sta: sodelovanje v pripravah za zakonsko ureditev psihoterapije in uvajanje fakultetnega študija psihoterapije takoj po maturi.

### Uvod

Slovenska psihoterapija, ki se povezuje s sodobnimi evropskimi in svetovnimi tokovi<sup>3</sup>, se nahaja na pomembni prelomnici: vedno bolj se namreč uveljavlja kot samostojna znanstvena disciplina in kot samostojen poklic. Na družbeni ravni gre za zahteven prehod od marginalne v avtonomno družbeno dejavnost, ki nujno zahteva tudi sodoben zakon o psihoterapevtski dejavnosti in fakultetni študij po bolonjski shemi. Ni več daleč čas, ko se bo v paleti ti. pomagajočih poklicev tudi v Sloveniji (kot se je to že zgodilo po nekaterih evropskih državah) psihoterapevt postavil ob bok poklicem kot so psiholog, zdravnik oz. psihiater, socialni delavec, socialni in specialni pedagog, delovni terapevt idr. Po drugi strani se z uvajanjem fakultetnega študija psihoterapije v Sloveniji (jeseni 2006 začenja prva generacija študentov) napoveduje svež veter v vrstah slovenskih psihoterapevtov, saj se bo povečal podmladek. Hkrati pomeni ta študij spodbudo za razvoj psihoterapevtske znanosti in bolj odločen vstop psihoterapije v akademski svet. Vse te spremembe slovenske psihoterapije so povezane z dogajanjem v evropskem prostoru, še posebej v državah evropske unije, kjer v Bruslju v okviru platform za organiziranje novih poklicev, potekajo tudi aktivnosti za reguliranje poklica psihoterapevt v državah EU.

### Razlike med psihiatrom, psihologom in psihoterapevtom

V javnosti se pri nas še vedno mešajo predstave o poklicih psihiatra, psihologa in psihoterapevta<sup>4</sup>, zato je morda dobro začeti s pojasnilom, katere so temeljne razlike med njimi in katere posebnosti oziroma kvalitete psihoterapije so tiste, na podlagi katerih se zdi smiselno, ali še več, celo nujno vzpostaviti psihoterapijo kot samostojno znanost in poklic psihoterapevta kot samostojni poklic.

Nekatere razlike postanejo jasne že, če si pogledamo poti izobraževanja do teh treh poklicev. *Psihiater* lahko postane le tisti, ki je najprej doštudiral medicino (trenutno traja ta študij pri nas šest let) in potem specializira psihiatrijo (še štiri leta). Štiriletni študij *psihologije* pri nas poteka na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete (FF) v Ljubljani, po zaključku pa so

<sup>1</sup> As. mag. Miran Možina, dr. med., spec. psihiater, psihoterapevt in supervizor, Fakulteta za socialno delo, Topniška 31, 1000 Ljubljana, [miran.mozina@fsd.uni-lj.si](mailto:miran.mozina@fsd.uni-lj.si), tel 041748812. Tudi predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo.

<sup>2</sup> Članek je bil objavljen v Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letn. 42, št. 9, str. 15-29.

<sup>3</sup> Danes lahko govorimo o globalizirani psihoterapiji, saj je razširjena po vseh kontinentih, kjer po grobi oceni deluje okoli 700.000 šolanih psihoterapevtov (od tega okoli 300.000 v Evropi (Pritz, 2002)).

<sup>4</sup> Ko si je pred leti novinarka znanega slovenskega časopisa prišla ogledat naše strokovno srečanje na Rogli, je poročala o srečanju Slovenske krovne zveze za *psihiatrijo*.

možne tri specializacije: za klinično psihologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, specializacija za klinično psihološko svetovanje in specializacija za šolsko psihologijo na FF. Za *psihoterapevta* pa do zdaj ni bilo možno študirati takoj po maturi (ta možnost se je na svetu prvič odprla oktobra 2005 v okviru Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju), ampak le kot drugi poklic, torej je moral kandidat prej imeti visokošolsko (ali vsaj višješolsko) diplomu. Izobraževanje za *psihoterapevta* kot drugi poklic po evropskih kriterijih je po obsegu in zahtevnosti enakovredno fakultetnemu študiju, saj traja najmanj sedem let: najprej ti. propedeutika (najmanj 1350 ur, porazdeljenih v času najmanj 3 let) in nato specialna edukacija iz ene od terapevtskih modalitet, npr. psihoanaliza, geštalt, sistemska terapija (najmanj 1400 ur, porazdeljenih v času najmanj 4 let).

Če vzamem sebe kot primer, sem se že kot študent medicine navdušil nad psihoterapijo in v tej izbiri zagledal svoje poklicno poslanstvo. Od vseh specializacij se mi je zdela najbližja psihoterapiji psihiatrija, zato sem se po končanem študiju medicine vzporedno s specializacijo psihiatrije vključil še v petletno izobraževanje iz psihoterapije (v osemdesetih v Evropi še ni bilo študija propedeutike, ampak si se lahko neposredno vključil v specialno edukacijo v eni od psihoterapevtskih šol), kar sem počel v prostem času in na svoje stroške. Nagrada za velik vložek pa so bila zame nova teoretična znanja in nove veščine za terapevtsko delo z ljudmi. Po eni strani mi je študij medicine vtisnil globok pečat, saj mi je dal veliko znanja o človekovem telesu in bil sem prav fasciniran nad sodobnimi odkritji molekularne biologije, imunologije in genetike. Še danes se živo zanimam za ta področja, ki so v devetdesetih prispevala k velikemu razcvetu nevroznanosti<sup>5</sup>, in za njihovo integracijo v okviru psihoterapevtske znanosti. Po drugi strani sem v primerjavi s psihoterapevtskim vse bolj odkrival ozkost medicinskega modela, ki se je preveč zožil v redukcijski biologizem in objektivistični materializem. Glavni fokus medicinskih posegov je bilo telo kot stroj, ki se ga da popravljati z vedno bolj sofisticiranimi tehnologijami. Čeprav smo se hkrati učili definicije zdravja Svetovne zdravstvene organizacije, ki nas je opozarjala, da naj bi zdravniki prispevali k biopsihosocialnemu zdravju naših pacientov, se je psihosocialna dimenzija v našem študiju izgubila. Upal sem, da bo bolj prisotna v psihiatriji, a tam me je čakalo novo razočaranje – prepolni oddelki psihiatrične bolnice in prepolne psihiatrične ambulante, kjer s(m)o psihiatri v glavnem predpisovali zdravila, saj smo imeli zelo malo časa za neposreden stik s pacienti (večinoma merjen v minutah) in njihovimi bližnjimi. Medtem pa sem v okviru psihoterapevtskega izobraževanja spoznaval, kako zahtevno je učenje o tistem, kar je večina zdravnikov (in tudi številni psihiatri) smatrala za lahko in samoumevno – namreč kako vzpostavljati in razvijati terapevtski odnos s pacienti. Med psihiatri je bila le manjšina, ki se je temeljito izobraževala iz psihoterapije. Tako kot meni se jim je dogajalo, da so si za psihoterapevtsko delo lahko pomagali le z majhnim delom tistega, kar jim je dal študij medicine<sup>6</sup>. Na podlagi te izkušnje se zato veselim in z vsemi svojimi močmi podpiram, da bodo v prihodnosti (že od letošnje jeseni tudi v Sloveniji) lahko mladi ljudje takoj po maturi izbrali psihoterapijo tudi kot svoj prvi poklic in se tako izognili študiju vsebin, ki so za psihoterapijo nepomembne. Niti študij psihologije niti medicine namreč nista (dovolj) dobri

<sup>5</sup> Nevroznanost je še dokaj nedorečeno interdisciplinarno področje, majava konfederacija med tradicionalnimi svetovi filozofije in psihologije, ki so se povezali s svetom biologije, in tako ustvarili neobičajno, a plodno zavezništvo, ki je porodilo kup novih spoznanj o kognitivnih procesih (npr. o spominu, čustvih, zavesti), ki so pomembni za psihoterapijo.

<sup>6</sup> Dr. Jack Norell, angleški splošni zdravnik, učenec Michaela Balinta, ki nam je v drugi polovici osemdesetih let veliko pomagal pri razvijanju ti. Balintovih skupin v Sloveniji (oblika supervizije za psihosocialno osveščeno terapevtsko delo s pacienti), si je upal takrat celo javno reči, da se je moral po študiju medicine veliko naučenega s težavo odvaditi, da je postal bolj občutljiv za človeško dogajanje v odnosih s pacienti.



izhodišči za študij psihoterapije, ki je tako glede vsebin, predvsem pa glede integracije sebi lastnih in interdisciplinarnih znanj samosvoj<sup>7</sup>.

Študij psihoterapije pa ima še eno posebnost oz. kvaliteto, ki ga bistveno razlikuje od študija psihologije, medicine in drugih pomagajočih poklicev. Obvezni del študija psihoterapije je namreč ti. učna psihoterapija (delo na sebi, osebnostna rast, osebna izkušnja), v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse je edinstvena posebnost študija psihoterapije (in bila lahko bila dober zgled drugim pomagajočim poklicem), saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt izkusiti enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč doživljali njegovi klienti.

### Definicija psihoterapije

Nadaljnje razlike med tremi poklici se seveda pokažejo v njihovi praksi oz. v definicijah le te. Obstaja več definicij psihoterapije, saj je z definicijami širokih področij vedno križ: če so kratke, veliko izpustijo, če so dolge in bolj vključujoče, pa postanejo neuporabne ravno zaradi prevelikih specifičnosti, ki razvedenijo splošno jedro. Torej tvegajmo in si pogledjmo eno od relativno kratkih definicij psihoterapije: »Psihoterapija je naučeno, celostno, zavestno in načrtovano obravnavanje psihosocialno in psihosomatsko pogojenih duševnih motenj in bolezenskih stanj z znanstveno utemeljenimi psihoterapevtskimi metodami v interakciji ene ali več obravnavanih oseb z enim ali več psihoterapevti. Cilj obravnave je olajšati ali odpraviti simptome, spremeniti moteče drže in vedenjske vzorce ter podpirati osebnostno rast in zdravje obravnavanih.«<sup>8</sup> Freud, še danes med laiki najbolj znani psihoterapevt, je tvegal še precej bolj kratko definicijo: psihoterapija je zdravljenje s pogovorom. Freud in mnogi začetniki psihoterapije so bili zdravniki in so v psihoterapiji videli nov način zdravljenja duševnih motenj, kar psihoterapija še danes je, je pa hkrati postala še mnogo več. V razvitih državah se samo okoli 10 % psihoterapije dogaja v okviru zdravstvene dejavnosti, kjer so duševne motnje njen glavni fokus, zelo uporabne pa so psihoterapevtske metode pri najrazličnejših čustvenih, odnosnih in komunikacijskih problemih med ljudmi, ki jih medicinske klasifikacije duševnih motenj ne vključujejo (npr. v okviru zakonske in družinske terapije, skupinskih oblik terapije, organizacijskega svetovanja in coachinga). Tudi v Sloveniji se je razvila pestra paleta psihoterapevtskih pristopov in praks<sup>9</sup>.

Da je slovenska psihoterapija prišla do zgoraj omenjene prelomnice in da se ji odpirajo možnosti, da prestopi na novo kvalitativno raven, je rezultat dolgoletnega razvoja, ki ga bom na kratko prikazal v nadaljevanju.

<sup>7</sup> Predmetnik študija psihoterapije Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju na triletni prvi stopnji med drugimi vključuje naslednje predmete: splošno psihologijo, razvojno psihologijo, psihološko diagnostiko, socialno psihologijo, nevrobiologijo, psihiatrijo, psihosomatiko, psihofarmakologijo, rehabilitacijo. Na prvi pogled lahko nepoučeni dobi vtis, da je precej skupnega s študijem psihologije in/ali medicine, vendar pri podrobnejši analizi ugotovi, da je skupnega za en, največ dva semestra. Še bolj pomembno pa je to, da se deli skupnih psihološko/medicinskih znanj zlagajo v študiju psihoterapije v povsem drugačen mozaik oz. celoto.

<sup>8</sup> To je definicija iz avstrijskega zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki je postal pravnomočen 1. 1. 1991. V okviru delovne skupine SKZP za pripravo slovenskega zakona o psihoterapevtski dejavnosti menimo, da se je do zdaj avstrijski zakon od vseh evropskih najbolj obnesel, saj je v devetdesetih spodbudil skokovit razvoj psihoterapije pri naši sosedih (Pritz, 2002).

<sup>9</sup> O široki praktični uporabnosti psihoterapije lahko zainteresirani bralec najde dober pregled čez slovensko psihoterapevtsko sceno v zbornikih Študijskih dni SKZP (urednika Janko Bohak in Miran Možina; glej literatura na koncu članka) in zbornikih Bregantovih dni z naslovi *Regresija, Sram, Ljubezem, Moč, Upanje* (urednik Peter Praper).

## Slovenska psihoterapija včeraj in danes<sup>10</sup>

Z malo humorja lahko razvoj slovenske psihoterapije do danes grobo razdelimo v štiri faze: faza zamujenih možnosti, rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta, burna mladostniška leta in zgodnja odrasla doba.

### 1 - Faza zamujenih možnosti

Odločilen začetni razvojni korak v razvoju psihoterapije, ki je bil ob prelomu devetnajstega v dvajseto stoletje povezan s Freudom in razvojem psihoanalize, je Slovenija žal kljub bližini Dunaja zamudila. Ko se je po prvi svetovni vojni psihoanaliza iz svoje dunajske zibelke hitro širila po Evropi, je v Sloveniji nagovorila le nekaj umetnikov (npr. Slavko Grum, Vladimir Bartol), v znanstvenih krogih pa so jo odklanjali (predvsem po »zaslugi« takrat v Evropi priznanega slovenskega znanstvenika, nevrologa prof. Šerka).

### 2 - Rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta

Po nekajletnem obdobju »nosečnosti« v krogih nekaterih psihiatrov in kliničnih psihologov (npr. Miloš Kobal, Leopold Bregant, Lev Milčinski) se je, predvsem iz njihove potrebe po dodatnem izobraževanju, slovenska psihoterapija rodila leta 1968, ko je bila ustanovljena Psihoterapevtska sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu. Ta je v sodelovanju s hrvaškimi in srbskimi strokovnjaki predstavljala okvir za prvo sistematično slovensko izobraževanje iz psihoterapije, ki je bilo zasnovano kot subspecializacija za psihiatre in klinične psihologe. Medtem se je v sedemdesetih »otroški« razvoj slovenske psihoterapevtske prakse dogajal predvsem v psihiatričnem dispanzerju v okviru ljubljanske Poliklinike, nato pa tudi v dispanzerjih za psihohigieno pri Zdravstvenih domovih (npr. v Mariboru in Kranju). Svoje mesto je psihoterapija (predvsem skupinska) našla tudi v programih zdravljenja alkoholizma, razmahnila pa se je tudi izdajateljska dejavnost iz psihoterapije v slovenskem jeziku (npr. v sedemdesetih izidejo tudi prvi prevodi Freudovih del).

### 3 – Mladostniška leta

V osemdesetih letih je po eni strani burno mladostniško obdobje slovenske psihoterapije zaznamovala tragična smrt Leopolda Breganta, ki je za nekaj časa ohromila njeno osrednjo razvojno linijo, a jo hkrati prisilila v redefiniranje svoje identitete (prehod od neoanalitskih k sodobnejšim analitskim pristopom: skupinska analiza, razvojna analitična terapija). Po drugi strani se je slovenski prostor vse bolj odpiral drugim psihoterapevtskim modalitetam oz. šolam (npr. geštalt terapija, transakcijska analiza, integrativna terapija, realitetna terapija, sistemska terapija, logoterapija), ki so se iz posameznih seminarjev s tujimi učitelji postopno organizirale v večletna izobraževanja znotraj različnih društev in inštitutov. Vedno več je bilo namreč zainteresiranih kandidatov, pretežno iz pomagajočih poklicev, ki so v psihoterapiji videli bodisi priložnost za poglobitev poklicne kompetence bodisi alternativno dejavnost, ki jim bo dajala več osebnostne izpolnitve.

### 4 – Zgodnja odrasla doba

Konec devetdesetih so se mladostniška iskanja slovenske psihoterapije umirila in na zemljevidu slovenske psihoterapije sta se izrisali dve še danes najpomembnejši organizaciji (obe ustanovljeni leta 1998): *Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS)*<sup>11</sup>, ki omogoča

<sup>10</sup> Za izčrpnější prikaz glej Bohak J, Možina M. Psihoterapija na Slovenskem (tudi na spletni strani SKZP med članki Prvih študijskih dni SKZP). Sicer pa nas psihoterapevte še čaka zanimiva naloga, da na znanstven način sestavimo podroben pregled razvoja slovenske psihoterapije do danes.

<sup>11</sup> Slovensko zdravniško društvo statutarno ni več omogočalo, da bi bili v njegovih organizacijskih enotah člani tudi tisti, ki niso zdravniki. Tako so se člani Psihoterapevtske sekcije odločili za ustanovitev Združenja

včlanitev posameznikom in *Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP)*, ki je povezala večino slovenskih društev in inštitutov<sup>12</sup>, ki zagotavljajo zgoraj omenjeno pestrost psihoterapevtskih izobraževanj in praks. SKZP je vnesla v slovensko psihoterapijo novega duha, s tem ko je spodbudila dialog, sprejemanje, povezovanje in vključevanje različnih psihoterapevtskih modalitet. Namesto da bi izgubljali moči v malih rivalstvih<sup>13</sup> so se člani krovne zveze povezali v uveljavljanju skupnih interesov – ZA slovensko psihoterapijo kot celoto, za njeno uveljavljanje kot avtonomne dejavnosti v širšem družbenem prostoru. Škoda, da med ZPS in SKZP v preteklih letih ni bilo več sodelovanja, vendar sta se obe organizaciji uspešno razvijali (in morda tudi nehote spodbujali v konstruktivnem rivalstvu) in se na nekaterih bistvenih točkah ujemale, npr.:

- da se je »psihoterapija razvila v samostojno, strokovno in znanstveno disciplino« (Kobal, 2005)
- da se psihoterapevtsko izobraževanje opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni v skladu z evropskimi kriteriji in da ni dobro, da bi se »zabrisala meja med tistimi, ki so se za svojo izobrazbo iz psihoterapije trudili mnogo let in med poskusi enostavnega in nepopolnega vključevanja v stroko« (Kobal, 2005)<sup>14</sup>;
- da je »uspešnost psihoterapije strokovno utrjena in potrjena tudi z novimi odkritji o delovanju možganov, vse do vpliva genetske strukture« (Kobal, 2005)<sup>15</sup>;
- da je treba »zaščititi psihoterapevtsko dejavnost v Sloveniji in zelo jasno oddeliti poklic psihoterapevta od splošnih in enostavnih psihoterapevtskih vplivanj, ki pa ne izhajajo iz celote mnogoletnega izobraževanja in usposabljanja« (Kobal, 2005)<sup>16</sup>;
- da je dozorel čas za zakonsko ureditev psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji (Kobal, 2005). Tako je razveseljivo, da so junija 2006 pri Ministrstvu za zdravje predstavniki obeh organizacij sedli za skupno mizo v okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Pravno je namreč psihoterapijo kot samostojen poklic z

---

psihoterapevtov Slovenije, da bi lahko ohranili dolgoletno plodno sodelovanje med zdravniki in psihologi (predvsem na področju analitske psihoterapije) in da bi se hkrati lahko včlanjevali v združenje tudi strokovnjaki drugih profilov, ki so doštudirali psihoterapijo kot drugi poklic (npr. medicinske sestre, socialni delavci, delovni terapevti itn.).

<sup>12</sup> Po slovenskem zakonu o društvih žal ni mogoče, da bi zveza društev lahko včlanjevala tudi posameznike, kar je po drugih evropskih državah mogoče, če ne bi bili v krovni zvezi odprti tudi za včlanjevanje posameznikov. Več o organizaciji, njenih članih in aktivnostih najde zainteresirani na spletni strani <http://marela.uni-mb.si/skzp>.

<sup>13</sup> Potem ko sem se konec osemdesetih let kot mednarodni štipendist eno leto izobraževal v Münchenu, mi ni več izginila izpred oči primerjava: celotna slovenska psihoterapevtska dejavnost (torej vsi slovenski psihoterapevti skupaj in vse kar počnemo) ne doseže tistega, kar se dogaja samo v Münchenu, ki je sicer v svetovnem merilu (poleg Londona in Kalifornije) področje z najgostejšo mrežo psihoterapevtov. Samo München ima na psihoterapevtskem področju tudi več virov kot celotna slovenska psihoterapija. Upoštevajoč slovensko majhnost (npr. v večini psihoterapevtskih društev in inštitutov nosi glavno breme do pet zanesenjakov) sem zato prepričan, da slovenska psihoterapija lahko uresniči nekatere ključne projekte, ki bodo odločali o njeni kvaliteti (npr. akademska, raziskovalna, publicistična dejavnost, pravno urejanje celotnega področja psihoterapije), le če se bomo povezali in podpirali in če se ne bomo izčrpavali v »viharjih v kozarcu«.

<sup>14</sup> Temi kompetentnosti smo posvetili tretje študijske dneve SKZP leta 2003 in izdali zbornik (Bohak, Možina, 2004). Na naših vsakoletnih strokovnih srečanjih na Rogli in v zbornikih teh srečanj stalno seznanjamo širšo (ne)strokovno javnost s standardi psihoterapije, ki temeljijo na Straßburski deklaraciji in ki so podobni standardom ZPS.

<sup>15</sup> Tudi temi uspešnosti in učinkovitosti psihoterapije smo leta 2002 posvetili drugo strokovno srečanje SKZP in izdali zbornik (Bohak, Možina, 2003);

<sup>16</sup> To zaščitno funkcijo SKZP izvaja s podeljevanjem Slovenske diplome in Evropske diplome iz psihoterapije, ki v skladu z evropskimi kriteriji zahtevata, da traja celotna dolžina in obseg splošne in posebne izobrazbe najmanj 3200 ur, porazdeljenih v času najmanj 7 let.

zakonom doslej uredilo sedem evropskih držav, v številnih deželah Evropske unije pa poteka intenzivno delo za sprejem zakona o psihoterapevtski dejavnosti.

Ker sem od samega začetka eden osrednjih akterjev SKZP, bom v nadaljevanju prikazal njen prispevek k temu, da se je slovenska psihoterapija znašla na pomembni prelomnici v zrelo odraslo obdobje.

### **Prispevek Slovenske krovne zveze za psihoterapijo k razvoju slovenske psihoterapije**

Največja novost (ki je tudi v svetovnem merilu revolucionarna), ki jo je SKZP v sodelovanju z Univerzo Sigmunda Freuda iz Dunaja prav v letu 2006 vnesla v slovensko psihoterapijo, je fakultetni študij psihoterapije takoj po maturi. Preden bom o tem povedal nekaj več v zaključku tega sestavka, pa bom na kratko prikazal celotno aktivnost SKZP. Le tako se namreč pokaže, da je ta »revolucionarna« novost pravzaprav del evolucije evropske psihoterapije, v kateri že okoli deset let aktivno sodeluje tudi SKZP.

SKZP trenutno povezuje osem društev oz. inštitutov, za: transakcijsko analizo, geštal, integrativno, realitetno, sistemsko, izkustveno družinsko, globinsko psihološko terapijo in logoterapijo. SKZP je od svojega začetka tesno povezana (kot pooblaščen krovna nacionalna organizacija) z Evropsko zvezo za psihoterapijo (EAP = European Association for Psychotherapy). Zato sprejema Straßbursko deklaracijo o psihoterapiji<sup>17</sup>, ki jo je sprejel dober ducat psihoterapevtov iz Avstrije, Nemčije in Švice na ustanovni seji EAP leta 1990 v Straßburgu. EAP je v poldrugem desetletju prerasla v močno gibanje, v katerega je preko svojih poklicnih združenj – delno pa tudi preko individualnega članstva - vključenih preko 100.000 psihoterapevtov, Straßburska deklaracija pa ostaja še vedno njena magna charta: sečišče njenih prizadevanj za psihoterapijo kot samostojen in svoboden poklic na visoki znanstveni ravni.

Prav dialog okoli Straßburske deklaracije, ki ga je predstavnik Slovenije v EAP, Janko Bohak, sredi devetdesetih sprožil v okviru priprav za ustanovitev SKZP, je pokazal, da je tudi za večino slovenskih psihoterapevtskih društev in inštitutov to lahko skupno izhodišče delovanja. Tako ustanovitev SKZP leta 1998 ni bila le formalno dejanje, ampak je pomenila, da smo v okviru Straßburske deklaracije našli skupni temelj in konsenz. Nato pa nismo hoteli biti virtualna organizacija, kot smo se šalili na uvodnih sestankih, in tako smo marca 1999

<sup>17</sup> Straßburska deklaracija ima pet glavnih točk:

1. »Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, njeno opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih postopkov.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, lastno izkušnjo in prakso pod supervizijo. O drugih psihoterapevtskih postopkih je treba pridobiti zadostna znanja.
5. Dostop do izobrazbe je mogoč prek različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in socialnih znanosti.« (Statut EAP, 1990)

Z uvedbo fakultetnega študija psihoterapije se je zadnja točka razširila: poleg višje in visokošolske stopnje (študij za drugi poklic) je dovolj za dostop do izobrazbe iz psihoterapije tudi srednješolska stopnja (študij za prvi poklic). Uvajanje fakultetnega študija psihoterapije seveda ne pomeni ukinjanja do zdaj edine poti izobraževanja iz psihoterapije – študija za drugi poklic.

organizirali *triletni študij propedeutike*<sup>18</sup>, uvod v specialni študij psihoterapije po standardih EAP. V okviru tega projekta je predavalo okoli štirideset slovenskih in nekaj tujih strokovnjakov, seveda v glavnem psihoterapevtov, izkušenih praktikov iz različnih psihoterapevtskih modalitet. Poleg tega, da je nastal zanimiv študijski program, ki ga je do danes vpisalo že pet generacij slušateljev, je imel za slovensko psihoterapijo tudi pomemben simboličen pomen – bil je prvi večletni projekt, v katerem so sodelovali predstavniki vseh terapevtskih modalitet in kjer je prišlo do sinergičnih učinkov med njimi.

V okviru Strokovnega sveta SKZP je pod vodstvom Leona Lojka prihajalo do živahnih debat, pa tudi do konkretnih plodov, npr. leta 2000 je nastal Pravilnik o postopku za pridobitev Evropske diplome iz psihoterapije, ki jo je potem do danes prejelo trideset slovenskih psihoterapevtov različnih terapevtskih modalitet. S tem smo Evropi pa tudi drug drugemu pokazali, da imamo v svojih vrstah dobre strokovnjake.

V drugi fazi razvoja od leta 2001 do 2003 so se sinergije v okviru SKZP še nadaljevale in se pokazale v bolj jasni strukturi njenih dejavnosti. Utrili so se *Študijski dnevi SKZP* z naslovi, ki so pritegnili vse več udeležencev (2001: Dialog; 2002: Kaj deluje v psihoterapiji? Novejše raziskave njene uspešnosti; 2003: Kompetentni psihoterapevt: razvijanje strokovne kompetentnosti v psihoterapevtskih edukacijah in praksah). Plenarno predavanje je imel gost iz tujine (npr. Paul Paß, Hilarion Petzold), najbolj pa so udeleženci pohvalili raznovrstne delavnice slovenskih psihoterapevtov. Leta 2002 je bil gost Alfred Pritz, sicer generalni tajnik in osrednja osebnost EAP, človek z izjemno energijo in karizmo, ki nas je vseskozi podpiral. Zato je bilo posebno svečano in prijetno, ko je ducatu slovenskih terapevtov izročil prve Evropske diplome iz psihoterapije. Leta 2003 smo si ponovno prizadevali intenzivirati sodelovanje tudi z ZPS in smo bili veseli, ko sta se vabilu za okroglo mizo odzvala dva od osrednjih akterjev - Gorazd Mrevlje in Peter Praper – a žal do zelenega boljšega sodelovanja spet ni prišlo. Med udeleženci študijskih dni pa se je ustvarilo dobro vzdušje in ime krovne zveze je začelo pomeniti prostor, kjer se rojeva nov duh sprejemanja, sodelovanja in povezovanja. Zborniki študijskih dni (Bohak, Možina, 2002, 2003) so strokovni in širši javnosti pokazali nov, bogatejši zemljevid slovenske psihoterapije. Medtem smo na sestankih Strokovnega sveta med drugim pretresali možnosti za oblikovanje zakona o psihoterapevtski dejavnosti in za ustanovitev Inštituta SKZP, ki naj bi predvsem razširil raziskovalno in publicistično dejavnost na področju psihoterapije.

Če se nam je že v drugi fazi zdelo, da se veliko dogaja, pa je dogajanje v tretji fazi od 2004 do 2006 presenetilo še največje optimiste. Maja 2004 smo po enoletnih pripravah ustanovili *Sekcijo psihoterapevtov pri Gospodarski zbornici Slovenije (GZS)*, saj smo v njenem okviru lažje intenzivirali naša prizadevanja za registracijo poklica psihoterapevt in za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Oktobra 2004 smo v Ljubljani gostili srečanje delovnih teles EAP in prvo študijsko srečanje Evropske konfederacije psihoanalitskih psihoterapij (ECP). Junija 2005 je udeležba na 4. Študijskih dnevih z naslovom *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi* spet potokla rekord glede udeležbe (okoli 250 udeležencev), tako da so študijski dnevi prerasli v največje slovensko redno strokovno

<sup>18</sup> Po zaključnem študiju propedeutike se lahko diplomanti vključijo v štiriletna posebna psihoterapevtska izobraževanja, ki jih organizirajo različna društva (npr. iz geštala, transakcijske analize, realitetne terapije, sistemske terapije, integrativne terapije, logoterapije, družinske terapije idr.). Ponudba različnih terapevtskih šol pri nas v pomanjšani obliki zrcali stanje v razvitih deželah sveta.

Tudi ZPS omogoča uvod v specialni študij psihoterapije, ki je sicer po obsegu manjši od študija propedeutike v okviru SKZP, v dveh stopnjah: uvodni seminar iz osnov psihoterapije (ki je priznan zdravnikom in psihologom) in enoletni podiplomski študij psihoterapije v okviru Medicinske fakultete.

psihoterapevtsko srečanje. Na njih smo prvič podelili tudi Slovenske diplome iz psihoterapije, novo listino SKZP, ki pri nas ščiti naziv psihoterapevt v skladu z evropskimi kriteriji. Z gostom študijskih dnevv prof. dr. Günterjem Schiepkom smo začeli raziskovalni projekt za proučevanje psihoterapevtskega procesa in izida terapije, v katerega so se spet vključili predstavniki različnih modalitet. Za lažjo promocijo raziskovalne in strokovne dejavnosti smo februarja 2006 ustanovili Slovensko revijo za psihoterapijo z mednarodnim uredniškim odborom in začeli s pripravami za prvi slovenski učbenik iz psihoterapije, v katerem bodo predstavljene vse modalitete. Udeležba na 5. študijskih dnevih junija 2006 z naslovom Tranzicija psihoterapije: od zdravstvene v avtonomno družbeno dejavnost z gostom, utemeljiteljem realitetne terapije (ki je v Sloveniji našla širok odmev in je dobro organizirana terapevtska šola) Williamom Glasserjem, je bila spet najboljša do zdaj, in vzdušje spet povezovalno in spodbudno.

### **Zakonsko psihoterapija v Sloveniji še ni urejena**

V drugi fazi je postal eden glavnih fokusov dejavnosti SKZP – priprava zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Maja 2005 smo predlog zakona po pogovoru z njim predali ministru Bručanu. Da bi širšo javnost opozorili na potrebo po zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji, smo marca 2006 na Gospodarski zbornici organizirali posvet, ki so se ga udeležili predstavniki ministrstev, političnih strank, pomembnih organizacij na področju socialnega in zdravstvenega varstva, psihoterapije in psihosocialne pomoči ter medijev<sup>19</sup>. Med posvetom so se izostrili odgovori na vprašanje, zakaj potrebujemo zakon. Za:

- zaščito pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov;
- zmanjšanje sive ekonomije;
- spodbujanje razvoja psihoterapije kot avtonomne družbene dejavnosti (npr. povečane možnosti samozaposlovanja);
- kvantitativno povečanje psihoterapevtskih storitev;
- izboljšanje kvalitete ponujenih storitev in dostopnosti do psihoterapevtskih storitev uporabnikom;
- vključevanje v sodobne evropske tokove.

Tudi zaradi posveta nam je uspelo, da smo junija 2006 na Ministrstvu za zdravje ustanovili Delovno skupino za pripravo predlogov dveh zakonov: o psihoterapevtski in o psihološki dejavnosti. Povezali smo se namreč tudi z Društvom psihologov, ki si že dolgo prizadeva za sprejetje zakona o psihološki dejavnosti. Pri nadaljnjem usklajevanju predloga zakona o psihoterapevtski dejavnosti bodo najzahtevnejša vprašanja:

- kakšna izobrazba je potrebna za vstop v izobraževanje iz psihoterapije (po našem mnenju bi zakon moral upoštevati možnost študija psihoterapije takoj po maturi);
- kako organizirati strokovni nadzor (npr. licence, register psihoterapevtov) in podeljevanje koncesij (npr. preko javnega pooblastila Ministrstva za zdravje Zbornici psihoterapevtov);

<sup>19</sup> Slovenski psihoterapevti smo se srečevali le na relativno zaprtih strokovnih srečanjih na družbenem robu, na posvetu pa smo se prvič izpostavili pred večjim številom predstavnikov širšega družbeno političnega prostora kot poklicna skupina, ki želi avtonomijo in družbeni status pri opravljanju svoje dejavnosti. Čeprav sem si nabral veliko izkušenj z organizacijo strokovnih srečanj, je bilo zame organiziranje posveta o zakonu zanimiv nov izziv z dobrimi posledicami. Ko sem v pripravah opravil veliko razgovorov z vabljenimi gosti, ki so se presenetljivo spodbudno odzivali, se je okrepil moj občutek identitete psihoterapevta. Tako sem tudi osebno, intimno doživel mali notranji preporod in se začel kot psihoterapevt bolj pokončno držati. Stavek, ki smo ga organizatorji srečanja večkrat ponavljali – želimo, da se psihoterapija premakne iz marginalnega v avtonomen družbeni položaj – se je v meni utelesil, tako da je bil zame posvet pomembna prelomnica, saj je okrepil mojo samozavest.

- kako regulirati psihoterapijo medresorsko (sicer kot zdravstveno dejavnost, ki pa se po izkušnjah razvitih dežel le v 10% odvija v okviru zdravstva; zato bi bila potrebna koordinacija med različnimi ministrstvi, npr. za zdravje, šolstvo, socialno varstvo);
- kako razvijati dialog z zavarovalnicami glede plačevanja psihoterapevtskih storitev.

Avstrijske izkušnje kažejo, kako lahko dober zakon spodbudi razvoj psihoterapije, da se npr. med drugim tudi poveča dostopnost psihoterapevtskih storitev tistim, ki terapijo potrebujejo. Državno zdravstvo plačuje psihoterapevtske storitve psihoterapevtom, ki so na uradnem seznamu (v letih 1992 do 2005 se je obseg teh sredstev povečal iz 3 na 35 milijonov EUR!). Povprečna cena je 60 EUR za individualno in 20 EUR za skupinsko seanso. Pacienti ne plačujejo ničesar. Od sprejema zakona leta 1991 pa je trajalo dobrih deset let, da so začele tudi avstrijske privatne zavarovalnice plačevati psihoterapevtom v privatni praksi (brez državne koncesije), tako da klientom povrnejo del stroškov, in sicer približno 25 EUR za seanso. Tako se je leta 2005 na celotnem avstrijskem psihoterapevtskem trgu obrnilo približno 220 milijonov EUR prometa (v privatnem sektorju okoli 185 milijonov!)<sup>20</sup>.

Psihoterapija predstavlja v paleti psihosocialne pomoči vedno bolj nepogrešljivo obliko pomoči in ponudbo storitev, do katerih bi naj imele dostop čim širše plasti prebivalstva. In prav glede dostopnosti do psihoterapevtskih storitev smo v Sloveniji v velikem zaostanku za razvitimi članicami EU. Če upoštevamo Strašbursko opredelitev psihoterapije kot samostojnega, znanstveno utemeljenega poklica z omogočanjem pluralnosti, bi zakonodajalec omogočil večjemu številu različnih strokovnjakov, da bi ponudili pomoč ljudem v stiski in jim pomagali razvijati psihično pripravljenost za izzive sodobnega življenja, preventivno in kurativno.

Klienti lahko pri nas pridejo do psihoterapevta bodisi na lastno pobudo bodisi na priporočilo osebnega zdravnika ali psihiatra. Ker pa je povpraševanje mnogo večje od ponudbe<sup>21</sup>, jih veliko ostaja brez tovrstne pomoči. Samo manjšina ima to srečo, da dobi psihoterapevta, ki dela za javno zdravstvo ali socialno varstvo<sup>22</sup> ali v privatni praksi<sup>23</sup>. Za te je psihoterapija

<sup>20</sup> Pri sklepanju pogodb z zavarovalnicami so posamezne deželne podružnice avstrijske krovne zveze za psihoterapijo različno uspešne. Tako je leta 2003 štajerska podružnica sklenila pogodbo z deželno zdravstveno zavarovalnico za letni kontingent 23.000 psihoterapevtskih seans. S tem je lahko vsak psihoterapevt Štajerske psihoterapevtske zveze ponudil sedmim klientom deset seans gratis. Spričo dejstva, da na avstrijskem Štajerskem trpi 260.000 ljudi zaradi duševnih motenj, je to sicer še vedno skromen prispevek k duševnemu zdravju.

<sup>21</sup> 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 15-30 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. Če ocenjujemo, da je pri nas nekaj sto diplomiranih psihoterapevtov, ki se jim vsako leto v najboljšem primeru pridruži en do dva ducata novih, vidimo, da s sedanjo dinamiko psihoterapevtskega izobraževanja nikdar ne bomo mogli zadovoljiti potreb. Res je pa tudi, da večina teh nekaj sto slovenskih psihoterapevtov ostaja zaposlenih v svojem prvem poklicu in se le v manjšem delu svojega časa posvečajo psihoterapiji (Kereži, 2006).

<sup>22</sup> Psihiatri in klinični psihologi, ki ponujajo psihoterapijo kot del svoje dnevne rutine, so zaposleni večinoma v psihiatričnih bolnišnicah, dispanzerjih za mentalno zdravje in svetovalnih centrih za otroke in mladostnike. Socialni delavci v centrih za socialno delo ponujajo svetovanje kot del svoje dnevne rutine. Veliko socialnih delavcev se je izobraževalo v različnih psihoterapevtskih modalitetah in so ta znanja in veščine vključili v svoje svetovanje, toda uradno jim ni dovoljeno opravljati psihoterapije in tudi zanjo ne morejo biti plačani.

<sup>23</sup> Po demokratičnem preobratu leta 1991 so dovolili privatno prakso v medicini, klinični psihologiji in v socialnem delu. V začetku 2002 je približno 20 privatnih psihiatrov, 5 pedopsihiatrov in 10 kliničnih psihologov. Zavod za zdravstveno zavarovanje jim dovoli opravljanje psihoterapije in za to tudi plača. Nobeni drugi poklici (npr. socialni delavci) niso plačani za opravljanje psihoterapije. Zanimivo je tudi, da je samo psihologom s specializacijo v klinični psihologiji dovoljeno opravljanje psihoterapije. Veliko psihologov, ki je zainteresiranih

brezplačna, npr. stroški se pokrijejo iz zdravstvenega zavarovanja<sup>24</sup>. Maloštevilni imajo srečo, da imajo dovolj finančnih sredstev in si lahko privoščijo psihoterapevta, ki opravlja psihoterapijo v svojem prostem času. Cena za kliente, ki so samoplačniki, sega od 20 do 60 evrov na uro psihoterapije. Večina klientov si lahko privoščijo najnižjo ceno in večina si ne more privoščiti najvišje.

Poleg zakona lahko pri nas v odločilni meri poveča dostopnost do psihoterapije le večje število usposobljenih terapevtov, zato zaključujem svoj članek z prikazom novosti, ki naj bi prispevala k temu in na katero smo trenutno v SKZP najbolj ponosni (in imamo z njo tudi največ dela).

## Študij psihoterapije takoj po maturi

Ko je oktobra 2005 prišlo do ustanovitve Univerze Sigmunda Freuda (USF; [www.sfu.at](http://www.sfu.at)) na Dunaju (njen rektor je že omenjeni Alfred Pritz<sup>25</sup>), smo številni psihoterapevti v Sloveniji (in tudi drugod po svetu) zaslislali pok – avstrijski kolegi so namreč prebili zvočni zid (Bohak, 2006). Kot prvi na svetu so odprli možnost študija psihoterapije takoj po maturi po sodobnem bolonjskem tristopenjskem programu (tri leta prva, dve leti druga, dve leti tretja stopnja<sup>26</sup>). Že novembra 2005 smo ustanovili Slovenski inštitut USF, da bi sledili njihovemu zgledu<sup>27</sup>. Z našimi izkušnjami s propedeutiko smo bili dobro pripravljeni in smo za šolsko leto 2006/07 v kombinaciji s propedeutiko odprli ta študij tudi pri nas, tako da se je vanj vpisala prva generacija (čez 50 študentov)<sup>28</sup>.

Prva dva letnika študija sta podobna dosednji propedeutiki, v tretjem letu prve stopnje<sup>29</sup> pa študenti izberejo eno od možnih modalitet (npr. integrativno terapijo, sistemsko družinsko terapijo, geštalt, logoterapijo, transakcijsko analizo itn.), če se odločijo za nadaljevanje študija na drugi stopnji. Lahko pa se študenti v tretjem letu prve stopnje odločijo tudi za smer psihosocialno svetovanje, zaključijo s študijem po treh letih in pridobijo kvalifikacijo za svetovalno delovanje na psihosocialnem področju. V številnih nevladnih organizacijah (npr. v Sloveniji je dobro razširjena mreža svetovalcev za duševne stiske po telefonu) je potreba po takih svetovalcih velika, je pa tudi to področje pri nas zakonsko neurejeno. Hkrati bodo imeli študenti možnost na enomesečnih poletnih šolah (kjer bodo predavanja, vaje, seminarji in delo na sebi) na Dunaju srečati vodilne svetovne strokovnjake na področju psihoterapije.

---

za legalno opravljanje psihoterapije, tega ne more početi, zato ker je težko dobiti specializacijo v klinični psihologiji v zdravstvenem sistemu. Delnega državnega sofinanciranja za psihoterapijo ni.

<sup>24</sup> Zavod za zdravstveno zavarovanje plača enako za psihoterapijo v javnem ali privatnem sektorju: 35 evrov za individualno analitsko ali vedenjsko kognitivno terapijo (60 minut), 100 evrov za družinsko in partnersko terapijo (za 2 terapevta, 90 minut), 100 evrov za skupinsko terapijo (10 članov, 110 minut) z enim terapevtom ali 180 evrov, če sta dva terapevta, 30 evrov za sprostitvene tehnike (50 minut) in 18 evrov za t. i. »površinski ukrep« (30 min).

<sup>25</sup> Slovenski javnosti ga je v zanimivem intervjuju v prilogi Ona predstavila Nika Vistoropski (2006).

<sup>26</sup> Po zaključku prve stopnje študenti dobijo diplomu z nazivom Bakalavreus psihoterapevske znanosti, na drugi stopnji naziv Magister psihoterapevske znanosti in na tretji Doktor psihoterapevske znanosti. Če študent zaključi triletni študij za psihosocialno svetovanje, pa pridobi naziv »Svetovalac na psihosocialnem področju«.

<sup>27</sup> V enem letu od ustanovitve USF na Dunaju so temu zgledu sledili še v Parizu, Madridu, Berlinu, Amsterdamu, Moskvi, St. Petersburgu, Krakovu, New Yorku in Pekingu, kjer nastajajo podružnice USF.

<sup>28</sup> Več o pogojih vpisa, predmetniku študija idr. na spletni strani SKZP <http://marela.uni-mb.si/skzp>.

<sup>29</sup> V prvo stopnjo, ki traja šest semestrov, so vključene osnove psihoterapevske znanosti: znanstvene osnove biopsihosocialnega razvoja človeka, psihopatologija in psihosalutologija, dosežki nevroznanosti pomembni za psihoterapijo, osnove znanstveno utemeljenih psihoterapevtskih metod – to je le nekaj ključnih tem. Poleg tega študent na prvi stopnji pridobi znanje o raziskovalnih metodah ter pregled etičnih, pravnih, gospodarskih in splošnih družbenih okvirjev.



Pomemben del študija je praksa, ki na prvi stopnji poteka v treh oblikah:

- kot *praksa v raznih psihosocialnih ustanovah* z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami psihosocialne pomoči ljudem. Tistim, ki so ta del prakse opravili že v času prvega študija, na primer zdravniki, psihologi, socialni delavci, ta del prakse seveda priznamo;
- kot *učna psihoterapija* oziroma osebna rast, delo na sebi, osebna izkušnja, v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse je edinstvena posebnost študija psihoterapije, saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi klienti;
- kot *praksa pri izkušenih psihoterapevtih* modalitete, ki so jo izbrali v tretjem letniku študija, kjer so študenti najprej opazovalci, nato pa (predvsem na drugi stopnji) postopno prevzemajo vse bolj aktivno vlogo in v zadnji fazi vodijo pogovore pod supervizijo izkušenih učiteljev.

Z ustanovitvijo USF na Dunaju je poudarjena samostojnost psihoterapije kot znanstvene discipline, po drugi strani pa so se tako povečale možnosti za povezovanje kvalitet dosejanjega psihoterapevtskega izobraževanja s kvalitetami akademskih zahtev. Uvajanje fakultetnega študija psihoterapije je za Slovenijo velik projekt, ki ga je možno izpeljati samo s povezovanjem s tujimi strokovnjaki in s sodelovanjem večine slovenskih psihoterapevtov, ki smo aktivni v okviru mednarodno priznanih terapevtskih modalitet. Zato je dober test za to, ali smo sposobni stopiti skupaj in še naprej presegati majhne konflikte in rivalstva, kot nam je do zdaj uspelo v okviru SKZP – in zaenkrat je odziv dober. Za projekt se zanimajo tudi nekatere slovenske univerze (npr. posebno živ je interes v Novi Gorici), kar povečuje možnosti za akreditacijo študijskega programa v Sloveniji in za koncesijo (kar pomeni pomembno zmanjšanje stroškov študija).

Evropska in tudi slovenska psihoterapija se je znašla na prelomnici. Ena bistvenih značilnosti prelomnih obdobij, ko nastajajo nove in razpadajo stare strukture oz. se le te reorganizirajo, povežejo na nov način, je, da po prelomnicah »nič več ni tako kot prej«. Čas prelomnic je čas vrtincev, pretresov, preskokov, nestabilnosti, povečane kaotičnosti, ko novi vzorci oz. strukture še nimajo jasnih obrisov in se stari vzorci včasih začasno še ojačajo preden se novi utrdijo. Morda si trenutno v Evropi ravno zato psihološki lobi na nedialoški način prizadeva pridobiti nadzor nad področjem psihoterapije, tako nad izobraževanjem kot njenim izvajanjem. Podobno poizkušajo tudi psihiatri v okviru medicinskega lobija. Tudi v Sloveniji se zrcali ta evropska dinamika. Številni psihoterapevti (ne glede na to, ali smo po osnovni izobrazbi zdravniki, psihologi ali kaj drugega) pa menimo, da je dozorel čas, da se psihoterapija razvija avtonomno in si sama določa svojo identiteto kot akademska znanstvena disciplina in si sama določa svoje meje kot svoboden poklic. Dovolj odrasla je, da ne rabi več mačeh in skrbnikov, pa čeprav se nekateri psihologi in psihiatri za to vlogo še vedno potegujejo oz. se zanjo čutijo poklicani. Zato za konec ponavljam besede mag. Janka Bohaka, ki je bil od ustanovitve osem let predsednik SKZP: »Tisti, ki sicer govorijo o psihoterapiji kot samostojni znanosti in o opravljanju psihoterapije kot avtonomnega in svobodnega poklica, ne morejo pa si je predstavljati kot ene izmed univerzitetnih disciplin, ne mislijo resno. V bistvu jo še vedno vidijo kot dodatna, specifična znanja, primerna za psihiatre in klinične psihologe. Le izjemoma pa bi dostop do teh znanj dopustili še komu drugemu.« (Bohak, 2006)

## Literatura

- Bohak J, Možina M (2002). Psihoterapija na Slovenskem. V: Bohak J, Možina M, ur. Dialog. Zbornik prispevkov 1. študijskih dni SKZP. Maribor: SKZP: 136-142.
- Bohak J, Možina M, ur. (2003). Kaj deluje v psihoterapiji? Novejše raziskave njene uspešnosti. Zbornik prispevkov 2. študijskih dni SKZP. Maribor: SKZP.
- Bohak J, Možina M, ur. (2004). Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dni SKZP. Maribor: SKZP.
- Bohak J, Možina M, ur. (2005). Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi. Zbornik prispevkov 4. študijskih dni SKZP. Maribor: SKZP.
- Bohak J (2006). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. Ampak, letnik 7, april 2006, številka 4: 38-40.
- Kereži U (2006). Je strah pred šarlatanstvom utemeljen? Večer, 19. 8., str. 14.
- Kobal M. Položaj psihoterapije v Sloveniji je treba urediti. Sobotna priloga Dela, 24. 9. 2005.
- Pritz A, ed. (2002). Globalized Psychotherapy. Vienna: Facultas Universitätsverlag.
- Vistoropski N (2006). Seksualna agresija je najgrozljivejša. Intervju s prof. dr. Alfredom Pritzom. Ona, 28. marec 2006, leto 8, št. 13: 9-12.





*Prvi študijski dnevi SKZP*

*Tema: Dialog Plenarno predavanje*

*Mag. Janko BOHAK, dipl. psihoanalitik, klinični psiholog in psihoterapevt*

*Zdravstveni dom, Maribor*

*Elektronska pošta: [bohak.janko@siol.net](mailto:bohak.janko@siol.net)*

*Rogla, 9. junij 2001*

*Vse pravice pridržane. Objava tega članka samo z dovoljenjem avtorja.*

## **Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo**

Kako se nahaja psihoterapija med tradicijo in tranzicijo?

Obdobje tradicije je trajalo do prelomnega leta 1990. Psihoterapevtsko izobraževanje in delovanje je potekalo v posameznih društvih, ki so delovala samostojno in so se povezovala med seboj le v okviru iste psihoterapevtske modalitete v narodne in mednarodne povezave. Med posameznimi modalitetami ni bilo povezav niti dialoga; le mlajše modalitete so se borile za svoj prostor in utemeljevale svojo legitimnost s tem, da so opozarjale na svojo večjo učinkovitost v primeri s starejšimi, že etabliranimi. Njihovi izobraževalni standardi pa so bili povsem neprimerljivi. Tako so na primer psihoanalitsko usmerjene modalitete imele učno analizo za temeljno izobraževalno vsebino, medtem ko kognitivna psihoterapija učne analize ali njenega ekvivalenta ni poznala, saj se je imela za povsem objektivno metodo zdravljenja, pri kateri osebnost terapevta ne igra nobene vloge. Prenos in protiprenos je imela za povsem izmišljen teoretičen konstrukt, ki ga objektivno ni mogoče meriti kot omembe vredno spremenljivko.

Ker ni bilo zakona, ki bi urejal psihoterapevtsko dejavnost in zaščitil naziv psihoterapevta, se je dogajalo dvoje:

- a. psihoterapevtske storitve niso bile priznane kot zdravstvena dejavnost in jih zato zavarovalnice tudi niso plačevale. Prvo, kompromisno rešitev je sicer že prinesla zelena knjiga zdravstvenih storitev, ki pa so jih lahko opravljali le klinični psihologi in psihiatri v okviru javnega zdravstva in le redkim, uglednim psihoterapevtskim društvom je na zahodu uspelo skleniti pogodbo z zavarovalnicami o delnem plačevanju njihovih storitev (na primer v Nemčiji), v nekaterih drugih deželah (v Avstriji) pa je takšno pogodbo uspelo skleniti le redkim uveljavljenim psihoterapevtom.
- b. naziv psihoterapevta so si lastili ljudje brez ustrezne psihoterapevtske izobrazbe. Pogosto so opravili le nekaj seminarjev ob koncu tedna, in to iz tehnik, ki so bile bliže raznim New age izpeljankam kot znanstveno priznanim modalitetam. Klienti, ki so jim pogosto bolj škodovali kot koristili, so bili povsem nezaščiteni pred njihovim šarlatanstvom.

Istočasno pa so v sedemdesetih letih ljudje čutili, da jim zgolj kvantitativna rast blagostanja ne prinaša bolj izpolnjenega in zadovoljnejšega življenja. Govorjenje o večji življenjski kvaliteti, o alternativnem življenjskem slogu je vključevalo tudi vprašanje, kako se osvoboditi notranjih prisil ponavljanja in notranje osvobojezo živeti. To pa je od nekdaj obljubljala psihoterapija, zato so pričakovanja v njeno pomoč postajala vedno močnejša in številnejša - potem ko se je v javni zavesti zahodnoevropskega človeka že izvršil prehod od duhovnika k psihoterapevtu.

Toda stanje psihoterapije, razdrobljene v nekaj znanstveno solidnih modalitet, ki so v svoji tekmovalnosti eni drugim osporavali legitimnost, in še neprimerno v več drugih, znanstveno in izobraževalno nezanesljivih in bolj ali manj spornih pristopih, tem naraščajočim pričakovanjem ni moglo ustreči. Nekaj prebujenih psihoterapevtov je spoznalo to nezadovoljivo stanje: psihoterapevtska modaliteta, ki se zanima le za svoj lasten, dobro ograjen vrtiček, na sosedove pa gleda z zavistjo in ogroženostjo, nima prihodnosti. Vprašljivo je tudi, kakšno prihodnost ima psihoterapija, ki si jo lastijo zdravniki - v zavesti, da jim je zgodovinski razvoj prisodil zdravljenje

kot izključno njihovo področje delovanja - in bi jo bili pripravljene deliti še s psihologi, predvsem kliničnimi, vedoč, da v lastnih vrstah ne bo nikdar dovolj zanimanja za zahtevno dejavnost.

Omenjeni psihoterapevti pa so izhajali prav tako iz zgodovinske izkušnje, da so psihoterapevtsko dejavnost pred Freudom opravljali ljudje zelo različnih profesionalnih provenienc; praviloma filozofske, medicinske in teološke, neredko pa tudi formalno neizobraženi karizmatiki. Poleg tega so nekatere smeri globinsko psiholoških kakor tudi novejših pristopov že omogočale izobraževanje nezdruženikom in nepsihologom. Pri tem pa so običajno še vedno pazili, da teh "drugih" ne bi bilo preveč. (To se je zgodilo v neoanalitičnih centrih za psihoanalizo I. Carusa v poznih 70. letih. Že priletni Caruso - ki je svoj čas prelomil z zahtevami ortodoksne psihoanalize, ki je v svoje vrste sprejemala le zdravnike - je menil, da je med edukandi preveč pedagogov, teologov in pravnikov, zato sem bil 78. leta sprejet v izobraževanje kot psiholog in ne kot teolog.) V svojih razpravah so prišli do dveh začetnih ugotovitev:

- a. tekmovalnost in izključevalnost med posameznimi modalitetami naj nadomesti dialog in sodelovanje;
- b. predhodna izobrazba naj nikomur ne prepreči psihoterapevtske izobrazbe. Ljudem, ki nimajo ustrezne predizobrazbe za psihoterapevta, jo je treba omogočiti.

Ob upoštevanju teh dveh načel pa so se odprle možnosti, da se psihoterapija profilira kot samostojen poklic, kar si je že Freud želel za psihoanalizo. Svojo dediščino je videl bolj zavarovano v rokah "laičnega poklica" kot v rokah zdravnikov ali duhovnikov.

1990. leta se je v Strassburgu zbralo 17 psihoterapevtov iz Avstrije, Švice in Nemčije ter 21. oktobra povzelo svojo vizijo psihoterapije prihodnosti v pet točk, znanih pod imenom "Strassburska deklaracija", ki še vedno velja za "Magno carto" razvojne vizije psihoterapije:

1. Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, psihoterapevtsko delo predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Raznoverstnost psihoterapevtskih metod je omogočena in zajamčena.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, lastno izkušnjo in prakso pod supervizijo. O drugih psihoterapevtskih postopkih je treba osvojiti zadostna znanja.
5. Dostop do izobrazbe je mogoč preko različnih predizobrazb, zlasti preko humanističnih in socialnih znanosti.

Naslednje leto so se zbrali psihoterapevti iz Nemčije, Švice, Madžarske in Avstrije na Dunaju ter ustanovili Evropsko zvezo za psihoterapijo (EAP), Strasburško deklaracijo pa sprejeli za svojo temeljno listino, za izhodišče delovanja. EAP namreč "ščiti tako poklicne interese kot interese javnosti, ki ji služi, s tem, ko zagotavlja, da njeni člani delujejo na ustreznem nivoju izobrazbe in prakse". Za svoj bližnji cilj si je zastavila "Evropsko diplomu iz psihoterapije (EDP), ki bo skrbela za izobrazbo psihoterapevtov, usklajeno s standardi EAP, in bo zagotavljala njihovo mobilnost znotraj Evropske zveze".

Za ta projekt je EAP porabila sedem let. Ni se bilo lahko zediniti in določiti minimalne izobraževalne standarde povsem različnih modalitet, od psihoanalitsko usmerjenih, ki imajo dolgotrajno in zahtevno izobraževanje, do novejših, ki so začele z dokaj nezahtevnim izobraževanjem in si šele oblikujejo pregledne in obvezne izobraževalne strukture. Nič laže ni bilo določiti skupni imenovalec psihoterapevtskih tradicij 26. evropskih dežel, strnjениh v 160 psihoterapevtskih združenj z več kot 50.000 člani. Po sedmih letih pogajanj, usklajevanj in pojasnjevanj, zakaj so trije stebri edukacije: teorija, lastna izkušnja in praksa pod supervizijo *conditio sine qua non* za vsakega psihoterapevta, je letna skupščina EAP v Rimu 1997. leta dosegla konsens besedila EDP. Najpomembnejši del besedila je seveda tisti, ki govori o vsebini in obsegu psihoterapevtskega izobraževanja:

"Celotno izobraževanje ne sme obsegati manj kot 3200 ur, porazdeljenih v času sedmih let. Od teh je treba vsaj štiri leta opraviti v eni psihoterapevtsko strokovni izobrazbi. EAP bo v povezavi z narodnimi krovnimi in evropskimi organizacijami določila razmerja med posameznimi učnimi elementi, ki jih je treba absolvirati za dosego EAP" (5. pogl. EDP).

Ta razmerja so bila v naslednjih letih določena: prva tri leta (v obsegu najmanj 1700 ur) so namenjena osnovnim psihoterapevtskim znanjem, skupnim za vse bodoče psihoterapevte. Šele absolventi propedeutike se odločijo, v kateri znanstveno priznani modaliteti bodo nadaljevali specialno, štiriletno edukacijo, ki mora izpolnjevati troje načel:

1. Uporabljana metoda mora biti zadostno definirana in mora imeti humanistično znanstveno osnovo.
2. Teorija mora biti integrirana v prakso, biti mora uporabna za široko področje problemov in dokazano učinkovita.
3. Metoda mora biti znanstveno priznana od EAP kakor tudi od ustreznih strokovnih organizacij v več evropskih deželah (4. pogl.).

Kot je razvidno iz povedanega, EAP, ki združuje preko 60 000 psihoterapevtov, deluje za psihoterapijo v tranziciji. Toda kako poteka razvoj v posameznih evropskih deželah? Živahen razvoj, kot ga doživlja psihoterapija, poteka v dveh različnih smereh: V nekaterih deželah zakon o psihoterapevtski dejavnosti opredeljuje psihoterapijo kot samostojen poklic in priznava številne modalitete (Avstrija, Madžarska in Finska), medtem ko je v drugih deželah zakon o psihoterapevtski dejavnosti zelo restriktivno naravnani (Italija, Švica, Luksenburg, Nemčija, Nizozemska, Litva in Latvija). Kot primer restriktivne zakonodaje o psihoterapiji naj navedem Nemčijo, kjer je bil po desetletju razprav sprejet izjemno restriktiven zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki to dejavnost zaupa zdravnikom in (kliničnim) psihologom, od modalitet pa priznava le psihoanalitsko in vedenjsko terapevtsko usmerjene. Velika armada psihoterapevtov, ki ostaja zunaj zakona, pa lahko še nadalje opravlja svojo dejavnost po zakonu o zdravilcih, (ki sicer nimajo slabšalnega prizvoka kot pri nas, a se jih vendar drži sum neznanstvenosti). Ker pa nimajo pravice do naziva psihoterapevt, tudi nimajo možnosti do participacije zdravstvenega denarja.

Istočasno pa je Nemčija tudi poučen primer, kako mogočnega toka psihoterapevtskega razvoja ne more zaježiti noben zakon. Kar lepo število psihoterapevtskih modalitet je "v čakalnici" in nekatere imajo dobre izgleda, da bodo v kratkem času zakonsko priznane. Tako se zadeva s priznavanjem posameznih modalitet postopoma ureja. Težja bitka jih čaka, menijo njihovi predstavniki, kar zadeva priznanje psihoterapevtov drugih profesionalnih provenienc, saj računajo, da bo na tem mestu izjemno močan lobi zdravnikov in psihologov nudil močnejši odpor.

Če pa skušamo razvoj psihoterapije v Evropi natančneje, manj črno-belo razčleniti, dobimo tole sliko:

1. Najprej omenimo dežele, v katerih je ECP temeljna listina za normativno urejanje psihoterapije. Te dežele so: Avstrija, Irska in Ukrajina.
2. Na drugem mestu so dežele, kjer ni nikakršne splošno veljavne regulative za psihoterapijo. To so: Portugalska, vse dežele nekdanje Jugoslavije, Grčija, Turčija, Islandija, Bolgarija, Romunija, Belorusija, Rusija in Estonija. Vidimo, da v tej skupini prevladujejo nekdanje komunistične oz. tranzicijske dežele.
3. Na tretjem mestu so dežele, kjer nacionalna organizacija regulira psihoterapijo. To so: Španija, Francija, Velika Britanija, Poljska, Slovaška, Norveška, Švedska. Slovenija bi spadala bolj v to kot v prvo skupino, a verjetno ni naključje, da so nas kljub posredovanim informacijam prišteli v skupino brez kakršne koli regulative psihoterapevtske dejavnosti.

In kakšna je situacija v Sloveniji? Kar zadeva njeno vsakdanjo prakso, je bolj realno, kot bi si želel videnje uglednega slovenskega zdravnika: "Psihoterapijo imamo sicer vsi na koncu jezika, vendar jo v resnejši obliki le malokdo izvaja" - kar je v očitni neskladnosti s psihofizičnim zdravjem in povpraševanjem po njej s strani slovenskega človeka. Kar zadeva njen buren razvoj in iz njega

porajajoča nasprotja, pa je Slovenija Evropa v malem. Tu je na eni strani psihoanalitsko usmerjeno Društvo psihoterapevtov Slovenije (DPS), ki nadaljuje najmočnejšo tradicijo očeta slovenske psihoterapije Leopolda Breganta. In kakor povsod, kjer se ljudje lahko sklicujejo na 'zgodovinske zasluge', težko jemlje na znanje dejstvo, da je pred leti zaživela Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), ki (zaenkrat) združuje sedem psihoterapevtskih društev in šest modalitet, poteka pa postopek za sprejem nadaljnjih treh društev za psihoterapijo. Slednja prevzema usmeritev in standarde EAP in je od nje tudi priznana kot pooblaščená krovna zveza. Z nekoliko poenostavitve bi lahko rekli, da DPS predstavlja tradicijo, SKZP pa tranzicijo psihoterapevtskega razvoja v Sloveniji. Vendar pa ni povsem tako, saj tudi DPS sprejema v svoje vrste psihoterapevte nekaterih drugih modalitet in drugih profesionalnih provenienc, ne izključno zdravnike in psihologe. Katere modalitete bo priznalo in katere nepsihologe in nezdravnike bo sprejelo med psihoterapevte, pa je zaenkrat v njegovi presoji, v presoji psihoanalitsko usmerjenih psihoterapevtov medicinske in psihološke provenienc.

Seveda bi ne bilo ničesar bolj priporočljivo in enostavno, kot da predstavniki enih in drugih sedejo za mizo in začnejo enakopraven dialog o tem, kako usklajevati ta dinamičen razvoj. Iz izkušnje pa tudi vemo, da ni ničesar bolj težavno kot sestop z oblasti, zlasti če odpore do tega sestopa lahko utemeljuješ z zgodovinskimi zaslugami. Zato ta dialog kar ne more in ne more steči. Da bo ta dialog vendarle zaživel, je ena osrednjih nalog naše KZ v naslednjem obdobju.

V neki deželi je mogoče urejati psihoterapijo na dva zelo različna načina. Lahko to storimo podobno, kot so storili Avstrijci in EAP: Da vsa psihoterapevtska društva oz. modalitete povabiš na pogovor za okroglo mizo na temo: kateri so bistveni elementi psihoterapevtskega izobraževanja ne glede na modaliteto. In pri tem se po dolgih razpravah vsi udeleženci okrogle mize zedinijo, da so trije nosilni stebri: 1. Lastna izkušnja, učna analiza ali njen ekvivalent, 2. teorija in 3. praktično delo pod supervizijo.

Po tem konsenzu lahko preidejo k naslednjemu vprašanju: Koliko učnih ur mora najmanj trajati posamezen del psihoterapevtske edukacije. Tu ni lahko doseči konsenza med maksimalističnimi zahtevami, ki prihajajo običajno s strani psihoanalitikov (čeprav jim prav zaradi teh maksimalističnih zahtev zmanjkuje podmladka v njihovih lastnih vrstah), in minimalističnimi, ki jih običajno zastopajo novejšé modalitete, ki svojega izobraževanja še niso dovolj razčlenile.

In ker je psihoterapija znanost, je treba odgovoriti na zelo temeljno vprašanje: Katere pogoje mora izpolnjevati psihoterapevtska modaliteta, da je priznana za znanstveno? In izdelati postopek preverjanja znanstvenosti za tiste modalitete, ki teh pogojev še ne izpolnjujejo.

Lahko pa se lotiš urejanja psihoterapije tudi na drug način. Lahko predstavniki ene izmed modalitet vzamejo zadevo v svoje roke in sami določijo izobraževalne standarde in sami tudi ugotovijo, katere modalitete so 'dovolj dobre', da bodo priznane v njihovi deželi. Okrogla miza, simbol enakopravnosti partnerjev kakor tudi težavno iskanje konsenza okrog temeljnih vprašanj je v tem primeru odveč.

Iniciativo lahko vzame v svoje roke neka druga znanstvena disciplina, ki izloči 'dvoimljive psihoterapevtske pristope' in oblikuje psihoterapevtske standarde. V tem primeru posamezne modalitete nimajo nobene avtonomije, da oblikujejo temeljne pogoje in jih izpolnijo ali ne. Odvisne so od sodbe tuje znanstvene discipline. Je sploh mogoče priti na takšno idejo? Očitno je mogoče, kajti 18. nov. 2000 smo lahko prebrali v sobotni prilogi Dela: "Glede na to, da v naši državi nastajajo različne šole in tečaji za pogosto dvoimljive psihoterapevtske pristope, je nujno, da prav psihiatrija oblikuje normative, ki bi naredili to področje pregledno, in tako omogoči ljudem izbiro glede na oceno kakovosti in strokovnosti." (Vesna Švab, Nič ni brezupno, str. 14). Ob tem se lahko le zgrozimo: "Gorje psihoterapiji, če bo kot nepolnoleten otrok oddana v rejo svoji daljni sorodnici!" Tudi iz vrst kliničnih psihologov kdaj slišimo nekoliko bolj sofisticirano sodbo, nekako



v smislu: Ker klinična psihologija prispeva psihoterapiji toliko in toliko pomembnih vsebin, ima pravico odločati o njeni usodi.

V zadnjem času se v domačih logih množi število potencialnih skrbnikov, ki bi želeli prevzeti skrbništvo nad psihoterapijo. 3. febr. se je v Delu razpisal strokovnjak z diplomo psihologije in medicine: "Psihoterapija je že prerasla meje v abstraktne ujete, dolgotrajne in nikoli dokazano učinkovite psihoanalize ter podobnih psihodinamskih usmeritev. Psihoterapevtskih metod je zdaj mnogo in kar nekaj izmed njih se ponaša z utemeljenostjo, učinkovitostjo glede na dano ceno in splošno dostopnostjo. Te so navadno krajše, natančno strukturirane in zlahka merljive. Še zlasti to zadnje je pomembno za zdravstvene zavarovalnice in seveda prek njih tudi za davkoplačevalce. Zakaj bi vendar plačevali za zdravljenje, ki ni dokazano, torej izmerjeno učinkovito. ... Tako kot sprejmemo, da so učinkovita samo tista zdravila, katerih učinek se pokaže v skladnejšem razmišljanju in vedenju osebe z duševno motnjo, bi lahko sprejeli, da deluje le tista psihoterapija, katere učinek bi se dalo prikazati tudi organsko. In se da! Kognitivno vedenjska terapija ima tako kot antidepresivno zdravilo dokazan učinek na fino strukturo in s tem na funkcijo možganov. Z drugimi besedami, beseda postane materija le, če se dotakne genov in njihovega izražanja v danem okolju" (Andrej Marušič, *Dlje od teorij in bliže ljudem*, str. 20). "Nikoli dokazano učinkovito psihoanalizo" pustimo ob strani in opozorimo na dejstvo, kako spet nekdo od zunaj ugotavlja, da je edino učinkovita ena sama modaliteta, namreč vedenjska terapija. To je do svoje smrti ponavljal tudi slaviti Eysenck, povsem nedostopen za še tako tehtne ugovore. Tudi druge trditve našega strokovnjaka, da so učinkovite 'navadno krajše, natančno strukturirane in zlahka merljive' psihoterapije, ne slišimo prvič. Pred leti smo na mednarodnem kongresu slišali uglednega avstrijskega rojaka, ki je zanosno navajal rezultat svojih raziskav: "Česar ni mogoče pozdraviti v desetih urah, ni mogoče pozdraviti tudi v tri sto urah." Nove in nove raziskave pa vendarle ugotavljajo, da so dolgotrajne psihoterapevtske obravnave učinkovitejše od kratkotrajnih. Prvič pa slišim, da psihoterapija mora in lahko pokaže svojo učinkovitost z organskimi spremembami fine strukture in funkcije možganov. Še več. Dotakniti se mora celo genov. Če vsako uspešno učenje ustvari nove povezave sinaps, upravičeno domnevamo, da pusti sledi v strukturi cortexa tudi psihoterapevtska izkušnja. Vprašanje je le, kdaj bomo imeli dovolj občutljive in zanesljive preiskave, ki bodo te spremembe zaznale, merile in ovrednotile. Dotlej pa bomo morali zaupati izjavam, kot jih pogosto slišimo: "Po psihoterapevtski obravnavi živim bolj osvobodeno, bolj polno, bolj v skladu s seboj in ne nazadnje bolj zdravo."

Če je psihoterapija v sto letih svojega obstoja dosegla svojo polnoletnost, bo znala poskrbeti zase, za svojo znanstvenost, in bo znala razviti instrumente, s katerimi bo merila svojo učinkovitost. To že tudi počne in že tudi ugotavlja, da instrument za merjenje učinkovitosti vedenjske terapije ni pripraven za merjenje učinkovitosti neke druge psihoterapevtske modalitete, npr. psihoanalize. Včeraj pa smo tudi slišali, da je pri raziskavi učinkovitosti neke modalitete odločilnega pomena osebna naklonjenost ali nenaklonjenost raziskovalca do te modalitete.

Res pa je, da so med posameznimi modalitetami velike razlike glede stopnje znanstvenosti in izobraževalnih standardov. Morda pa tudi glede učinkovitosti, čeprav dosedanje raziskave ne ugotavljajo signifikantnih razlik pri različnih modalitetah.

A. Pritz, generalni tajnik EAP, primerja različne modalitete z različno nadarjenimi otroki velike družine: Eni so izjemno bistri, drugi dokaj povprečni, nekaj pa je manj bistrih, komaj za posebno šolo. In se sprašuje: Ali naj jih zaradi tega izločimo iz družine in jih damo v azil? Ne, odgovarja odločno, vsi imajo pravico do družinskega gnezda in družinske zaščite. Povsem jasno je tudi, da bodo v svojem mentalno duhovnem razvoju bolje napredovali v družinskem kot v azilskem okolju.

To je tudi naše stališče, stališče slovenske krovne zveze: Načelo integracije, ne načelo izključevanja. Ob tem pa želimo nuditi pomoč in spodbudo manj razvitim modalitetam, da bodo dosegli standarde EAP, ki so tudi naša obveza.

Ob tem bi poudaril še to. Čez dobro leto bomo imeli prve diplomante propedeutike, ki se bodo odločali za specialno, štiriletno edukacije. Težko se bodo odločili za društvo oz. modaliteto, ki jim ne bo ponudilo integralnega izobraževanja, saj bi s tem tvegali, da ne bodo mogli dolge in zahtevne poti prehoditi do konca. Prav je, da se posamezna društva tega zavedajo in osredotočijo svoje energije na dopolnitev izobraževalnih standardov.

Ne bi pa želel, da ta moja izvajanja izzvenijo preveč kritično, saj menim, da razvoj slovenske psihoterapije poteka dobro in v pravo smer. Tako Društvo psihoterapevtov kot KZ pospešujeta razvoj psihoterapije kot samostojne znanstvene discipline, s tem ko sprejemata v izobraževanje ljudi z različnimi izobrazbenimi profili ter jim omogočata pridobitev osnovnih psihoterapevtskih znanj - propedeutiko. Razlika je le v tem, da je propedeutika KZ usklajena s standardi EAP in imamo zato triletni program. Tako Društvo psihoterapevtov kot KZ sta tudi odprti do različnih psihoterapevtskih modalitet. In ti dve usmeritvi obeh: transprofesionalno in transmodalitetno ju povezuje bolj, kot ju ločujejo cehovsko politične rivalitete in druga razhajanja. Ti dve enotni usmeritvi dajeta upanje, da bomo našli neko, vsaj za silo okroglo mizo, ko bo dozorel čas za pravno regulativo psihoterapevtske dejavnosti. Ta čas že zori in ni več daleč.

Kot ima skupina svoje razvojne zakonitosti, jih ima tudi vsaka institucija in vsako gibanje. Lahko jih razdelimo v dve veliki fazi. Na začetku je čas pionirjev; to so ljudje, ki verjamejo v idejo, ki je to institucijo oz. to gibanje priklicala v življenje in so se zanjo pripravljene angažirati. Ne precejajo svojih naporov, ne štejejo delovnih ur, ki jih porabijo za novo stvar. V tem pionirskem času je seveda marsikaj nedorečenega, marsikaj je treba improvizirati in še več tvegati, saj prihodnost ni zagotovljena, marveč je le 'vera', bi dejal naš Župančič. Je pa to ustvarjalna faza; v njej je veliko snovanja, veliko življenja. Največje plačilo pionirjev je prav zavest, da sodelujejo pri stvari, ki bo prispevala svoj delež k počlovečenju življenja nekaterih, morda pa celo mnogih ljudi. Kot psihoterapevt vem, da je tudi ta zavest narcistična gratifikacija, vendar takšna, ki je že prerasla egocentrizem in napihovanje selfa in je, po Alfredu Adlerju, kot čut za skupnost, integralen del zrele osebe.

Ko pa se institucija etablira, si zagotovi svoj prostor in svojo prihodnost, pride čas birokratov. To so ljudje, ki rečejo: Teh karizmatikov in teh voluntaristov imamo dovolj, stvari bomo vzeli v svoje roke in jih pošteno uredili. Saj tako ni mogoče živeti! In vzamejo zadevo v svoje roke in jo začno natančno urejati: z organizacijske, pravne, finančne in še kakšne plati. Stvari postanejo jasne, pregledne, dodelane in zanesljive; v nekdanjem gibanju je naenkrat mogoče napredovati in narediti celo kariero, toda v njem je vse manj življenjskega soka, vse manj ustvarjalnosti, nič tveganja in negotovosti. Birokrati so neizbežna usoda vsake institucije, vsakega gibanja; tako me uči zgodovina. Običajno so pionirji in birokrati različni ljudje; toda bil sem že priča najbolj čudnim metamorfozam, ko so se nekdanji pionirji preobrazili v birokrate. To pa pomeni, da je v vsakem človeku, tudi v meni, zametek pionirja in zametek birokrata. In od človeka samega, od mene samega je odvisno, kateremu zametku bom dopustil več razvojnega prostora. Med tema dvema možnostima se neprestano odločamo, vsak dan, leto za letom, in nazadnje ni težko prepoznati, ali je v nas več pionirja ali več birokrata.

Menim, da je za SKZP sedanjí čas čas pionirjev. In čeprav smo rekli, da so birokrati neizbežna usoda vsake institucije, je moj pletoj, s katerim končujem: Da bi čim uspešnejše zadrževali razvoj birokrata v nas samih in ne nazadnje prihod birokratov v našo krovno zvezo.





Miran MOŽINA\* Janko BOHAK\*\*

## Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevski dejavnosti

**Ključne besede:** zakon o psihoterapevski dejavnosti, psihoterapija kot samostojen poklic, Strasburska deklaracija o psihoterapiji, Evropska zveza za psihoterapijo, Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, Združenje psihoterapevtov Slovenije, Ministrstvo za zdravje, specializacija iz psihoterapije, Zbornica psihoterapevtov, Evropska diploma iz psihoterapije

**Povzetek:** Delovna skupina Ministrstva za zdravje (MZ) za pripravo osnutka Zakona o psihoterapevski dejavnosti, v kateri sta avtorja skupaj z Jožetom Ramovšem predstavnik Slovene krovne zveze za psihoterapijo (SKZP), je po dveh letih skupaj s predstavnik Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) prišla do soglasja glede ključnih strokovnih vprašanj. To ima velik pomen tudi za nadaljnje sodelovanje med SKZP in ZPS, ki je bilo 3. oktobra 2008 na Bregantovih dnevih v Rogaški Slatini tudi uradno potrjeno s simboličnim stiskom rok obeh predsednikov.—Dosedanja prizadevanja za zakon so za avtorja pomenila veliko novega učenja, predvsem o politični ravni, na kateri sta v zadnjih letih promovirala psihoterapijo tudi izven psihoterapevskih strokovnih krogov v širši javnosti. Razmere za sprejem zakona o psihoterapevski dejavnosti so v Sloveniji po 40 letih razvoja zrele. Ker so strokovne vsebine osnutka zakona, v zvezi s katerimi smo predstavniki SKZP in ZPS našli soglasje, pomembno izhodišče za reguliranje psihoterapevske dejavnosti v Sloveniji ne glede na to, ali bo zakon dejansko prišel v veljavo ali ne, jih avtorja pregledno na kratko predstavita. Bistven uspeh delegatov SKZP v delovni skupini je, da so načela Strasburske deklaracije o psihoterapiji iz leta 1990, na kateri temelji in deluje Evropska zveza za psihoterapijo (EAP), postala tudi temelj osnutka zakona. Nato avtorja prikažeta nekaj korakov, ki so pripeljali do oblikovanja delovne skupine MZ in s pomočjo avstrijskega zgleada zaključita z odgovorom na temeljno vprašanje, zakaj je zakon odločilnega pomena za razvoj psihoterapije.

## Steps Leading to the Psychotherapy Law in Slovenia

**Key words:** psychotherapy law, psychotherapy as an autonomous profession, Strassbourg declaration of Psychotherapy, European Association for Psychotherapy, Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy, Slovenian Association of Psychotherapists, Ministry of Health, specialization in psychotherapy, Chamber of psychotherapists, European Certificate of Psychotherapy

**Abstract:** Preparation of the proposed Psychotherapy Bill was conducted by a working group at the Ministry of Health (MH). The authors together with Jože Ramovš represented the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP). Long and intense discussions at the working group with representatives of the Slovenian Association of Psychotherapists (SAP) have reached agreement on the most important professional topics. This accord, which was publicly acknowledged with a symbolic handshake between the two respective presidents on 3rd of October 2008 at Bregant's Days in Rogaška Slatina, is vital for future collaboration between SUAP and SAP.—During these negotiations the authors became familiar with the workings of the legal system particularly at the political level. They have promoted the interests of psychotherapy both at this political level and also to the public at large. After 40 years of development it is now the right time for psychotherapy in Slovenia to pass this proposed Bill into Law. The agreed professional topics set out in the Bill are crucial for the future development of psychotherapy in Slovenia whether or not the Bill becomes Law. Therefore they are presented in the following article. Most importantly, the representatives of SUAP succeeded in having the 1990 Strassbourg declaration of Psychotherapy, which forms the underlying basis of the European Association for Psychotherapy, adopted as the foundation of the proposed Psychotherapy Bill. Also presented is information about the steps leading to the formation of the working group and in conclusion, following the Austrian paradigm, further consideration is given to the crucial question of why this new law is so important.

\*MIRAN MOŽINA: MAG. SCI. PSIHOTERAPEVT; ☒ ULICA METODA MIKUŽA 16, 1000 LJUBLJANA; MIRAN.MOZINA@GUEST-ARNES.SI

\*\*JANKO BOHAK: MAG. SCI. PSIHOTERAPEVT; ☒ KOSARJEVA 6, 2000 MARIBOR; BOHAK.JANKO@SIOL.NET

## Uvod

V zadnjih štirih letih je utiranje poti slovenskemu zakonu o psihoterapiji postopno postala ena najinih glavnih nalog, glede na možen vpliv na razvoj slovenske psihoterapije pa gotovo najbolj pomembna. Vse bolj nama je namreč postajalo jasno, da je zakon (ne samo pri nas ampak tudi v drugih državah) ključen pri uveljavljanju psihoterapije kot samostojnega poklica na visoki strokovni in znanstveni ravni. Kot osrednja akterja v Slovenski krovni zvezi za psihoterapijo (SKZP), ki v Sloveniji predstavlja Evropsko zvezo za psihoterapijo (EAP), sva se postopno vse bolj zavezala tej zahtevni nalogi. EAP namreč zahteva od nacionalnih krovnih organizacij, kjer še ni zakona, da je to prioritarna naloga.

Ko se danes ozirava nazaj, kaj vse sva doživela in se naučila ob prizadevanju za zakon, sva zadovoljna. Ob tem sva se bolj spremenila, kot sva mislila. Spremenila sva se kot psihoterapevta in kot človeka. Oba sva namreč imela skoraj idilično predstavo (ki se še vedno sem in tja vrača), kako bi si želela, da izgleda najino psihoterapevtsko življenje: v miru delati s klienti, sem in tja predavati ali voditi seminar, hoditi na kongrese in druga izobraževanja, imeti čas za branje, študij in pisanje. Že ukvarjanje z organizacijo študija propedeutike in študijskih dni na Rogli se nama je zdel »presežek«, s katerim častno »služiva narodu«. Da pa se bova ukvarjala s politikom, ojoj, če se le da, ne!

Toda kako se izogniti političnemu delovanju, če kot psihoterapevt živiš in delaš v državi, v kateri psihoterapije sploh ni na zemljevidu poklicev, sam pa se poklicno najbolj identificiraš z njo? Večina tistih, ki nam je v Sloveniji glavna poklicna identiteta psihoterapevt, živimo po principu dvoživk (ali troživk). To pomeni, da imaš delovno mesto, ki ni delovno mesto psihoterapevta in potem poskušaš v to delovno mesto vnašati čim več psihoterapevtskega in / ali pa se po službi v svojem prostem času ukvarjaš s psihoterapijo. Tudi midva sva bila dokaj uspešna v scenariju »dvo(tro)živke« - Janko kot klinični psiholog, ki si je na delovnem mestu na Dispanzerju za psihohigieno v Zdravstvenem domu Maribor spretno izboril veliko prostora in časa za psihoterapevtsko delo (npr. glavnino točk je še vedno nabral s psihološkimi testiranjmi, vendar je bil pri tem tako učinkovit in hiter, ne da bi trpela kvaliteta, da je lahko v glavnem delal psihoterapijo) in hkrati v svojem prostem času doma opravljal analize; - Miran kot asistent na Fakulteti za socialno delo, ki je stalno iskal, kako »prodati« psihoterapijo v okviru socialnega dela, in hkrati v okviru privatne firme v času po službi delal s klienti, v okviru društva pa organiziral in vodil edukacijo iz psihoterapije itn.

Oba sva v zadnjih letih nehala z življenjem dvoživk. Janko s pomočjo upokojitve, po kateri se ukvarja samo s psihoterapijo tako intenzivno, kot še nikoli v življenju, Miran s tem, da je zapustil službo na fakulteti za socialno delo in vodi projekt fakultetnega študija za psihoterapijo. Oba doživljava poklicno najlepše obdobje svojega življenja, ko lahko delava samo za psihoterapijo. Kajti to je najin poklic, k temu sva bila poklicana! In zdaj nama je jasno, da je del tega poklica tudi to, da ga v družbenem prostoru s političnim delovanjem uveljavljava kot samostojen poklic. To pomeni stalno promocijo, javno nastopanje in lobiranje. Odkrivava zanimiv in konstruktiven obraz politike, ki je prav tako delo z ljudmi: srečevanje, poslušanje, dialog, usklajevanje, razmejevanje. Na politiko večkrat gledamo kot na igro moči, vendar je možna tudi druga perspektiva: videti jo kot tkanje mrež zaupanja med ljudmi, kot povečevanje socialnega kapitala za nek skupni interes, ki presega posamezne, parcialne interese.

Za tak pristop k politiki sva imela in še imava odličnega mentorja—Alfreda Pritza. Meniva, da takega organizacijskega in političnega genija psihoterapija še ni imela. Njegov doprinos k razvoju ne samo evropske ampak globalne psihoterapije na vseh celinah sveta je neprecenljiv. Je oče avstrijskega zakona o psihoterapiji, oče EAP, oče Svetovnega združenja za psihoterapijo in oče Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju. Predvsem pa je človek, ki navdihuje in ki nama stoji ob strani v ključnih trenutkih in pomaga pri ključnih odločitvah. Zelo sva mu hvaležna.

Leta 2005 so posneli dokumentarni film o Carli del Ponte in haaškem sodišču. Ko sva ga nedavno gledala, je na naju napravil velik vtis. Prikazan je izjemno intenziven delovni vsakdan del Pontejeve in njene ekipe, ki ima mandat do leta 2010, ko bodo haaško sodišče razpustili. V času snemanja še vedno ni ujela glavnih rib: Karadžića, Mladića in Gotovine. Pokaže se, kako je to zelo odvisno od politike, ki ni vedno na strani pravičnosti. Del Pontejeva npr. v oddaji sama pove, da je prepričana, da obstaja skrivni dogovor med CIO in Karadžićem, ki ga varuje pred izročitvijo sodišču. Gotovino potem ujamejo prav v tistih mesecih, ko so smekali oddajo, ker si je Hrvaška prizadevala za vstop v Evropsko unijo in je del Pontejevi uspelo, da je pod pritiskom haaškega sodišča EU vztrajala na izročitvi Gotovine kot enemu od pogojev za hrvaški vstop v EU. Novinar, ki je posnel dokumentarec, nato del Pontejevo v določenem trenutku vpraša, ali se ji zdi vredno, da vlaga tolikšne napore, če je izid njene misije v tolikšni meri odvisen od politike. Kaj če bo morala leta 2010 zapreti sodišče, ne da bi ji uspelo soditi Karadžiću in Mladiću? Njen odgovor je bil nekako takole: ne glede na izid sem prepričana, da opravljam pomembno poslanstvo, poslanstvo pravičnosti. Za to je vredno tako trdo garati ne glede na izid.

Ko sva to slišala, se nama je posvetilo, da nama je del Pontejeva lahko dober zgled. Večkrat sva namreč v zadnjih letih tudi omahovala, ali je vredno vlagati tolikšne napore v zakon, ko je izid tako vprašljiv. Še posebno nesmiselno se nama je včasih zazdelo, ko sva bila po sestankih, na katerih ni prišlo do dialoga in smo se vrteli v krogu monologov, bolj utrujena, kot če bi cel dan delala terapije. Ali ne bi bilo bolj smiselno energije vlagati v terapevtsko delo z motiviranimi klienti, ki jih morava drugače zaradi dela na zakonu odslavljati oz. preusmerjati k drugim terapevtom? Pri terapevtskem delu bi vsekakor imela večji nadzor nad dogajanjem in izidom. Toda preblisk ob zgledu del Pontejeve je bil jasen—ni važno, ali bo zakon sprejet ali ne, važno je, da delujeva po najboljših močeh ZA tisto, v kar verjameva—v idejo psihoterapije kot samostojnega poklica. To bo pustilo sled, tudi če zakona še dolgo ne bo.

V članku bova prikazala nekaj korakov na poti k zakonu, ki sva jih opravila sama in v sodelovanju s kolegi in kolegicami v SKZP in ZPS ter drugimi zainteresiranimi. Začela bova na koncu, s pozitivnim, za slovensko psihoterapijo zgodovinskim dogodkom, s soglasjem med predstavniki SKZP in ZPS glede glavnih strokovnih vsebin osnutka zakona in jih na kratko predstavila. Ne glede na to, ali bo naš osnutek zakona prišel do faze javne razprave in do sprejetja, bodo strokovne vsebine, kjer smo našli soglasje, pomembno oblikovale slovenski psihoterapevtski prostor. Npr. Angleži prav tako še nimajo zakona o psihoterapiji, je pa regulativa, ki jo zastopa njihova največja krovna psihoterapevtska organizacija UKCP (United Kingdom Council for Psychotherapy), skoraj tako pomembna kot zakon, saj usmerja razvoj angleške psihoterapije kot če bi ga imeli. Soglasje med predstavniki SKZP in ZPS ima velik pomen tudi zato, ker temelji na Strasburski deklaraciji o psihoterapiji, ki predstavlja magno charto evropske in vse bolj tudi svetovne psihoterapije. Soglasje med predstavniki dveh vodilnih psihoterapevtskih slovenskih organizacij ima torej širše ozadje, ki je v skladu s sodobnimi tokovi evropske in svetovne psihoterapije.

Nato bova prikazala nekaj ključnih dogodkov na poti do tega soglasja in zaključila z odgovorom na temeljno vprašanje, zakaj je zakon tako odločilnega pomena za razvoj psihoterapije. Pri tem si bova pomagala s pozitivnim avstrijskim zgledom in s statističnimi podatki.

### **Predstavniki Slovenske krovnne zveze za psihoterapijo in predstavniki Združenja psihoterapevtov Slovenije: z roko v roki za zakon o psihoterapevtski dejavnosti**

Novica, ki jo dokumentirata spodnji fotografiji, predstavlja pomemben mejnik in premik v slovenski psihoterapiji. 3. oktobra 2008 sva bila namreč na Bregantovih dneh, tradicionalnem strokovnem srečanju Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) v Rogaški Slatini, posebna gosta. Na okrogli mizi, namenjeni predstavitvi osnutka zakona o psihoterapevtski dejavnosti, sva nastopila skupaj s predstavniki ZPS - Petrom Praperjem, Gorazdom Mrevljetom, Mojco Močnik Bučar in Polono Matjan Štuhec. Z njimi sodelujeva v delovni skupini Ministrstva za zdravje

(MZ), ki že dve leti pripravlja osnutek Zakona o psihoterapevski dejavnosti. Poleg naju je v delovni skupini predstavnik SKZP tudi Jože Ramovš, s strani MZ pa primarij Janez Remškar, pravnica Irena Kosovel Podgornik, ki je predsednica delovne skupine, in sekretarka Biserka Davidovič.



SLIKA 1: SOGLASNIGLEDE OSNUTKA ZAKONA O PSIHOTERAPEVSKI DEJAVNOSTI: OD LEVE GORAZD MREVLJE MOJCA MOČNIK BUČAR, POLONA MATJANŠTUHEC, MIRAN MOŽINA, JANKO BOHAK IN PETER PRAPER (FOTO BORUT ŠKODLAR)

Po predstavitvi osnutka zakona, ki jo je imela Irena Kosovel Podgornik, je vsak član delovne skupine podal kratko izjavo, kako vidi delo skupine in njen skupni izdelek – dosedanji osnutek zakona. Sledila je krajša razprava. Vzdušje je bilo prijetno, saj smo prvič javno pokazali, da smo po dolгих letih (ob desetih obletnicah SKZP in ZPS in po trdem dvoletnem delu v delovni skupini MZ) pri usklajevanju stališč za osnutek zakona našli skupen jezik in presegli parcialne interese. To nam je uspelo v zavesti odgovornosti do razvoja psihoterapije v Sloveniji in do vseh tistih, ki psihoterapevtske storitve nujno potrebujejo. Odzivi okoli 100 poslušalcev v dvorani so bili pozitivni. Mnogim je bil dogodek v veliko olajšanje po desetletju razcepa. Začetek novega obdobja sodelovanja je potrdila tudi simbolična gesta - rokovanje dveh predsednikov: novo izvoljene predsednice ZPS, Milene Srpak, z Miranom Možino.



SLIKA 2: Z ROKO V ROKI – NOVA PREDSEDNICA ZDRUŽENJA PSIHOTERAPEVTOV SLOVENIJE MILENA SRPAK IN PREDSEDNIK SLOVENSKE KROVNE ZVEZE ZA PSIHOTERAPIJO MIRAN MOŽINA (FOTO BORUT ŠKODLAR)

Ker se delovni skupini s koncem leta 2008 izteče mandat MZ, imamo še do konca decembra čas, da dorečemo odprte formulacije besedila osnutka, ne da bi se vračali k že usklajenim členom, razen tistih pripomb, ki jih bomo še dogovorili v okviru strokovnih svetov SKZP in ZPS in potrdili na delovni skupini MZ. Konec decembra moramo oddati osnutek zakona s komentarji in podzakonskimi besedili (etični



kodeks psihoterapevtov, statut zbornice, program uvodnega študija, program specializacije, pravilnik za priznavanje poklicnih kvalifikacij, kar je osnova za registracijo poklica); to pa pomeni, da nas čaka še veliko dela (glej opombo 1). Verjetno se bo zato delo na podzakonskih besedilih nadaljevalo še v letu 2009.



SLIKA 3: PRAVNICA IRENA KOSOVEL PODGORNIK, PREDSEDNICA DELOVNE SKUPINE ZA PRIPRAVO OSNUTKA ZAKONA O PSIHOTERAPEVSKI DEJAVNOSTI. JE V DVEH LETIH DELA NA OSNUTKU ODIGRALA POMEMBNO POSREDNIŠKO VLOGO PRI USKLAJEVANJU STALIŠČ PREDSTAVNIKOV SKZP IN ZPS (FOTO IRENA POŠTRAK).

V delovni skupini se zavedamo, da gre šele za osnutek zakona, ki mu bomo morali utirati pot do sprejetja z delom na različnih ravneh: strokovni, pravni in politični. Tako bo potrebno še precej medresorskega usklajevanja in lobiranja, da bo predlog zakona sploh prišel na program za mandatno obdobje nove vlade. In seveda osnutek bo postal predlog zakona šele po širši razpravi vseh zainteresiranih psihoterapevtov. Soglasje večjega dela le teh bo nujno, da bomo lahko potem utirali pot osnutku zakonu do predloga zakona, do javne razprave itn. Potrebno bo veliko pojasnjevanja in poslušanja, pa tudi odprtosti in prožnosti za morebitna dopolnila. Da bomo v tem procesu potrebovali veliko dobre volje in potrpežljivosti, ni treba posebej poudarjati. Le tako bomo dosegli, da zakon ne bo nikogar izključeval in ne bo zapiral dosedanjega razvoja, marveč bo omogočil slovenski psihoterapiji novo razvojno kvaliteto in realno upanje, da bomo v nekaj desetletjih (ob nadaljnjem vztrajnem delu) dosegli položaj psihoterapije v razvitih evropskih deželah.

bovali veliko dobre volje in potrpežljivosti, ni treba posebej poudarjati. Le tako bomo dosegli, da zakon ne bo nikogar izključeval in ne bo zapiral dosedanjega razvoja, marveč bo omogočil slovenski psihoterapiji novo razvojno kvaliteto in realno upanje, da bomo v nekaj desetletjih (ob nadaljnjem vztrajnem delu) dosegli položaj psihoterapije v razvitih evropskih deželah.

### **Slovenske razmere so zrele za sprejetje zakona o psihoterapevski dejavnosti**

V primerjavi z na področju psihoterapije razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, Nizozemska itn.) Slovenija močno zaostaja. To je razvidno iz kateregakoli vidika primerjave, saj v Sloveniji:

- primanjkuje psihoterapevtov;
- poklic psihoterapevta ni registriran;
- psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki, je bila registrirana šele pred 5 leti;
- obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe;
- velike so razlike v kvaliteti in ceni ponujenih psihoterapevtskih storitev;
- dostopnost do psihoterapevtskih storitev je slaba;
- za paciente ni preglednega sistema informiranja o vrsti in kvaliteti psihoterapevtskih storitev;
- regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov, tako da obstajajo bele lise;
- psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v okviru javnega zdravstva samo psihiatri in klinični psihologi v velikem premajhnem obsegu glede na potrebe;
- zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (kjer ni državne koncesije);

- večina psihoterapevtov, ki so končali izobraževanje po evropskih standardih in kriterijih za poklicnega psihoterapevta, ne dela na področju psihoterapije oz. delajo samo v majhnem obsegu v prostem času;

- v izobraževanju in usposabljanju iz psihoterapije primanjkuje domačih učiteljev;

- od tistih, ki končajo izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije v obstoječih programih po družtvih in inštitutih, jih premalo doseže raven poklicnega psihoterapevta, ampak prevladujejo ti. generični psihoterapevti;

- nekateri programi izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije ne upoštevajo evropskih standardov in kriterijev za poklicnega psihoterapevta;

- nimamo registra psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, učnih terapevtov, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen;

- nimamo nacionalne mreže ustanov, kjer bi potekala psihoterapevtska praksa in kjer bi edukanti psihoterapije lahko opravljali supervizirano prakso;

- pravice pacientov niso zaščitene, saj npr. niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni;

- veliko psihoterapevtskih storitev poteka v okviru sive ekonomije;

- publicistična dejavnost je skromna, premalo je prevodov temeljnih del s področja psihoterapije, premalo je kvalitetnih učbenikov. Nimamo psihoterapevtske edicije. Prva slovenska strokovna in znanstvena revija iz področja psihoterapije je začela izhajati šele leta 2007;

- premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko;

- premalo je v Sloveniji kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije;

- raziskovanja na področju psihoterapije praktično ni;

- ni v Sloveniji akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije takoj po maturi, za prvi poklic;

- psihoterapija je premalo integrirana v akademski svet, saj primanjkuje univezitetnih programov iz psihoterapije;

- kvalitetni strokovnjaki iz področja psihoterapije nimajo pogojev za akademske kariere;

- družbeni položaj psihoterapije je marginalen;

- ni fundacij, ki bi zbirale sredstva za razvoj psihoterapije (npr. za štipendije);

- javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo;

- v javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno nekaj, kar je obremenjeno s stigmo.

Zato trenutni položaj slovenske psihoterapije kar kliče po zakonski ureditvi! Hkrati pa je seveda dragoceno, kar se je v Sloveniji na področju psihoterapije v zadnjih 40 letih razvilo (Bohak, Možina, 2002) in dozorelo za bistveni kvalitativni premik, ki pa brez zakona o psihoterapevtski dejavnosti še dolgo ne bo mogoč.

### **Glavne strokovne vsebine osnutka zakona, ki predstavljajo sodeljevanje med predstavniki SKZP in ZPS**

Kot sva že omenila zgoraj, predstavljajo strokovne vsebine osnutka zakona, v zvezi s katerimi smo predstavniki SKZP in ZPS našli soglasje, pomembno izhodišče za reguliranje psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji ne glede na to, ali bomo s tem osnutkom zakona uspeli ali ne. Če bo zakon sprejet, bo glavno regulacijsko vlogo z javnim pooblastilom ministra za zdravje prevzela Zbornica psihoterapevtov. Če zakon ne bo sprejet, pa bosta SKZP in ZPS, seveda brez javnega pooblastila, še naprej delovali kot ključni strokovni organizaciji z nacionalno regulacijsko funkcijo. Poglejmo si zdaj na kratko glavne vsebine osnutka zakona o psihoterapevtski dejavnosti (MZ, 2008):

- bistven uspeh dvoletnega usklajevanja, ki smo ga delegati SKZP dosegli v delovni skupini,

je, da so načela Strasburske deklaracije o psihoterapiji iz leta 1990, na kateri temelji in deluje EAP, postala tudi temelj osnutka zakona (EAP, 1990):

1. Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, njeno opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih pristopov in postopkov.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, osebno izkušnjo in psihoterapevtsko prakso pod supervizijo. Za integracijo različnih pristopov je potrebno pridobiti zadostna znanja tudi o drugih psihoterapevtskih pristopih in postopkih (ne le v izbranem pristopu).
5. Dostop do izobrazbe je mogoč preko različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in socialnih znanosti;

- ključno sporočilo osnutka zakona je, da je psihoterapija samostojen poklic, s tem da ima psihoterapevt status zdravstvenega delavca in da je psihoterapija zdravstvena dejavnost. Ker gre pretežno za zdravljenje (terapija), urejuje to področje, ga nadzoruje in zagotavlja uveljavljanje in spoštovanje pravil organ republike, ki je odgovoren za zdravje. Pogoji za samostojno opravljanje storitev psihoterapevta bodo zato določeni podobno, kot to za področje zdravstva določa Zakon o zdravstveni dejavnosti. V dosedanjih pogovorih sva se že srečala s strahovi nekaterih kolegov, da bo psihoterapija podrejena temu zakonu, vendar so po najinem mnenju odveč: po eni strani je seveda pomembno, da Zakon o psihoterapevtski dejavnosti ni v nasprotju z Zakonom o zdravstveni dejavnosti (na to smo bili pri oblikovanju osnutka stalno pozorni), vendar pa je po drugi strani Zakon o psihoterapevtski dejavnosti tisti, ki ključno in veliko bolj podrobno regulira področje psihoterapije kot Zakon o zdravstveni dejavnosti. Povsod tam, kjer Zakon o zdravstveni dejavnosti za področje psihoterapije ni dovolj dorečen in specifičen, zato veljajo določila Zakona o psihoterapevtski dejavnosti;

- osnutek zakona naziv »specialist psihoterapije« jasno omeji samo na tiste strokovnjake, ki imajo celotno psihoterapevtsko izobrazbo po standardih, ki jih določa zakon (glej tabelo 2). Za SKZP in EAP je pomembno, da so ti standardi skladni s standardi Evropske diplome iz psihoterapije (EDP). Hkrati osnutek zakona implicitno razmeji med ti. generičnimi psihoterapevti in poklicnimi psihoterapevti. *Generični* psihoterapevti so strokovnjaki z različnimi poklici, ki so opravili *del* izobraževanja in usposabljanja za psihoterapevta in v različnih obsegih integrirajo psihoterapevtska znanja in veščine, tako da povečajo kvaliteto svojega dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje storitev v okviru šolskih svetovalnih služb, psihiater za izvajanje psihiatričnega intervjuja itn.). Psihoterapevtsko dejavnost pa po osnutku zakona lahko opravlja samo *poklicni* psihoterapevt, ki je opravil *celotno* izobraževanje in usposabljanje za psihoterapevta po kriterijih in standardih EDP. Osnutek zakona torej ureja samo področje poklicne psihoterapije in ga implicitno jasno razmeji od ti. generične psihoterapije.

Dobro je imeti pred očmi, da v Sloveniji prevladujejo generični psihoterapevti, poklicnih psihoterapevtov je okoli 200, pa še od teh le redki opravljajo samo psihoterapevtsko dejavnost oz. se preživljajo samo z njo. Večina poklicnih psihoterapevtov izvaja psihoterapijo kot dodatek drugemu delu. Sprejetje zakona bi z registracijo poklica psihoterapevt gotovo omogočilo temeljni premik k uveljavljanju poklicne psihoterapije. Lahko pričakujemo, da bi se številni od obstoječih poklicnih psihoterapevtov bolj posvetili psihoterapiji, saj bi imeli vse pogoje za pridobitev licence. Prav tako pa bi se številni generični psihoterapevti odločili za dopolnitev svoje izobrazbe do poklicne ravni. To bi jim omogočilo pridobitev licence in možnost samostojnega opravljanja psihoterapije. Seveda pa je ključnega pomena, da bi zakon z uveljavitvijo poklica psihoterapevt bistveno povečal interes za izobraževanje pri mladih, ki bi lahko izbrali psihoterapijo tudi kot prvi, osnovni poklic;

- psihoterapevtska dejavnost se lahko opravlja kot storitev na tržišču ali kot koncesionirana

zdravstvena dejavnost v okviru mreže izvajalcev javne zdravstvene službe. S tem ko smo pripravili osnutek zakona pod okriljem MZ, to nikakor ne pomeni, da psihoterapevtsko dejavnost želimo zožiti na javni zdravstveni sistem. Velikokrat marsikdo še vedno zamenjuje ministrstvo za ZDRAVJE z ministrstvom za ZDRAVSTVO. Vključitev psihoterapije pod okrilje Ministrstva za zdravje je smiselna, saj je zdravje že dolgo časa definirano iz vidika bioloških, psiholoških in socialnih dimenzij, kar ustreza psihoterapevtskemu modelu pomoči. Psihoterapija bo kot nov poklic in nova zdravstvena dejavnost utrjevala ta širši koncept zdravstvene dejavnosti, ki skrbi za zdravje, torej za integracijo biološkega, psihološkega in socialnega. Psihoterapija lahko pomembno obogati paletu zdravstvenih poklicev.

Večina psihoterapije se bo tudi po tem zakonu kot zdravstvena dejavnost lahko dogajala zunaj mreže javnega zdravstva kot storitev na tržišču. Na to smo bili pri oblikovanju osnutka posebej pozorni, saj se zavedamo, da bo po sprejetju zakona potrebnih še veliko pogajanj z zavarovalnicami za koncesioniranje psihoterapevtske dejavnosti. Npr. v Avstriji so po sprejetju zakona leta 1990 potrebovali še celih deset let, da so zavarovalnice pokrile celotno področje Avstrije in omogočile pacientom delno ali v celoti plačane psihoterapevtske storitve;

- definicija psihoterapije v osnutku je: »psihoterapija je znanstveno utemeljena, načrtovana, individualna ali skupinska obravnava in zdravljenje človekovih razvojnih, duševnih ter vedenjskih motenj, spreminjanje njegovih motečih drž ter podpora osebnostnemu razvoju človeka kot biopsihosocialnega bitja s pomočjo psihoterapevtskih principov in metod«;

- izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije poteka na visoki strokovni in znanstveni ravni v dveh stopnjah: enoletna uvodna stopnja in štiriletna specializacija iz psihoterapije (glej tabelo 1);

TABELA 1: TEMELJNA SCHEMA IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA IZ PSIHOTERAPIJE



- enoletno uvodno izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije naj bi kandidatom (še posebno tistim, ki s področjem psihosocialne in zdravstvene pomoči še niso imeli nobenega stika) omogočilo osnovno orientacijo na področju psihoterapije, tako da bi lažje sprejeli odločitev, ali so izbrali zase ustrezen poklic, ki zahteva po uvodni stopnji še najmanj štiri leta zahtevnega izobraževanja in usposabljanja (glej tabelo 2). Uvodna stopnja mora zaobsegati vsebine iz uvoda v psihoterapijo, uvoda v psihologijo v okviru psihoterapije, uvoda v nevroznanost v okviru psihoterapije in opravljen poseben izpit iz prve pomoči, s področja zdravstvene in socialno varstvene zakonodaje ter etike v zdravstvu, socialnem varstvu in psihoterapiji.

Seveda velja na tej stopnji (kot tudi na nadaljnjih stopnjah izobraževanja in usposabljanja)

načelo upoštevanja vseh že pridobljenih znanj, usposobljenost in kompetenc kandidata. To konkretno pomeni, da bodo kandidati, ki imajo izobrazbo in sorodnih področij (npr. psihologija, medicina, socialno delo, socialna pedagogika) lahko uveljavili vse, kar se prekriva z vsebinami uvodne stopnje.

Ideja študija propedeutike, ki ga od leta 1999 organizira SKZP, in ideja uvodnega in enoletnega podiplomskega študija iz psihoterapije v okviru ZPS je torej v osnutku zakona ohranjena. Tako SKZP kot ZPS že veliko let v slovenski prostor širita jasno sporočilo, da je za študij psihoterapije potreben skupni uvodni oz. osnovni del (propedeutika) in specialni del, ko se edukant odloči za enega od psihoterapevtskih pristopov. Vsebine študija propedeutike SKZP so tako v osnutku zakona razporejene v uvodno stopnjo in osnovno stopnjo specializacije.

Uvodna stopnja se zaključí s strokovnim izpitom in naj bi med drugim pripravila edukante na prakso v ustanovah za psihosocialno pomoč in zdravstvenih ustanovah. Zelo pomembna je v času specializacije praksa v psihiatričnih ustanovah, ki so bile do zdaj za edukante psihoterapije relativno zaprte, zakon pa naj bi jih pomagal odpreti;

TABELA 2: IZOBRAŽEVANJE IN USPOSABLJANJE IZ PSIHOTERAPIJE – ŠTEVILO 'KONTAKTNIH' UR

KONTAKTNAURA=EDUKANTJEVSTIKUZUČITELJEM'PREDAVANJA'VAJE-SEMINARJI-SUPERVIZIJA-OSEBNAIZKUŠNJA'ALISPACIENTI'UPORABNIKIVOKVIRU PRAKSE

ŠTIRJE GLAVNI STEBRI IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA						
STOPNJE IZOBRAŽEVANJA IN USPOSABLJANJA	OSEBNA IZKUŠNJA	SUPERVIZIRANA (SV) PSIHOTERAPEVTSKA PRAKSA	TEORIJA PREDAVANJA-VAJE-SEMINARJI	PRAKSAPOUSTANOVAH ZA PSIHOSOCIALNO POMOČINZDRAVSTVENIH USTANOVAH'PSIHIATRIJA' S SUPERVIZIJO (SV)	SKUPAJ UR	OKVIRNO TRAJANJE
<b>UVODNO</b>	50		380		430	<sup>1</sup> LETO
STROKOVNI IZPIT						
<b>SPECIALIZACIJA IZ PSIHOTERAPIJE</b>						
<b>OSNOVNO</b>	50		440	480 IN <sup>20</sup> SV	990	<sup>1</sup> LETO
<b>POSEBNO</b>	150	<sup>500</sup> PRAKSE 150 SV	800	480 IN <sup>20</sup> SV	2100	NAJMANJ <sup>3</sup> LETA
SPECIALISTIČNI IZPIT						

- specializacija iz psihoterapije ima dve stopnji: enoletno osnovno in triletno posebno stopnjo (glej tabelo 2). *Osnovna stopnja* predstavlja skupni temelj, na podlagi katerega se edukant odloči za enega od psihoterapevtskih pristopov. Status »edukanta pod supervizijo« bo specializant pridobil v okviru posebnega dela specializacije in si s tem pridobil pravico do dela s pacienti pod mentorstvom in supervizijo.

*Posebna stopnja* bo potekala v okviru različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. psihoanaliza, TA, geštalt, sistemska, integrativna itn.). Nosilci izobraževanj te stopnje bodo društva, inštituti in akademske ustanove. Programe, ki jih trenutno ponujajo razna društva in inštituti, bo potrebno akreditirati pri Zbornici psihoterapevtov preko posebne komisije, v kateri bodo predstavniki različnih pristopov. Zato je odveč strah, da bi lahko prišlo do zoženja obstoječih programov po družtvih in inštitutih ali akademskih ustanovah.

Programe določenih psihoterapevtskih pristopov seveda lahko ponudijo (kot je to že praksa sedaj; npr. študij relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani) tudi akademske

ustanove, v kolikor jih akreditira Svet za visoko šolstvo v skladu z Zakonom o visokem šolstvu. Ni nujno, da bodo akreditacijski kriteriji Sveta za visoko šolstvo in Zbornice enaki. To tudi ni bistveno, lahko bodo različni, saj bo imela Zbornica nadzor nad podeljevanjem licenc. Na podlagi individualnih prošelj bo posebna komisija Zbornice v primerih, ko bodo kandidati imeli akademske diplome iz področja psihoterapije, lahko ocenila, ali zadoščajo kriterijem za podeljevanje licenc.

Zbornica bo lahko sodelovala pri oblikovanju univerzitetnih izobraževalnih programov, ki bodo povezani s psihoterapijo, v kolikor bo k temu povabljena. Prav tako bo lahko na prostovoljno željo in prostovoljno vlogo nosilcev univerzitetnega programa iz psihoterapije tudi odločala o tem, ali tudi sama akreditira nek univerzitetni program. Načelno je možna dvojna akreditacija: s strani Sveta za visoko šolstvo in s strani Zbornice. Vendar je prva po zakonu o visokem šolstvu obvezna, druga pa je opcijska.

Specializacija se bo zaključila s specialističnim izpitom, ki bo imel dva dela – specialni del in skupni del. Specialni del bo potekal v organizaciji psihoterapevskega pristopa (npr. lahko je mednarodni izpit) v obliki in načinu, ki je ustaljen v pristopu. Za skupni del izpita bo komisija sestavljena iz glavnega mentorja in dveh neposrednih mentorjev iz pristopa, iz katerega se je izobraževal specializant. Zajemal bo vsebine iz etike psihoterapije, raziskovanja v psihoterapiji, skupnih dejavnikov v psihoterapiji in vsebin, ki bodo pokazale, da je kandidat sposoben integritati znanja in izkušnje o lastnem psihoterapevskem pristopu z drugimi pristopi.

Če pogledamo na specializacijo iz psihoterapije v celoti, lahko torej posebej poudarimo, da je širše in bolj ugodno definirana kot npr. specializacija za klinične psihologe, ki sicer tudi poteka kot specializacija za zdravstveno dejavnost. To je pomembno, ker so se že pojavljali strahovi pri tistih, ki poznajo obstoječo specializacijo iz klinične psihologije. Strahovi bi bili upravičeni, v kolikor bi bila specializacija iz psihoterapije organizirana na isti način, vendar ni tako, kar je razvidno tudi iz nadaljnjih alinej;

- vstop v specializacijo je možen z opravljeno (ali priznано) uvodno stopnjo izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije in z drugo stopnjo fakultetne izobrazbe po bolonjskem sistemu oz. z visoko strokovno ali univerzitetno izobrazbo po predbolonjskem sistemu in je individualiziran, tako da se upoštevajo vsa že pridobljena znanja, usposobljenosti in kompetence kandidata na podlagi njegove prošnje za sprejem v specializacijo. To ni pomembno le za tiste, ki so že opravili kakšen del sedanje propedeutike (ali seveda celotno propedeutiko) in / ali kakšen del specialnega izobraževanja iz določenega psihoterapevskega pristopa po raznih društvih in inštitutih, ampak je še posebej pomembno za diplomante dodiplomskega in podiplomskega študija psihoterapije (Možina, 2007) ter za diplomante psihoterapevskih programov druge stopnje po bolonjskem sistemu (npr. tisti, ki so zaključili študij relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani), ki so v okviru svojih akademskih študijev delno ali v celoti absolvirali z osnutkom zakona predpisane obsege teorije, supervizirane psihoterapevske prakse, osebne izkušnje in prakse v ustanovah za psihosocialno pomoči in zdravstvenih ustanovah.

Magistrski programi iz psihoterapije na univerzah po svetu so zelo različni po svojem obsegu, tako da je individualiziran vstop v specializacijo pomemben tudi iz vidika varovanja poklicnih standardov za pridobitev licence. Če Zbornica ne bo opravljala te varovalne funkcije, izkušnje v svetu kažejo, da lahko začnejo univerze (še posebno tam, kjer ni zakona in ni sistema licenc) ponujati razne bližnjice do naziva psihoterapevt. Tudi v Sloveniji lahko v naslednjih letih pričakujemo, da se bo pojavljalo vse več psihoterapevskih programov na univerzah (predvsem na magistrski stopnji po bolonjskem sistemu), ki bodo po svojem obsegu delno izpolnjevali kriterije štirih glavnih stebrov psihoterapevske edukacije. To je vsekakor zaželeno, vendar le ob hkratnem nadzoru nad podeljevanjem licenc;

- sprejeti so štirje stebri izobraževanja in usposabljanja: teorija, supervizirana psihoterapevska praksa, osebna izkušnja in praksa po ustanovah za psihosocialno pomoč in zdravstvenih

ustanovah. Prvi trije stebri so definirani v obsegu kot to določa Evropska diploma iz psihoterapije (EDP), četrti stebel pa smo postavili po zgledu avstrijskega zakona (glej tabelo 2);

- preverjanje osebnostne primernosti edukantov psihoterapije najmanj z intervjujem je dolžnost nosilca izobraževanja ob vstopu v izobraževanje in ob vsakokratnem prehodu iz nižje v višjo stopnjo študija. Edukant, ki se z odločitvijo nosilca izobraževanja ne strinja, lahko zahteva ponovno preverjanje osebnostne primernosti pri Zbornici;

- osebna izkušnja je širši koncept kot je bil začetni predlog osebne analize, in je tako zagotovljena raznolika osebna izkušnja po različnih psihoterapevtskih pristopih. Najmanj 250 ur je celotni obseg osebne izkušnje, od tega pa naj bi najmanj 150 ur pri istem terapevtu zagotovilo izkušnjo večletnega procesa. Hkrati je zapisana varovalka "pri čemer se upoštevajo posebnosti posameznega psihoterapevtskega pristopa", ki omogoča raznolikost osebne izkušnje po različnih pristopih. Tu smo izhajali iz obstoječega stanja, saj npr. izobraževanje iz psihodrame zahteva precej več kot 250 ur in se v celoti odvija v skupini;

- sprejeto je načelo demokratične sestave Zbornice psihoterapevtov, v kateri bodo zastopani vsi priznani in znanstveno utemeljeni psihoterapevtski pristopi, ki so organizirani v Sloveniji, s čimer je onemogočeno, da bi en pristop izrival druge. Upravni odbor zbornice in vsi organi zbornice so sestavljeni po načelu strokovnosti, nepristranosti, neodvisnosti in proporcionalne zastopanosti vseh pristopov;

- Zbornica psihoterapevtov ne nadzoruje vstopa in prehodov v izobraževanju iz psihoterapije (tako v uvodnem delu kot v specializaciji), ampak je to odgovornost nosilcev izobraževanja, ki so lahko v kateremkoli delu (uvodnem, osnovnem in posebnem) akademske ustanove ali društva, inštituti idr.;

- institucije, kjer poteka psihoterapevtska praksa za izobraževanje, so ne samo zdravstvene institucije (kot je to pri specializaciji iz klinične psihologije), ampak tudi institucije, kjer se izvaja psihoterapija. Bistveno je, da določen program psihoterapevtske dejavnosti vodi psihoterapevt z licenco (npr. v okviru centrov za socialno delo, šol, vrtcev, gospodarskih organizacij, društev, inštitutov, zaporov, vzgojnih zavodov, akademskih ustanov, terapevtskih skupnosti, rehabilitacijskih centrov, itn.);

- Zbornica, v kateri je članstvo obvezno, podeljuje licence za samostojno opravljanje psihoterapije za dobo sedem let, vodi register psihoterapevtov in postopke obnavljanja oz. odvzemanja licenc. Zbornica vodi tudi ločene sezname supervizorjev, psihoterapevtov za osebno izkušnjo, mentorjev, učiteljev ter akreditiranih nosilcev izobraževanja in usposabljanja;

- Zbornica predpiše etični kodeks, komisija za etična vprašanja, komisija za pritožbe in častno razsodišče pri zbornici pa skrbijo za njegovo spoštovanje in izvajanje. Skupaj z MZ izvaja strokovni nadzor nad opravljanjem psihoterapevtskih storitev. Zakon bo omogočil svobodno konkurenco psihoterapevtskih storitev. Kadar bo posamezen zavod ali psihoterapevt opravljal psihoterapevtsko dejavnost po pogodbi za zdravstveno ali drugo zavarovalnico, se bo dolžan podrediti tudi nadzoru zavarovalnice, s katero bo imel sklenjeno pogodbo. Zbornica tudi organizira kolektivno zavarovanje odgovornosti psihoterapevtov, supervizorjev in psihoterapevtov za osebno izkušnjo;

- v prehodnem obdobju omogoča EDP in podeljen naziv »psihoterapevt« s strani ZPS direktno pridobitev licence. Poleg tega bo Zbornica preko posebne komisije, v kateri bodo predstavniki različnih pristopov, lahko razširila seznam diplom oz. listin, ki bodo v prehodnem obdobju omogočile direktno pridobitev licence. Pridobitev licence bo omogočal tudi poseben postopek za staroste za tiste, ki so se z dolgoletno uspešno prakso dokazali kot strokovnjaki na področju psihoterapije;

- morebitni primanjkljaj državnih sredstev za financiranje specializacije ne bo omejevalni dejavnik pri razpisovanju števila mest specializacij, tako da se bodo lahko vključevali kandidati kot samoplačniki (tako kot do zdaj);

- mentorski sistem v specializacijah zagotavlja bistveno vlogo učiteljev in supervizorjev različnih psihoterapevtskih pristopov (ti. neposredni mentorji) in s tem avtonomijo in raznolikost psihoterapevtskih pristopov. Glavni mentor je bolj koordinator, ki skrbi za organizacijo in izvedbo specializacije v skladu z individualnim programom in je tudi lahko iz kateregakoli pristopa.

### **Koraki do delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje**

Potem ko sva prikazala konstruktiven razplet pogajanj med predstavniki SKZP in ZPS v delovni skupini za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri MZ, želiva obuditi spomin tudi na korake, ki so pripeljali do oblikovanja te skupine.

Leta 1995 se je zbrala iniciativna skupina za ustanovitev SKZP, vendar je po daljšem posvetu ugotovila, da bi takšna ustanovitev bila preuranjena, saj bi utegnila privedi do razcepa med psihoterapevtskimi združenji. Maja 1997 je takrat še Psihoterapevtska sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu (ki je leta 1998 prerasla v samostojno ZPS) na Jankovo pobudo, ki je bil slovenski predstavnik v EAP, povabila generalnega tajnika EAP, dr. Alfreda Pritza, v Ljubljano, da bi v okviru rednega mesečnega izobraževanja seznanil slovenske psihoterapevte s cilji in nameni EAP ter jih motiviral za ustanovitev lastne krovne organizacije.

Nastop generalnega tajnika je bil dovolj prepričljiv, da so se predstavniki iniciativne skupine za ustanovitev SKZP in Psihoterapevtske sekcije dogovorili za delovne sestanke, na katerih naj bi pripravili statut bodoče SKZP. Prvi delovni sestanki so bili obetavni; globlje razlike v mišljenju so se pokazale v razpravah o organizacijski shemi. Psihoterapevtska sekcija, ki se je medtem preoblikovala v samostojno ZPS, je vztrajala, da postane tudi bodoča krovna organizacija društvo psihoterapevtov - posameznikov, medtem ko so predstavniki iniciativne skupine videli zagotovljeno enakopravnost pristopov le v zvezi društev. Ker slovenska zakonodaja ne omogoča zveze društev in posameznih članov v istem združenju, kompromis ni bil mogoč. Aprila 1998 je bila tako ustanovljena SKZP brez ključnih predstavnikov ZPS in ločene poti SKZP in ZPS so potem tekle deset let do skupnega nastopa in rokovanja predsednikov 3. oktobra 2008 na Bregantovih dneh v Rogaški Slatini.

Na vrata MZ sva začela v zvezi z zakonom trkati že leta 2003, ko je bil minister za zdravje dr. Keber. Po večmesečnih telefonskih klicih in raznih intervencah po vezah in poznanstvih, nama je končno uspelo priti do njegovih podrejenih, ki so nama povedali, da tak zakon ni na programu vlade. Hkrati so poudarili, da je psihoterapija v okviru zdravstva že dovolj dobro regulirana in da je ni potrebno regulirati kot samostojnega poklica. Iz njihovega odločnega nastopa sva kmalu videla, da iz te moke ne bo kruha in po slabi uri smo se prijazno poslovili. Najin zaključek: počakati bo treba na novo vlado in novo strukturo MZ. Alfred Pritz pa nama je dal že takrat nasvet, ki je temeljil na njegovih izkušnjah s sprejemanjem zakona o psihoterapiji v Avstriji: na ministrstvih boste uspeli le, če boste lobirali pri strankah, po možnosti tistih, ki so v vladajoči koaliciji. Takrat si z njim nisva znala pomagati, a je postal pomembno vodilo kasneje, ko smo začeli bolj lobirati pri poslancih in strankah.

Vsa leta od ustanovitve SKZP smo vodilni v njej sprejemali ločenost od ZPS kot nekaj, kar ni v prid slovenski psihoterapiji in smo dajali občasne pobude za sodelovanje. Tako smo 6. junija 2003 na tretje študijske dneve SKZP na panelno diskusijo povabili prof. Praperja in dr. Mrevljeta. Tema je bila Kompetentni psihoterapevt (Bohak, Možina, 2004) in naša želja v SKZP je bila, da bi morda našli skupni jezik pri prizadevanjih za zakon in za registracijo poklica. Prof. Praper je predstavil svoje dolgoletno delo v okviru Evropske zveze psiholoških društev (EFPA). Žal njun nastop ni vzbudil občutka, da smo v istem čolnu. V diskusiji so se vzbudila bolj negativna čustva, seveda iz različnih razlogov—npr. ker skupen nastop z naše strani ni bil dovolj pripravljen in ker je naša debata na panelu potekala na ozadju nasprotij med EFPO in EAP, ki trajajo še danes.



Alfred Pritz naju je večkrat opozoril, da je v Evropi psihološki lobi zaenkrat proti ideji psihoterapije kot samostojnega poklica in da ima v Evropi kot celoti celo večji vpliv od medicinskega lobija. Po drugi strani Evropsko združenje psihiatrov prav tako še vedno hoče, da je psihoterapija metoda, ki jo lahko uporabljajo predvsem psihiatri in morda še (klinični) psihologi, nikakor pa ne samostojen poklic. Ko sva tudi sama na sestankih delovnih teles EAP iz leta v leto poslušala, kaj se dogaja po evropskih državah, sva zato razumela dinamiko med SKZP in ZPS tudi na tem širšem ozadju in bi se nama zdelo celo čudno, če se evropski konflikti med psihoterapevti in psihologi ter psihiatri glede avtonomije psihoterapije ne bi zrcalili tudi pri nas. Hkrati sva lažje mirno vztrajala na svoji poti oz. poti EAP, ne da bi preveč osebno jemala napetost med SKZP in ZPS. Videla sva celo pozitivno plat te napetosti, namreč po znanem zakonu skupinske dinamike je »zunanjí sovražnik« krepil notranjo kohezivnost SKZP.

Pomembna spodbuda, da smo v SKZP konec 2004 začeli pisati osnutek zakona o psihoterapiji, je bila neuradna novica, da se je novi predsednik ZPS prof. dr. Miloš Kobal s kolegi (cami) resno lotil priprave osnutka zakona. Vedeli smo, da si moramo izboriti pogajalsko pozicijo sami, ker naše krovne zveze v uradnih izjavah in objavah ZPS sploh ni omenjalo, kot da nas na zemljevidu slovenske psihoterapije ni (npr. Kobal, 2005). V neuradnih izjavah pa je bilo veliko nestrpnosti in kritike. Vedeli smo tudi, da ima ZPS politično prednost, ker je v njihovih vrstah več vplivnih zdravnikov in psihologov kot v vrstah SKZP. Mnogi smo se tudi še živo spominjali socialističnih časov, ko sta dr. Lokar in dr. Kobal imela tako velik politični vpliv, da mimo njiju ni bilo poti.

S pomočjo lobiranja sva aprila 2005 skupaj s Tjašo Srhojij prišla do takratnega ministra za zdravje dr. Bručana. Bil je prenečen, da se zavzemamo za psihoterapijo kot samostojen poklic in da je izobraževanje zanj enakovredno fakultetnemu študiju. Njegova predstava je bila, da je psihoterapija nekaj, kar počnejo psihiatri, metoda, ki jo lahko uporabljajo podobno kot tablete in da se je tega možno naučiti relativno hitro, vsekakor veliko prej kot v nekaj letih zahtevnega študija. Zaključili smo s tem, da naj mu v dveh tednih pošljemo osnutek zakona, ki ga je pripravila delovna skupina pri SKZP (poleg naju sta bila v njej še Leon Lojk in Zoran Zeljić). Pri oblikovanju osnutka smo se zelo oprli na avstrijski zakon, ki je po naši oceni bil (in še vedno je) najboljši zakon o psihoterapiji v Evropi. V bistvu smo ga z manjšimi prilagoditvami skoraj prepisali (Možina, Bohak, Zeljić, Lojk, 2005). Praktično istočasno mu je svoj osnutek zakona poslalo tudi ZPS. Ministru smo predlagali, da pod okriljem MZ ustanovi delovno skupino za pripravo zakona o psihoterapevski dejavnosti iz predstavnikov obeh najpomembnejših in najbolj reprezentativnih slovenskih psihoterapevtskih organizacij in iz drugih pomembnih akterjev na področju psihoterapije.

Ker se nato stvari na ministrstvu jeseni 2005 niso premaknile in ker je prof. Kobal oz. ZPS septembra 2005 (po pričakovanjih) odbilo uradno povabilo SKZP, da se sestanemo in povežemo v naših prizadevanjih za zakon, smo v SKZP skupaj s Sekcijo psihoterapevtov pri Gospodarski zbornici Slovenije (GZS) začeli s pripravami na veliko javno srečanje o zakonu. Z njim smo želeli širšo javnost opozoriti na potrebo po zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji in pokazati, da želimo aktivno sodelovati pri pripravi zakona.



SLIKA 4: POSVET O ZAKONSKI UREDITVI PSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI NA GOSPODARSKI ZBORNICI SLOVENIJE 24. 3. 2006 — (Z LEVE V PRVI VRSTI) JOŽKO ČUK (TAKRATNI PREDSEDNIK GZS), LEA ŠUGMAN BOHINC, MIRAN MOŽINA, ALFRED PRITZ, HELIODOR CVETKO (FOTO IRENA POŠTRAK)

Slovenski psihoterapevti smo se do takrat srečevali le na relativno zaprtih strokovnih srečanjih na družbenem robu, na posvetu pa smo se prvič izpostavili pred večjim številom predstavnikov širšega družbeno političnega prostora kot poklicna skupina, ki želi avtonomijo in urejen družbeni status pri opravljanju svoje dejavnosti. Čeprav sva si nabrala veliko izkušenj z organizacijo strokovnih srečanj, je bilo za naju organiziranje posveta o zakonu zanimiv nov izziv z dobrimi posledicami. Ko sva v pripravah, v katerih se je kot koordinator izkazal Janko Bras, opravila veliko razgovorov z vabljenimi gosti, pomembnimi predstavniki javnega življenja, drugih poklicnih skupin in raznih institucij, ki so se presenetljivo spodbudno odzivali, se je krepil najin občutek identitete psihoterapevta. Stavek, ki smo ga organizatorji srečanja večkrat ponavljali – želimo, da se psihoterapija premakne iz marginalnega v avtonomen družbeni položaj – nama je pomagal, da je bil za naju posvet pomembna prelomnica, po kateri sva bila še bolj pripravljena vztrajati v prizadevanjih za zakon.

24. marca 2006 nam je na GZS dejansko uspelo izpeljati posvet, ki so se ga udeležili predstavniki ministrstev, političnih strank, pomembnih organizacij na področju socialnega in zdravstvenega varstva, psihoterapije in psihosocialne pomoči ter medijev. Med posvetom so se izostrili odgovori na vprašanje, zakaj potrebujemo zakon. Za:

- zaščito pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov;
- zmanjšanje sive ekonomije;
- spodbujanje razvoja psihoterapije kot avtonomne družbene dejavnosti (npr. povečane možnosti samozaposlovanja);
- kvantitativno povečanje psihoterapevtskih storitev;
- izboljšanje kvalitete ponujenih storitev in dostopnosti do psihoterapevtskih storitev uporabnikom;
- vključevanje v sodobne evropske tokove.

V gradivu, ki smo ga pripravili za posvet, smo tudi primerjali stališča SKZP in ZPS, ki so se po našem mnenju na nekaterih točkah ujemale in na nekaterih razlikovala (glej opombo 2). Ko danes gledava na ta dokument, vidiva, kje so bili naši glavni strahovi v zvezi s stališči, ki jih je imelo ZPS, oz. kakšni so bili naši strahovi v zvezi z našimi predstavami, kakšna so stališča ZPS. Nekateri strahovi so bili realni (npr. v zvezi z odklonilnim stališčem ZPS do dunajskega projekta fakultetnega študija psihoterapije, v zvezi s pretiranim poudarjanjem posebnega položaja zdrav-

nikov in psihologov v odnosu do psihoterapije, ozkim pogledom na osebno izkušnjo, za katero bi bila dovolj dobra le osebna analiza), nekateri preveliki (npr. v zvezi z idejo specializacije iz psihoterapije, ki smo jo razumeli preozko) ali celo napačni (npr. da bi psihoterapija kot zdravstvena dejavnost omejevala avtonomijo psihoterapevtske dejavnosti).

Danes jasno vidiva, kako smo bili v svojih predstavah o medresorski ureditvi psihoterapije po avstrijskem zgledu nerealni, ker je slovenski pravni sistem v zvezi s tem drugačen od avstrijskega. V Avstriji ima glavno besedo ti. »psihoterapevtski svet«, ki deluje pod okriljem zveznega kanclerja, to je predsednika vlade, ki svetu predseduje in ki lahko kot svojega zastopnika določi uslužbenca urada zveznega kanclerja. V svetu sedijo: zastopnik zveznega ministrstva za znanost in raziskovanje, pet zastopnikov strokovno pristojnih in strokovno sorodnih univerzitetnih inštitutov in univerzitetnih klinik, po en predstavnik vsake od priznanih psihoterapevtskih izobraževalnih ustanov, zastopnik avstrijske zdravniške zbornice, zastopnik zvezne zbornice za obrtne vede, zastopnik glavnega združenja avstrijskih zavarovalnic, zastopnik avstrijske delavske zbornice, zastopnik avstrijske zveze delavskih sindikatov, zastopnik predsedniškega odbora avstrijske gospodarske zbornice in zastopnik psihološkega sveta, nastavljenega v uradu zveznega kanclerja. Skupaj je to okoli 60 članov sveta! In večinoma so psihoterapevti, to je namreč pogoj razen pri redkih izjemah (npr. zastopnik zavarovalnic ni nujno, da je psihoterapevt ipd.). Zbornica psihoterapevtov zato v Avstriji nima nobene pomembne vloge oz. pristojnosti. Pravno v Sloveniji kaj takega ni mogoče. Pristojnosti, ki jih ima avstrijski psihoterapevtski svet, ima lahko po slovenski pravni ureditvi samo zbornica, ki ji pristojni minister da javna pooblastila. Vsak poklic pa mora pripadati ENEMU ministrstvu.

In kam bi lahko umestili psihoterapijo, če ne pod ministrstvo za zdravje? Pod ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ali za šolstvo? Morda kot gospodarsko dejavnost v okviru GZS? Med zdravilce? Skupnost zdravilcev je tako raznolika, da so izobraževalni standardi za nekatere od zdraviteljskih smeri daleč pod standardi izobraževanja in usposabljanja za psihoterapevta. Težko bi se znašli v tako heterogeni družini, dosti bolje je imeti avtonomen položaj, lastno zbornico.

Že v svojem imenu ima beseda psiho-TERAPIJA besedo »zdravljenje« in poleg tega so tudi sodobne raziskave empirično podprle dolgoletne izkušnje, da je psihoterapija učinkovita pri zdravljenju različnih duševnih motenj in celo somatskih bolezni. Nevroznanstvene študije o učinkih psihoterapije so v zadnjih 10 letih končno prepričale marsikaterega skeptičnega zdravnika, da psihoterapija ni samo »mešanje megle«. Kot zdravstveni poklic, ki ga ne opravljajo zdravniki (lahko ga seveda tudi, a ne samo), dobi psihoterapija mesto, ki ji omogoča razvoj na novi kvalitativni ravni. Tudi Avstrijci so se odločili za ta korak in pozitivnih učinkov je zelo veliko (glej zaključek članka).

Danes tudi vidiva, da je lahko psihoterapija kot zdravstvena dejavnost organizirana tudi zunaj mreže javnega zdravstva kot storitev na tržišču. Ko smo junija 2006 izpeljali 5. študijske dneve SKZP z naslovom *Tranzicija psihoterapije: od zdravstvene v avtonomno družbeno dejavnost*, pa nama še ni bilo jasno, da z njim ustvarjamo navidezno in nepotrebno protislovje med psihoterapijo kot zdravstveno dejavnostjo in psihoterapijo kot avtonomno družbeno dejavnostjo. Danes meniva, da se to dvoje ne izključuje, kar pomeni, da je psihoterapija lahko kot zdravstvena dejavnost avtonomna družbena dejavnost.

Po posvetu smo se še z večjo zagnanostjo lotili lobiranja. Tako je po posredovanju Zorana Zeljića poslanec Bojan Kontič pokazal interes za naše prizadevanje za zakon in je dr. Bručanu aprila 2006 postavil poslansko vprašanje. Leto dni po najinem obisku pri ministru je bilo za naju razveseljivo videti spremembo v njegovem razumevanju, saj je v svojem odgovoru poudaril, da je psihoterapija samostojen poklic in samostojna dejavnost (glej opombo 3).

Zaradi posveta na GZS in lobiranja (pomembna je bila tudi pomoč Julijane Florjančič Kristan, ki nam je utrla pot do Sveta za zdravstvo Slovenske demokratske stranke) nam je uspelo,

da smo predstavniki SKZP (midva in Jože Ramovš) junija 2006 na Ministrstvu za zdravje postali člani Delovne skupine za pripravo predlogov dveh zakonov: o psihoterapevtski in o psihološki dejavnosti. Že na posvetu na GZS smo se namreč po Pritzevi spodbudi povezali tudi z Društvom psihologov, ki si že dolgo prizadeva za sprejetje zakona o psihološki dejavnosti. V Avstriji so zakon o psihoterapevtski in zakon o psihološki dejavnosti sprejeli istočasno. Pritz nam je svetoval, da bomo povezani lažje dosegli, kar si želimo. Zaradi večje učinkovitosti smo potem pri MZ delali v dveh podskupinah, predstavniki SKZP smo seveda sodelovali samo v podskupini za psihoterapevtski zakon.

Minister Bručan je v svojem odgovoru poslancu Kontiču med drugim izrazil stališče, s katerim smo se tudi kasneje kot s stališčem MZ stalno soočali, da moramo namreč predstavniki SKZP in ZPS najti konsenz in oblikovati skupen predlog (glej opombo 3). Leta 2006 si nismo mislili, da bomo za to potrebovali celi dve leti, čeprav smo na nekaterih sestankih potem celo mislili, da soglasja ne bomo našli nikoli. K sreči smo ga, kako smo ga, pa je spet dolga zgodba, ki bi zahtevala najmanj še en podoben članek. Tokrat pa bova zaključila tako, da bova tudi s pomočjo številke še enkrat izostrila, zakaj je zakon ključnega pomena za razvoj psihoterapije ne samo na Slovenskem, ampak v katerikoli državi.

### **Zakaj zakon?**

Po podatkih EAP (2008) imajo regulativo za psihoterapevtsko dejavnost v dvanajstih evropskih državah: Nemčija, Francija, Madžarska, Italija, Latvija, Malta, Nizozemska, Avstrija, Finska, Švedska, Anglija in Bolgarija. V tabelah (glej opombo 4) lahko iz primerjave vidimo velike razlike in relativno lahko je videti, da je med državami z (naj)boljšo regulativo Avstrija, saj je še vedno edina država z zakonom, ki regulira psihoterapijo kot samostojen poklic.

Avstrijske izkušnje (Pritz, 2002) kažejo, kako lahko dober zakon o psihoterapiji, ki so ga sprejeli avgusta 1990, spodbudi njen razvoj, saj se je med drugim:

- eksponentno povečal priliv sredstev iz proračuna (glej tabelo 3),
- povečalo se je število psihoterapevtov in
- izboljšala se je dostopnost do psihoterapevtskih storitev tistim, ki terapijo potrebujejo.

Leta 1991 so na podlagi Zakona o psihoterapiji spremenili Zakon o splošni socialni varnosti, tako da so vključili v sistem javnega zdravstva pravico vsakega avstrijskega državljana do psihoterapije, v kolikor jo potrebuje za zdravljenje bolezni. Od takrat so postopno uresničili to pravico, tako da danes v vseh devetih zveznih deželah v mreži javnega zdravstva plačujejo psihoterapevtske storitve psihoterapevtom, ki so na uradnem seznamu (v letih 1992 do 2007 se je obseg teh sredstev povečal iz 3 na 45 milijonov EUR!). Povprečna cena je 60 EUR za individualno in 20 EUR za skupinsko seanso. Pacienti ne plačujejo ničesar. Od sprejema zakona pa je trajalo dobrih deset let, da so začele tudi avstrijske privatne zavarovalnice plačevati psihoterapevtom v privatni praksi (brez državne koncesije), tako da klientom povrnejo del stroškov, in sicer približno 25 EUR za seanso. Tako se je leta 2005 na celotnem avstrijskem psihoterapevtskem trgu obrnilo približno 220 milijonov EUR prometa (v privatnem sektorju okoli 185 milijonov!).

TABELA 3: ESKPONENTNA RAST PORABE SREDSTEV ZDRAVSTVENEGA IN SOCIALNEGA ZAVAROVANJA ZA PSIHOTERAPEVTSKE STORITVE V OBDOBJU 1992 – 2007 V AVSTRIJI (PO PRITZ, 2002)

LETO	MILIJONIEUROV
1992	3,2
1993	6,9
1994	8,43
1995	10,54
1996	11,85
1997	12,79
1998	14,17
1999	15,7
2000	16,13
2005	35
2007	45

Na uradnih seznamih, dostopnih javnosti, je vpisanih okoli 6.500 psihoterapevtov (s tem, da sicer vsi niso aktivni), vendar so velike razlike v posameznih avstrijskih deželah, kar zadeva število prebivalcev na enega psihoterapevta: na Dunaju je gostota psihoterapevtov največja (okoli 700 ljudi na enega terapevta), medtem ko pride v južni Avstriji 3382 prebivalcev na enega psihoterapevta; druge zvezne dežele so med tema dvema skrajnostima.

Če primerjamo Slovenijo in Avstrijo glede razvitosti psihoterapije, lahko povlečemo nekaj vzporednic, ki govorijo, kaj so ključne faze oz. koraki v razvoju psihoterapije, ki se seveda lahko dogajajo tudi vzporedno (Možina, 2008):

- razvoj različnih psihoterapevtskih pristopov s programi izobraževanja na visoki strokovni ravni;
- oblikovanje krovnih organizacij, ki povežejo različne psihoterapevtske pristope za uveljavitev psihoterapije kot avtonomnega poklica;
- promocija psihoterapije preko publikacij;
- reguliranje področja z zakonom o psihoterapevtski dejavnosti: reguliranje izobraževanja in uposabljanja preko akreditiranja izobraževalnih ustanov, sistem licenc (register psihoterapevtov), etični nadzor;
- integracija psihoterapije v sistem javnega zdravstva;
- razvoj globalne mreže psihoterapevtov in psihoterapevtskih organizacij;
- integracija izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v akademski svet in razvijanje mreže univerz, ki imajo psihoterapevtske programe.

Prav sprejetje zakona o psihoterapevtski dejavnosti predstavlja ključno fazo oz. korak v razvoju psihoterapije v katerikoli državi. Slovenska psihoterapija se je po štiridesetih letih razvoja psihoterapije v zadnjih dveh letih znašla na pomembni prelomnici (Bohak, 2006a,b; Možina, 2006; Kereži, 2006), ki jo bo ključno zaznamovala prav nadaljnja usoda predloga zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Razmere za sprejem zakona so zrele. Sprejetje zakona bi med drugim omogočilo nadaljnje korake pri integraciji psihoterapije v sistem javnega zdravstva.

Da je priprava in sprejem zakona izjemno zahtevno delo, govori tudi dejstvo, da zakona nima niti ducat evropskih držav (glej opombo 4). Tudi Slovenci ga ne bomo dobili, če slovenski psihoterapevti in psihoterapevtke ne bomo strnili svojih vrst in dosegli soglasja glede osnutka oz. predloga. Če ne bomo razrešili svojih notranjih bojazni in odporov, bodo zunanji odpori, na

katere moramo prav tako računati (npr. interesi psihološkega in medicinskega lobija, farmacevtskih firm itn.), kmalu dosegli, da predlog zakona pristane v predalu za nedoločen čas. Če bi šlo za predlog slabega zakona, bi te njegove usode ne bilo vredno obžalovati. Toda prepričana sva, da se nam s tem osnutkom odpira dobra možnost, da dobimo enega najboljših evropskih zakonov o psihoterapevtski dejavnosti. □

## OPOMBE

OPOMBA<sup>1</sup>: GRADIVO ZAREGISTRACIJO POKLICAOZPRILAVNIKAPRIZNAVANJE POKLICNIHKVALIFIKACIJKVILJUČUJETUDI SE ZNAMKOMPETENCPSIHOTERAPEVTA PRIPRAVLJAPODKOMISIJAVSESTAVIMOJCAMOČNIKBUČAR.RUDIKOTNIK.IRENAKOSOVEL.PODGORNIK.GRADIVOZAEIČNIKODEKSPRIIPRAVLJAPODKOMISIJAV SESTAVI IRENA KOSOVEL.PODGORNIK.BISERKA DAVIDOVIČ.POLONA MATJAN.ŠTUHEC.IN MIRAN MOŽINA.

OPOMBA<sup>2</sup>: KOT PRILOGO V ABILNU POSVETOVAKONSKIURETIVPSIHOTERAPEVTSKEDEJAVNOSTIVSLOVENIJIINAGZS<sup>24.3.2006</sup>SMOORGANIZATORJI PRIPRAVILITRISTRANIDOLGOBESEDILOZNASLOVOMPREDLOGZAKONAOPSIHOTERAPEVTSKIDEJAVNOSTI SEKCIJEPSIHOTERAPEVTOVPRIGZSINŠKZP(SKZP: 2006). V NJEM SMO MED DRUGIM POU DARILI: KJE STA SKZP IN ZPS SOGLASNI IN KJE OBSTAJAJO RAZLIKE V STALIŠČIH:

»OBE ORGANIZACIJI - ZPS IN SKZP - ZASTOPATA STALIŠČE:

- DA JE PSIHOTERAPIJA SAMOSTOJNA ZNANSTVENA DISCIPLINA - NJENO OPRAVLJANJE PA PREDSTAVLJA SAMOSTOJEN IN SVOBODEN POKLIC;  
- DA SE PSIHOTERAPEVTSKO IZOBRAŽEVANJE OPRAVLJA NA VISOKI: KVALIFICIRANI IN ZNANSTVENI RAVNI V SKLADU Z EVROPSKIMI KRITERIJI: HKRATISEVNEKATERIHSTALIŠČIH TUDI RAZLIKUJETA.ZATOJESMISELNO OBLIKOVATISKUPNO DELOVNO SKUPINO KIBOPRIIPRAVLJAKONSENZUALNIOSNUTEK ZAKONA: <sup>1)</sup>KARJEBILOVPRETEKLOSTISAMOUMEVNO-DAJEPsiHOTERAPIJADELZDRAVSTVENEDEJAVNOSTI-DANESNEDRŽIVEČ-SAJSEPORAZVITIH EVROPSKIH DEŽELAH VEČJIDELCELODO<sup>90%</sup>PSIHOTERAPEVTSKEDEJAVNOSTIOPRAVLJAZUNA JZDRAVSTVA.ZATOJEPOMEMBNOPREKINITISTRADICIJO KIBIPRAVNO UREJALAPSIHOTERAPIJOVOKVIRUZAKONAOZDRAVSTVENEDEJAVNOSTI.SODOBENZAKONOPSIHOTERAPIJIMORATODEJAVNOSTREGULIRATIMEDRESORSKOKOT AVTONOMNODRUŽBENODEJAVNOST.KUJOMEŽOŽNOOPRAVLJATIVRAZLIČNIHSEKTORJIH(NPRVZDRAVSTVU-AMPAKTUDIVŠOLSTVU.SOCIALNEMVARSTVU.KOT GOSPODARSKO DEJAVNOST IDR<sup>3</sup>).

<sup>2)</sup>ZAKONMORAZAGOTOVITINADALJNIJRAZVOJRAZLIČNIHPSIHOTERAPEVTSKIHMODALITETINPOSTOPKOVINSTEMPREPREDIČITIPISKUSE-DABIENAMODALITETA ALIENAPOKLICNASKUPINADOBILAAPRIORIPRIVILEGIRANPOLOŽAJINBIZADEVEUREJALAZVIDIKAMOČIINNEZMOČJOARGUMENTOV.TOOPOZORILONIODVEČ-SAJSEVNEKATERIH EVROPSKIH DEŽELAH DOGAJAUZRPACIJAPSIHOTERAPIJESSTRANIZDRAVSTVENE GAINALIPSIOLOŠKEGALOBIIJA-KARSEUTEMELJUJES POVSEMNE DOKAZANOPREDPOSTAVKO-DAPSIHOTERAPIJATEMELIJPREDVSEMNA'MEDICINSKIHINPSIOLOŠKIHZNANSTVENIHDISCIPLINAH'-ODTODPA IZHAJANJUHOSAMOMEVNAZHA TEVA.DAONJEJODOČAJOZDRAVNIKIALIPSIHOLOGVOKVIRUHORIZONTOVSVOJIHSTROKNAČELNOJIMORDAŠEPRIZNAVAJO AVTONOMIJOVS MISLUSTRABURSKEDEKLARACIJE.AJOPRAKTIČNOPOVSEMPODREDIJSVOJIMCEHOVSKIMPOTREBAMINSVOJICEHOVSKIMISELNOSTIHN NJENOAVTONOMIJOZANIKAJOTUDISTEM.KOJEOŠENADALJEOPREDELJUJEJOKOTSPECIALISTIČNOINSUBSPECIALISTIČNODEJAVNOSTPREDVSEMNIJHOVEGA POKLICNEGAPROFILA.INČEPRAVNAČELNOPRIZNAVAJODRUGEZNANSTVENOPREVERJENEPsiHOTERAPEVTSKEPRISTOPEALISOLE.JIMPRAKTIČNOODREKAJOVSVO AVTONOMIJO-TE TEŽNJE SO OČITNE TUDI V OSNUTKU ZAKONA- KI GA JE PRIPRAVILO ZPS.

<sup>3)</sup>ZAKONMORAPREDVIDETREGISTRACIJO POKLICAKI.GABOMOGOČEDEDOSEČIZREDNIMUNIVERZITETINIMŠTUDIJEVMSKLADUZBOLONJSKOREFORMO- 28.OKTOBRA<sup>2005</sup>JEBILANADUNAJUSLOVESNA OTVORITEVPRVEPRIVATNEUNIVERZESIGMUNDAFREUDAZAPSIHOTERAPIJO-KIŽEIZOBRAŽUJEŠTUDENTE VDO-INPDIPLOMSKEMŠTUDIJU.ZOBEMA.AKADEMSKIMASTOPNJAMA.TERNUDI.MOŽNOSTSPECIALISTIČNIHDIPLOMV.SEDMIHPsiHOTERAPEVTSKIH MODALITETAH.

<sup>4)</sup>DOOBLIKOVANJAFAKULTETNEGAŠTUDIJAIZPSIHOTERAPIJEPAMORABITIDOSTOPDOIZOBRAZBEZAPOKLICPSIHOTERAPEVTA.MOGOČRAZLIČNIM PREDIZOBRAZBAM.ZLASTIHUMANISTIČNIHINSOCIALNIHZNANOSTI.SPLOŠNOIZOBRAZBOLAHKOBODOČIPSIHOTERAPEVTIVKOLIKORJENISOVPREDIZOBRAZBI PRIDOBIOJSTRILETNIMŠTUDIJE.MTI-PROPEDEVTIKE.KOTGAIZVAJATASKZPINZPS-NATOPASELAHKOVKILJUČUJOVŠTIRILETNAPOSEBNAPSIHOTERAPEVTSKA IZOBRAŽEVANJA.KIJIHORGANIZIRAJORAZLIČNADRUŠTVA-IZOBRAZBAIZMEDICINE'OZ.PSIHIATRIJE'INPSIOLOGIJE'OZ.KLINIČNEPSIOLOGIJE'SAMAPO SEBINESMEZAGOTAVLJATIPRIVILEGIRANEGAPOLOŽAJAZAOPRAVLJANJEALIMONOPOLISTIČNONADZOROVANJE'ČENECELOUZURPIRANJEPSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTIZG.VOOROM.DASESTEMPREPREDIČIJEŠARLATANSTVORAZRAŠČANJEŠARLATANSTVANAMREČOMOGOČĀTATAKONEKRITIČNAODPRITOSTKOTPRETIRANO KRITIČNAZAPRTOST.ZATOSEVSKZP.ZAVZEMAMOZAZAKON.KIBOOMOGOČAL'DINAMIČNOODPRITOSTZAZAGOTAVLJANJEPLURALNOSTIINIKORIŠČANJAVSEH POTENCIALOV.PREPREDIČEVANJEŠARLATANSTVAPABOMOŽNOSTALNIMIZOBRAŽEVANJEM.SUPERVIZIJSKIMININTERVIJSKIMSAMOPREVERJANJEMINS POSEBNIMI STROKOVNIMI METODAMI PREVERJANJA USPEŠNOSTI IN UČINKOVITOSTI POMOČI.« (SKZP, 2006)

INVNADALJEVANJUSMOŠEZAPISALI:»ČEUPOŠTEVAMOSTRABURSKOOPREDELITEVPSIHOTERAPIJEKOTSAMOSTOJNEGAZNANSTVENOUTEMELJENEGA POKLICAZOMOGOČANJEMPLURALNOSTI.BIZAKONODAJALECOMOGOČILVEČJEMUŠTEVILURAZLIČNIHSTROKOVNJAKOV.DABINUDILIPOMOČLJUDEM.VSTISKIIN JIMPOMAGALIRAZVIJATIPSIHIČNOPRIIPRAVLJENOSTZAIŽIVESODOBNEGAŽIVLJENJA-PREVENTIVNOINKURATIVNO-OMEJEVANJEPONUDBEIN DOSTOPADO PSIHOTERAPEVTSKEPOMOČI.PODPRETVEZO.DAMORAJOZDRAVNIKIINALIKLINIČNEPSIOLOGIZAŠČITITITPODROČJEPREDŠARLATANSTVOM.JENERAZUMNO INNE DOPUSTNO.ZATOSEZAVZEMAMOZADPRIZAKON.KAJTILEZNJIMLAHKOV.SREDNJEIN DOLGOROČNEMO.DBOJUPREMOSTIMOSE.DANJIPREPADMED POVPRŠEVANJEM IN PONUDBO PSIHOTERAPEVTSKIH STORITEV.

DRŽAVOČAKAPOMEMBNAPOTEZAVSMERIUREJANJADRUŽBENEGAPOLOŽAJAPSIHOTERAPIJENASLOVENSKEM-ANIČMANJPOMEMBNONI-DABISE PRIOBLIKOVANJU ZAKONA OPSIHOTERAPIJI POVEZALIPREDSTAVNIKIZPS-SKZPINVSEH DRUŠTEV-KIORGANIZIRAJOIZOBRAŽEVANJAPUZGORAJN.VEDENIH EVROPSKIHSTANDARDIH-PONAŠIPREDSTAVINAJ.BIZAKOKROGLOMIZOSEDLITUDI.ZASTOPNIKMINISTRSTVA.ZAZNANOST-POS.LANČIKISOVSVJIHSTRANKAH

PRISTOJNIZAZAVEZDRAVSTVAINSOCIALE.ZASTOPNIKIUNIVERZITETNIHODELKOVI.KJERPOTEKAŠTUDIJSIPSIHOTERAPIJE.INUNIVERZITETNIHKLINIKI.KJERPOTEKAJOPSIHOTERAPEVTSKIPROGRAMIZASTOPNIKISLOVENSKEZDRAVNIŠKEZBORNICE.ZASTOPNIKSEKCIJESIPSIHOTERAPEVTOVPRIGZSZASTOPNIKKLINIČNIHPSIHOLOGOVINMORDAŠEKDO-MINISTRUZA ZDRAVJESMOPREDLAGALI.DAUSTANOVIDELOVNOSKUPINOKIBIPRIPRAVILAOSNUTEKZAKONAOPSIHOTERAPIJI.ZAVEDAMOPASE.DAJEPREDNAMISĚDOLGAPOTPREDSTAVLJANJAPOLOŽAJA.PSIHOTERAPIJEŠIRŠIJAVNOSTI.VTEMŽELIMOSODELOVATIINDIALOGUSKLJUČNIMI AKTERJI PRISPEVATI SVOJ DELEŽ—ZA OKROGLO MIZO!<sup>«</sup> (SKZP, 2006)

### OPOMBA <sup>3</sup>

TO JE DEL ZAPISNIKA SEJEDRŽAVNEGA ZBORAV APRILU 2006<sup>(DRŽAVNI ZBOR 2006)</sup>, KJER JE POSLANEC BOJANKONTIČ MINISTRU ZA ZDRAVJE DR. BRUČANU POSTAVIL POSLANSKO VPRAŠANJE V ZVEZI Z ZAKONOM O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI:

»*BOJANKONTIČ*: ... SPOŠTOVANI GOSPOD MINISTER, VPRI PRAVIJE ZAKON O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI, NEKATERI ZMED EVROPSKIH DRŽAV SOTO PODROČJE ZAKONSKO UREDILE. POZNAM ŽELJESTROKOVNIAKOV STEGA PODROČJA KIPREDLAGAJO DABIPRISPREJEMANJU ZAKONADAJESTEGA PODROČJA. TOREJ PSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI. SLEDILIZUKUŠNIA MISOSEDNJE DRŽAVE. TOREJ AVSTRIJE, TAMSOV PAKETUSPREJELI DVA ZAKONA. IN SICER ZAKON O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI IN ZAKON O PSIHOLŠKI DEJAVNOSTI. STROKOVNIAKISOPREPRIČANI. DAJE ČAS ZA PRAVNO UREDETE V PSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI DO ZORELTUDI PRINAŠTOREJTUDI SLOVENIJI. SAJBISTEM ZAŠČITILITOPODROČJE PREDŠARLATANSTVOMIN ZLORABAMISAMOOKLICANIH STROKOVNIAKOV. ZMANJŠALI BI SIVO EKONOMIJO TER SPODBUDILI RAZVOJ PSIHOTERAPIJE KOT AVTONOMNE DRUŽBENE DEJAVNOSTI. MINISTRATOREJSPRAŠUJEM: KAKODALEČ JE POSTOPEK PRI PRAVE PREDLOGA ZAKONA O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI? VEM, DA JE DELOVNO BESEDILO BILO PRI PRAVLJENO. DA JE BILO TUDI POSREDOVANOMINISTRSTVU ZA ZDRAVJE. DA SE TO BESEDILO ZDAJUSKLAJUJE IN DABILA HKOVENEM DO GLEDNEM ČASUPO VZGLEDU AVSTRIJSKEGA PRIMERA DOBILI POTREBNO ZAKONADAJO S TEGA PODROČJA.

PROSIM GOSPOD MINISTER, ČEMIODGOVORITENATOV PRAŠANJE: KDAJ NAČRTUJETE DABITAZAKON LAHKOU GLEDALU Č PARLAMENTARNE PROCEDURE?

*ANDREJ BRUČAN*: ... TO VPRAŠANJE DOBRO DOŠLO. PRED VSEM ZARADI TEGA, KER JE DEJANSKONATEM PODROČJU V ČASU - NA ŠEPRI SOTNOSTINAMINISTRSTVU BILOKARNEKAJNAREJENEGA. DEJANSKOSMOVTEM ČASUSESTALIZVODILNIMIPREDSTAVNIKAKOPSIHIATRIJEKOTTUDI DRUGIMI. KISODJONAPODROČJE PSIHOTERAPIJE. IN MISLIM, DAVMESECU MAJULANSKEGA LETA ŽE OD NJIHTUDI POTEM ZAHTEVALI ALI PA PROSILI: DAPRI PRAVIJONEK PREDLOG. NEKO STROKOVNO UTEMELJENO PODLAGO ZAPRAVO ZAKONA. KI JE BILA KASNEJ TU DIPOSLANA. ISTO VELJATUDI ZAPSIHOLOGE. TO JEDRUŠTVO PSIHOLOGOV. IN ISTO ČASNOTUDI ZADRUŠTVO PSIHOTERAPEVTOV. MORAM REČI, DAVAŠ STRAH VAŠA ŽELJA VAŠEUPANJE ZAPRIHODNJE. KOGOVORITE O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI. DABOZZAKONADAJOUREJENI OINDANEBOVEČTAKO IMENOVANEGA ŠARLATANSTVA. MISLIM, DA JE TO EDININA ČIN. DA DEJANSKOPRIDEMODO NEKIHKOLIKORTOLIKOUREJENIHRAZMERNATEM PODROČJU. SAJTATRENUTEKTERAZMERISIGURNONISOUREJENE INSEZVAMISTRINJAM. JEPASTVARIZREDNO STROKOVNO PROBLEMATIČNA. IN JONIMOGO ČE UREDITIVZELO KRATKEM ČASU. V ČASU, KI JE ZANAMI. VTEH<sup>10</sup>. IH<sup>11</sup>. IH MESECIH SMOVGLAVNEM SKUŠALI FORMIRATI DVE SKUPINIO ZIROMA ENOSKUPINIO ZIPREDSTAVNIKOV BEHTEH SKUPIN. PSIHOLOGOVIN PSIHOTERAPEVTOV. IN NATANA ČIN SPRAVITINEKO DELOVNO SKUPINO. KIBILA HKOKASNEJEPRI PRAVILA ENOTEN ZAKON. MORAM POVEDATI, DA ZA ENKRAT SMO STRANIPSIHOTERAPIJEINPSIHOLOGUJEDOBILI SPODBUDE V NARŠEDOKONČNO OBLIKOVANJE SKUPINENIBILAPREDLAGANA. KLJUB TEM SMOVOKVIRUTRENU TIHRAZGOVORPAČPRAVILINEKIPREDLOG ZAKONA. PRED VSEM ZA PSIHOTERAPIJO. MEDTEM KO ZA PSIHOLGIJO TEGA PREDLOGA V PREDISKUTIRANI OBLIKI ŠE NIMAMO. TADVA PREDLOGA. KOT SEM REKEL. STABILAPREDANAMINISTRSTVU IN SEVEDAVSEBUJETA CELOVRSTOPREDLOGOV. KIBODOV PRIHODNJE ZELO DOBRO DOŠLI. ... MORAM POVEDATI NEKAJ DATUDI ZNOTRAJSTROKE. SAME STROKENAPSIHOTERAPEVTSKEM PODROČJU. VLA DA IZRAZITONE SKLADJE IN TO JETI SIOSNOVNI RAZLOG. ZARADI KATEREGAPRAVZAPRAVDEJANSKO JE ZELO TEŽKOPRITIDONEKEGA ZAKONA. MISEBOMOPRAVZAPRAVOZIRALIDEJANSKOPOZAKONADAJI. KINATEM PODROČJU PRINAŠNEKAJNOVEGA. ZATO SEM MOREMOOZIRATI PO ZAKONADAJI. KIVELJA ŽE DRUGJE. BOM O PAČ POGLEDALIZAKONADAJO. VNEKATERIH DRŽAVAH EVROPE OBSTAJAJI. JOPOTEM SKUŠALI ZDRUŽITI. UREDITIZAKONADAJO. KIBOPRIMERNA PRINAŠTRENUTNA POMANJKLJUVOST STEGA PODROČJA JE VELIKA ...

... KAR SETIČE PSIHOTERAPIJE --VTEM PRAV STROKOVNEM DELU-- ZA ENKRAT ŠENIPRAVEGA KONSENZA. DABILA HKOVEN RESEN PREDLOG TUDI PRAVILILI— TAK, KI BI BIL ENAKO DOSTOPEN. ENAKO USVOJEN ALI PA USVOLJIV OD VSEH TISTIH, KI SO ZAINTERESIRANI.

MENI MPASE VEDA. DA JE SPREJEMOBEHZAKONOVNUJENINIZREDNO POMEMBENZA ZAKONSKOUREDITEV DEJAVNOSTINAPODROČJU DUVŠEVNEGA ZDRAVJA. GLEDENA RAZLIČNO PREDVIDENO IZOBRAZBOJETUDI UPRAVIČENATR DITEV. DA GREZA SAMOSTOJNA POKLICIA IN DVE SAMOSTOJNI DEJAVNOSTI ...«

### OPOMBA <sup>4</sup>

POPODATKIHEVROPSKE ZVEZE ZAPSIHOTERAPIJO IZ LETA 2008<sup>(EAP, 2008)</sup> IMAJO REGULATIVO ZAPSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI NASLEDNJE DRŽAVE: KISO PRIKAZANE V NASLEDNJIH DVETA BELAH: NEMČIJA, FRANCIJA, MADŽARSKA, ITALIJA, LATVIJA, MALTA, NIZOZEMSKA, AVSTRIJA, FINSKA, ŠVEDSKA, ANGLIJA IN BOLGARIJA. KER ŽAL NI TEHNIČNO MOŽNO VSEGA PRIKAZATI V ENI TABELI, SMO TO NAREDILI V DVEH<sup>1</sup>.

KRATEK POVZETEK DRŽAV Z REGULATIVNO ZA PSIHOTERAPEVTSKO DEJAVNOST<sup>(1)</sup>

	NEMČIJA	FRANCIJA	MADŽARSKA	ITALIJA	LATVIJA	MALTA	NIZOZEMSKA	AVSTRILA	FINSKA
ZAKONODAJA	NEVEŠI ZAKONOPSIHOTERAPEVTSKIH ZAKONODRŽAVSTVU (1939)	ZAKON <sup>2004-806</sup> OZDRAVITVENI POLITIKI ČLEN <sup>5</sup> (UPORABNA ZA PSIHOTERAPEVTI)	?	ZAKON ZAPOKLINŠKOLOGIJA ZAKONŠT <sup>56</sup> 1989/DEKRETIŠT <sup>509</sup> 1998	UKAZI MINISTRA ZA ZDRAVITVENI POLITIKIŠT <sup>11</sup> 2002/OPOTRDI TIVI REGJAMIZ ZDRAVITVENI NE POKLICE"	AKTIVNAK OZDRAVITVENIŠT <sup>1</sup> 2001/ČLEN <sup>5</sup> WETBIG <sup>2001</sup>	AKTIVNAK OZDRAVITVENIŠT <sup>1</sup> 2001/ČLEN <sup>5</sup> WETBIG <sup>2001</sup>	ASTRIŠKAZAKONOPSIHOTERAPEVTIŠT <sup>1</sup> 36/1990, BG BLS <sup>1</sup> 36/1990, 1991)	AKTIVNAK OZDRAVITVENIŠT <sup>1</sup> 359/94, 1994; DEKRETIŠT <sup>1</sup> 36/1990, 1994
SAMOSTOJEN POKLIC?	DA	DA	NE	NE	NE	DA	DA	DA	DA
ŠIRŠA REGULACIJA?	NE	DA	DA	DA	DA	NE	DA	NE	NE
DEFINICIJA?	DA	NE	DA	DA	DA	DA	NE	DA	NE
MINIMALNE AKADEMSKE ZAHTEVE	MAGISTERSKIŠT <sup>1</sup> OLOGIE PEDAGOGIKALIME DICINE	BAKALAVREAT	ZDRAVNIKALO DOKTORIPSIHOLOGIJE	ZDRAVNIK	ZDRAVNIK	BAKALAVREAT	MAGISTERSKIŠT <sup>1</sup> OLOGIE PEDAGOGIKALIME DICINE	MATURITETNAŠT <sup>1</sup> PLOMA	BAKALAVREAT
IZOBRAŽEVANJE (LETA)	3-5 LET	4 LETA	4 LETA	4 LETA	4 LETA	4 LETA	4 LETA	5-11 LET	3-6 LET
IZOBRAŽEVANJE (URE)	4200 UR	NIDOLOČENO	1850 UR	2000 UR	NI DOLOČENO	3200 UR	3680 UR	3125 UR	380 UR
IZOBRAŽEVANJE: VSEBINA DO LOČENA?	DA	NE	?	DA	DA	DA	DA	DA	NE
MINIMALNA STAROST?	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	28	NE
PRISTOPI	PRISTOPAPSIDIN (GLOBINSKI);KVT	VSI PRISTOPI	PRISTOPOV	VSI PRISTOPI	PRISTOP:PSIDIN	VSPRISTOPRAZEN GESTALT PROCESU	PRISTOP:PAKVT;ZKUSTVENISISTEMSKI	PRISTOPOV	NI DOLOČENO
OBVEZEN REGISTER?	DA	NE	DA	DA	NE	DA	DA	DA	DA
NAZIV	DRŽAVNALUENCA PSHOŠKREPTROŠKEMILACOSINŠT <sup>1</sup> ; MEDICINSKI P T	PSIHOTERAPEVT	ZDRAVNIKŠPE CIALZDRAVNIŠT <sup>1</sup> ; KLINIŠKOPSIHOLOGIŠKIZDRAVNIŠT <sup>1</sup> V P T	SPECIALIZCIJA/ PSIHOLITSKAL RELACIŠKAL KOGNITIVNA	DOKTOR - PSIHOTERAPEVT	PSIHOTERAPEVT	BIGPSIHOTERAPEVT	PSIHOTERAPEVT	PSIHOTERAPEVT
ORGANIZACIJE (KIRIGULIRAO)?	BDP; DGP; DVP	FFDP	NIDOLOČENO	NIDOLOČENO	LPS	MAP	NAP	ÖBVP	NI DOLOČENO



## KRATICE:

PT: PSIHOTERAPIJA/EVT

PA: PSIHOANALITSKI

PSIDIN: PSIHODINAMSKI

KVT: KOGNITIVNO-VEDENJSKI

## KRATEK POVZETEK DRŽAV Z REGULATIVO ZA PSIHOTERAPEVTSKO DEJAVNOST (2)

	Švedsk <sup>a</sup>	Anglija <sup>a</sup>	Bolgarija <sup>a</sup>
Zakondaja	Zakon 1998:531; ukaz 1998:1513; »O reguliranih poklicih v okviru sistema zdravstvenega varstva«; Ukaz o visokem šolstvu 1993:100	Akt zakon <sup>a</sup> o duševnem zdravju, 2007; [Bela listin <sup>a</sup> o zupanju zavarovanju in varnosti: regulativa za zdravstvene delavce]	Dekret št.1 o medicinskih dejavnostih: za osebe ki trpijo za duševnimi motnjami, 2007
Samostojen poklic?	da	da	ne
Širša regulacija?	da	da	da
Definicija	ne	ne	da
Minimalne akademske zahteve	4-let <sup>a</sup> univ. št <sup>o</sup> pnj <sup>a</sup> v psihiatriji; psihologiji; socialnem delu; medicinske sestre ali teologi	ni določen <sup>o</sup>	Magister medicine ali klinične psihologije; magisterij ali bakalavreat iz socialne pedagogike; št <sup>o</sup> pnj <sup>a</sup> medicinske sestre
Izobraževanje: let <sup>a</sup>	5 let	ni določen <sup>o</sup>	ni določen <sup>o</sup>
Izobraževanje: ure	2000 ur	ni določen <sup>o</sup>	ni določen <sup>o</sup>
Izobraževanje: vsebin <sup>a</sup> določen <sup>a</sup> ?	da	ne	ne
Minimalna starost	ne	ne	ne
Pristopi	7 pristopov: PA; PsiDin; skupinski; stroški; KVT; k <sup>o</sup> g; družinski	ni določen <sup>o</sup>	vsi pristopi
Obvezen register?	da	ne	ne
Naziv	Licensed Psych <sup>o</sup> therapist	ni določen <sup>o</sup>	ni določen <sup>o</sup>
Organizacije, ki regulirajo	ni določen <sup>o</sup>	UKCP; BPC; BACP; BPS; RCP	ni določen <sup>o</sup>

## Zahvala

Da smo z osnutkom zakona prišli do tako pomembne točke, je zasluga številnih ljudi, kolegov in kolegic iz psihoterapevtskih vrst pa tudi številnih drugih, ki so pokazali in pokazale interes za področje psihoterapije, ki jih v članku nisva poimensko navedla. Posebej bi rada zato omenila in se zahvalila vsaj še Juretu Srhoiju, ki kot pravnik pomaga SKZP. Še naprej računava na vse vas!

## Literatura

- Bohak, J., Možina, M. (2002). Psihoterapija na Slovenskem. V: Bohak, J., Možina, M., ur. Dialog. Zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Maribor: SKZP: 136-142.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9), 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4, 38-40.
- Bohak, J., Možina, M., ur. (2004). Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dni SKZP. Maribor: SKZP.
- Državni zbor Republike Slovenije (2006). Zapisnik seje.
- European Association for Psychotherapy. Strasbourg Declaration on Psychotherapy of 1990 Internet page. Available from URL: <http://www.europsyche.org>
- European Association for Psychotherapy (2008). Brief Summary of Country Tables for Legally Regulated Countries. Vienna: EAP.
- Kereži, U. (2006). Je strah pred šarlatanstvom utemeljen? Večer, 19. 8. 2006, str. 14.
- Kobal, M. (2005). Položaj psihoterapije v Sloveniji je treba urediti. Sobotna priloga Dela, 24. 9. 2005.
- Ministrstvo za zdravje (2008). Osnutek zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Delovno gradivo.
- Možina, M., Bohak, J., Zeljić, Z., Lojk, L. (2005). Gradivo za zakon o psihoterapiji. Maribor: SKZP.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42 (9), 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2008). Psychotherapeutic Service as Integral Part of Comprehensive Health Care. V: Kovačić L, Zaletel-Kragelj L, ur. Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals. Lage: Hans Jacobs Verlag: 642-659.
- Pritz, A. (2002). Psychotherapy in Austria. V: Pritz A, ed.. Globalized Psychotherapy. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 27-38.
- Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (2006). Predlog zakona o psihoterapevtski dejavnosti Sekcije psihoterapevtov pri GZS in SKZP. Delovno gradivo.





MiranMOŽINA

## **Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?<sup>1</sup>**

*For psychotherapy as an autonomous profession:  
what is happening in Europe*

### **Povzetek**

**K**osamosvajanju psihoterapije kot samostojnega poklica je od leta 1991 veliko prispevala Evropska zveza za psihoterapijo, katere delovanje temelji na Strasburški deklaraciji. Evropska diploma iz psihoterapije, ki jo je do zdaj prejelo okoli 6.000 psihoterapevtov iz različnih evropskih držav, določa standarde in kriterije za poklicnega psihoterapevta. Na osnovi primerjave pravnih ureditev psihoterapije v Nemčiji, Franciji, Italiji, Latviji, Avstriji, Bolgariji, Veliki Britaniji, Belgiji, na Madžarskem, Malti, Nizozemskem, Finskem in Švedskem prikažem njihove prednosti in slabosti, iz katerih se lahko učimo pri oblikovanju slovenskega zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Z odprtjem možnosti za fakultetni študij psihoterapije takoj po maturi leta 2005 na Univerzi Sigmunda Freuda (USF) na Dunaju se je začelo novo poglavje v razvoju psihoterapije, izobraževanje za psihoterapijo kot prvi poklic. V Sloveniji smo ta študij v sodelovanju z USF odprli leta 2006, s čimer trenutno stanje slovenske psihoterapije še bolj kliče k zakonski ureditvi, s katero naj bi bila psihoterapija definirana kot zdravstvena dejavnost, psihoterapevt pa kot samostojen zdravstveni poklic.

**Ključne besede:** zakon o psihoterapevtski dejavnosti, Strasburška deklaracija o psihoterapiji, Evropska zveza za psihoterapijo, Evropska diploma iz psihoterapije, fakultetni študij psihoterapije, Univerza Sigmunda Freuda.

### **Abstract**

**T**he European Association for Psychotherapy (EAP) was founded on the principles of the Strasbourg declaration and has over the last two decades contributed hugely to the development of psychotherapy as an independent and autonomous profession. The European Certificate of Psychotherapy, which has been awarded to approximately 6000 therapists from different European countries, defines the standards and criteria for the professional practice of psychotherapy. This article compares psychotherapy regulations in Germany, France, Italy, Latvia, Austria, Bulgaria, United Kingdom, Hungary, Malta, Holland, Finland, Belgium and Sweden and shows their benefits and weaknesses. They can be seen as a learning opportunity and used in the process of developing a law to regulate psychotherapy in Slovenia. With the opening in 2005 of the faculty study of psychotherapy for secondary school leavers at Sigmund Freud Private University (SFU) in Vienna a new phase in the development of psychotherapy began with the education and training for psychotherapy as an independent profession in its own right. In Slovenia the same faculty study was launched in 2006 in collaboration with SFU. This is one of the reasons why Slovenian psychotherapy is ripe to be regulated by a law which would declare psychotherapy as an autonomous health care profession.

**Key words:** psychotherapy law, Strassbourg declaration of Psychotherapy, European Association for Psychotherapy, European Certificate of Psychotherapy, faculty study of psychotherapy, Sigmund Freud University.

## Uvod

Za politiko se do osamosvojitve Slovenije nisem zanimal. Moj politični interes je v socialistično-komunističnih časih otopel ob ponavljajočih se publicah političnih govornikov in ob izpraznjenem političnem diskurzu. V šoli sem se prenajedel marksizma, ob posladkanih, idealiziranih slikah samoupravljanja pa sem se znašel v nevarnosti, da razvijem juvenilni diabetes. Izogibanje vsemu, kar je dišalo po politiki, je bila zato zame kar dobra drža za preživetje.

Konec osemdesetih pa so se stvari zame drastično spremenile. Še posebej me je nagovorilo to, da so v politični boj za slovensko osamosvojitve vstopili tudi pisatelji in pesniki, katerih besede so zvenele popolnoma drugače kot stare, obrabljene plošče komunističnih ideologov. Poleg tega sem se v svojem prvem psihoterapevtskem izobraževanju v drugi polovici osemdesetih zavedel, da ni pomembno le delo s pacienti, ampak da je prav tako pomemben del psihoterapevtove dejavnosti tudi družbeni angažma za avtonomijo psihoterapije kot samostojnega poklica (Možina, 2009).

Vedno bolj mi je postajalo jasno, da se moram za dosego tega cilja povezati s predstavniki drugih psihoterapevtskih pristopov. Tako sem se sredi devetdesetih let odzval na pobudo Janka Bohaka in se vključil v iniciativno skupino za ustanovitev Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) (Možina, 2006). Preko Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) sem začel postopno spoznavati stanje psihoterapije po različnih evropskih državah. Bolj poglobljeno pa sem se lotil njihovih različnih pravnih ureditev psihoterapije od leta 2003 naprej, ko smo v SKZP začeli pripravljati zakon o psihoterapevtski dejavnosti (Možina in Bohak, 2008). Vedno bolj sem se zavedal, kako ključnega pomena je za razvoj psihoterapije kot samostojnega poklica prav njena pravna ureditev.

V letih 2006 do 2009, ko sem postal predsednik SKZP, sem se kot njen predstavnik večkrat udeleževal sestankov delovnih teles EAP po različnih evropskih mestih. To so bila poučna srečanja, saj smo bili v enem prostoru zbrani predstavniki skoraj vseh evropskih dežel (na letnih skupščinah nas je bilo tudi do 100 delegatov). Moj psihoterapevtski zemljevid Evrope je postajal vse bolj pester in zame tudi vse bolj zanimiv. V Delovni skupini za pripravo zakona na Ministrstvu za zdravje sem potem leta 2008 prevzel nalogo, da pripravim delovno gradivo za utemeljitev osnutka zakona, ki smo ga predstavniki SKZP uskladili s predstavniki Združenja psihoterapevtov Slovenije (Možina in Bohak, 2008). Del te utemeljitve je bil tudi mednarodna primerjava stanja, kjer sem lahko izkoristil svoje izkušnje in pregled, ki sem si ga ustvaril v EAP.

Dokončno pa sem se odločil, da napišem ta članek, potem ko sem se 18. in 19. februarja 2010 na Dunaju udeležil Evropske konference o političnem in legalnem statusu psihoterapije, ki jo je organizirala EAP. Tam sem prišel do svežih informacij o trenutnem stanju pravne ureditve psihoterapije po evropskih državah. Tudi zato, ker je bilo v Sloveniji o tem malo napisanega<sup>2</sup>, upam, da bodo evropske zgode in nezgode o zahtevni poti psihoterapije do statusa samostojnega poklica ter avtonomne akademske discipline pritegnile kakšnega bralca ali bralko. Prizadeval

<sup>1</sup>Članek posvečam Janku Bohaku, ki je v Slovenijo prinesel duha Evropske zveze za psihoterapijo, pobudniku, soustanovitelju in prvemu predsedniku Slovenske krovne zveze za psihoterapijo od leta 1998 do 2006. S tem je ključno vplival na mojo psihoterapevtsko pot, saj nam je pomagal odpreti evropske horizonte in se, različnim pristopom, povezati za uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica.

<sup>2</sup>Edini članek o mednarodni primerjavi pravne ureditve psihoterapije v Evropi je objavil Bohak (2004), potem ko sva skupaj v okviru SKZP pripravila osnutek zakona o psihoterapevtski dejavnosti in ga predala takratnemu ministru za zdravje Andreju Bručanu (Možina in Bohak, 2008).

sem si, da bi bil članek dovolj informativen in hkrati navdihujoč, da bi spodbudil k premoščanju številnih razcepov ter k povezovanju slovenskih psihoterapevtov za pravno ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica tudi pri nas.

## **Osamosvajanje psihoterapije kot samostojnega poklica: prispevek Evropske zveze za psihoterapijo**

Ginger (2010) začinja svoj pregled razvoja psihoterapije do samostojnega poklica po Evropi z analogijo odraščanja otrok. Pride dan, ko zapustijo dom, da bi dosegli avtonomijo. Običajno se tudi preselijo. Podobno se zgodi z določenimi družbenimi skupinami. Tako se je npr. psihologija v večini dežel vse bolj osamosvajala od svoje »matere« filozofije. V Franciji se je to zgodilo v petdesetih letih prejšnjega stoletja. V istem obdobju so se na francoskih univerzah oblikovale enote za družboslovje in humanistiko, kamor se je z akademij za umetnost preselila tudi psihologija.

Za osamosvajanje psihoterapije kot samostojnega poklica je v zadnjih dvajsetih letih v Evropi veliko prispevala Evropska zveza za psihoterapijo (EAP – European Association for Psychotherapy). Leta 1990 se je Strasburgu zbralo 17 psihoterapevtov iz Avstrije, Švice in Nemčije ter 21. oktobra povežalo svojo vizijo psihoterapije v pet točk, znanih pod imenom »Strasburška deklaracija« ([http://www.europsyche.org/download/EAP\\_Strasbourg\\_Declaration\\_to\\_sign.pdf](http://www.europsyche.org/download/EAP_Strasbourg_Declaration_to_sign.pdf)):

1. »Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, njeno opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih metod in pristopov.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, osebno izkušnjo in prakso pod supervizijo.
5. Dostop do izobrazbe je mogoč prek različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in družboslovnih znanosti.«

Naslednje leto so se zbrali psihoterapevti iz Nemčije, Švice, Madžarske in Avstrije na Dunaju ter ustanovili EAP, Strasburško deklaracijo pa so sprejeli za svojo temeljno listino, za izhodišče delovanja. EAP je v dveh desetletjih prerasla v močno gibanje, v katerega je preko 140 poklicnih združenj iz 41 evropskih držav – delno tudi preko individualnega članstva – vključenih okoli 140.000 psihoterapevtov, Strasburška deklaracija pa ostaja še vedno njena »Magna Charta«: sečišče njenih prizadevanj za psihoterapijo kot samostojen in svoboden poklic na visoki znanstveni ravni.

Za svoj bližnji cilj si je EAP zastavila Evropsko diplomu iz psihoterapije (EDP), ki naj bi skrbelo za izobrazbo psihoterapevtov, usklajeno s standardi EAP, in naj bi zagotavljala njihovo mobilnost znotraj Evropske unije (EU). Za ta projekt je EAP porabila sedem let. Ni se bilo lahko zediniti in določiti minimalne izobraževalne standarde povsem različnih pristopov, od psihoanalitsko usmerjenih, ki so imeli dolgoletno in zahtevno izobraževanje, do novejših, ki so začeli z dokaj nezahtevnim izobraževanjem ter so si postopno izoblikovali pregledne in obvezne izobraževalne strukture. Nič lažje ni bilo določiti skupnega imenovalca psihoterapevtskih tradicij večine evropskih dežel. Po sedmih letih pogajanj, usklajevanj in pojasnjevanj, zakaj so trije stebri edukacije – teorija, osebna izkušnja in praksa pod supervizijo – nujni pogoj za vsakega

psihoterapevta, je letna skupščina EAP v Rimu leta 1997 dosegla soglasje glede besedila EDP (Bohak, 2002, 2006ab).

Najpomembnejši del besedila je govoril o vsebini in obsegu psihoterapevtskega izobraževanja. Dogovorili so se, da celotno izobraževanje ne sme obsegati manj kot 3.200 ur, porazdeljenih v času sedmih let, in da je potrebno vsaj štiri leta opraviti v enem od priznanih psihoterapevtskih pristopov. V naslednjih letih so določili, da so prva tri leta (v obsegu najmanj 1.400 ur) namenjena osnovnim psihoterapevtskim znanjem, t. i. propedeutiki, skupnim za vse bodoče psihoterapevte. Šele absolventi propedeutike se odločijo, v katerem znanstveno priznanem psihoterapevtskem pristopu bodo nadaljevali specialno, štiriletno edukacijo. Pristop pa mora biti:

- dobro definiran in se mora razlikovati od drugih psihoterapevtskih pristopov ter mora imeti jasno teoretično osnovo;
- teorija mora biti integrirana s prakso, pristop mora biti uporaben za širok spekter problemov in dokazano učinkovit;
- EAP mora pristopu priznati znanstveno veljavnost in ustrezne strokovne organizacije v več evropskih državah jo morajo sprejeti kot veljavno (Bohak, 2002).

Kandidatu se po načelu priznavanja znanja in spretnosti, ki po vsebini in zahtevnosti ustrezajo programom splošnega in specialnega psihoterapevtskega izobraževanja, lahko na obeh ravneh upoštevajo spretnosti, usposobljenosti ter kompetence, ki jih je pridobil v okviru drugih izobraževanj (npr. v okviru sorodnega strokovnega ali univerzitetnega študija). V tabeli 1 so bolj podrobno opredeljeni pogoji za splošno in specialno psihoterapevtsko izobraževanje po standardih EDP, ki jo je do oktobra 2010 prejelo 5940 psihoterapevtov iz različnih evropskih držav (4.798 jih je v registru na sedežu EAP) (Slavković in Ginger, 2010).

Tabela 1: Pogoji za splošno in specialno psihoterapevtsko izobraževanje po standardih in normativih Evropske diplome iz psihoterapije

<b>Dolžina in vsebina SPLOŠNEGA PSIHOTERAPEVTSKEGA IZOBRAŽEVANJA</b>
<p>Splošno psihoterapevtsko izobraževanje oziroma psihoterapevtska propedeutika po kriterijih EAP mora vsebovati teoretični in praktični del. Celotna dolžina in obseg propedeutike mora biti najmanj 1.400 ur, porazdeljenih v času najmanj dveh let.</p> <p>1) <b>Teoretični del</b> mora v skupnem številu najmanj 850 ur vsebovati naslednje ali primerljive vsebine:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Osnove in mejna področja psihoterapije, vključno s supervizijo, posebno pa uvod v: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zgodovino področja, razvoj in predstavitev psihoterapevtskih pristopov, koncepte globinske psihologije, systemske teorije, teorije učenja in teorije komunikacije v obsegu najmanj 170 ur;</li> <li>• teorije osebnosti in interakcijske teorije v obsegu najmanj 30 ur;</li> <li>• občo in razvojno psihologijo v obsegu najmanj 60 ur;</li> <li>• rehabilitacijo in specialno pedagogiko v obsegu najmanj 30 ur;</li> <li>• psihodiagnostiko in podajanje strokovnih mnenj v obsegu najmanj 60 ur ter</li> <li>• oblike psihosocialnih intervencij v obsegu najmanj 60 ur.</li> </ul> </li> </ol>



2. Osnove psihiatrije in nevroznanosti, posebno pa uvod v:
  - medicinsko terminologijo v obsegu najmanj 30 ur;
  - nevrobiologijo, nevropsihologijo, psihofiziologijo, psihoimunologijo v obsegu najmanj 80 ur;
  - psihopatologijo, psihosomatiko vseh starostnih obdobj, s posebnim poudarkom na psihoterapiji otrok in mladostnikov ter gerontološki psihoterapiji in forenzičnih vidikih psihoterapije v obsegu najmanj 170 ur;
  - psihofarmakologijo v obsegu najmanj 25 ur.
3. Osnove raziskovalnega dela in znanstvene teorije v obsegu najmanj 75 ur.
4. Etična vprašanja v obsegu najmanj 30 ur.
5. Zdravstveno in socialno varstvo in zakonodajo v obsegu najmanj 30 ur.

2) **Praktični del** mora v skupnem številu najmanj 550 ur vsebovati naslednje vsebine:

1. Lastno izkušnjo individualne ali skupinske psihoterapije v obsegu najmanj 50 ur.
2. Prakso v zdravstvenih in/ali socialno varstvenih ustanovah, društvih na področju psihosocialne pomoči, ki mora biti opravljena pod strokovnim vodstvom mentorjev v ustanovah in supervizorjev izobraževanja. Praksa mora obsegati najmanj 480 ur, skupaj s:
3. Supervizijo prakse v obsegu najmanj 20 ur.

### **Dolžina in vsebina SPECIALNEGA PSIHOTERAPEVTSKEGA IZOBRAŽEVANJA**

Specialno psihoterapevtsko izobraževanje iz določenega psihoterapevtskega pristopa po kriterijih EAP mora vsebovati teoretični in praktični del. Celotna dolžina in obseg specialnega izobraževanja mora biti najmanj 1.800 ur, porazdeljenih v času najmanj štirih let.

1) **Teoretični del** v obsegu 500 do 800 ur mora vsebovati sledeče elemente, ki so v skladu s standardi psihoterapevtskega pristopa:

- Teorije človeškega razvoja za vsa življenjska obdobja.
- Razumevanje drugih psihoterapevtskih pristopov.
- Teorije spremembe.
- Razumevanje družbenih in kulturnih vprašanj, povezanih s psihoterapijo.
- Teorije psihopatologije.
- Teorije ocenjevanja in intervencij.

2) **Praktični del** mora vsebovati naslednje elemente:

1. Osebna skupinska ali individualna učna izkušnja ali ekvivalent v obsegu najmanj 250 ur. To vključuje učno analizo [*training analysis*], osebno izkušnjo [*self-experience*] in druge individualne ali skupinske metode, ki vsebujejo elemente samorefleksije, terapije ter osebne izkušnje. Psihoterapevtski pristopi uporabljajo različne izraze za ta pojem. Vsako izobraževanje mora zagotoviti, da kandidati primerno prepoznavajo in ravnavajo s svojo osebno prizadetostjo ter lastnimi prispevki k psihoterapevtskim procesom – v

skladu s svojim specifičnim pristopom.

2. Praksa v obsegu 300 do 600 ur, v skladu s psihoterapevtskim pristopom pod nenehno supervizijo v obsegu najmanj 150 ur, ki mora trajati najmanj dve leti. Praksa lahko poteka z različnimi klientskimi sistemi: posamezniki, pari, družinami, skupinami. Pomembno je, da poteka del prakse v okviru sistema institucij za varovanje duševnega zdravja in v institucijah socialnega varstva ali da je omogočena ekvivalentna strokovna izkušnja: praksa mora omogočiti ustrezno izkušnjo psiho-socialne krize in sodelovanja z drugimi strokovnjaki na področju varovanja duševnega zdravja ter na področju socialnega varstva. Supervizijo, izobraževanje in učno psihoterapijo (kjer je možno) naj izvajajo psihoterapevti, ki imajo izobrazbo, skladno s kriteriji EDP. Nadaljnega izobraževanja za učitelje in supervizorje ti kriteriji ne vključujejo, vendar se morajo učitelji ter supervizorji kljub temu nenehno izobraževati.

Žal do danes različne članice EU in evropske akreditirajoče organizacije za različne pristope, ki so včlanjene v EAP, niso bile dosledne pri razvijanju propedeutike oziroma pri zahtevi, da je le ta nujen pogoj za podelitev EDP. Tako ostaja EDP s splošnim in specialnim delom s strani EAP priporočen standard, seveda pa EAP nima pooblastil, da bi lahko od svojih članic in članov to tudi zahtevala oziroma neizpolnjevanje sankcionirala. To je prepuščeno pravni ureditvi posameznih članic EU, tam, kjer ni zakona, pa odločitvi nacionalnih krovnih organizacij.

## **Psihoterapija ima tradicijo**

Zibelka sodobne psihoterapije je Evropa, čeprav je splošna človeška izkušnja širom po svetu kazala, da je mogoče mnoge duševne motnje in stiske obvladovati ter učinkovito zdraviti z besedo, pogovorom, telesno sprostitvijo, korekcijo stališč ter prepričan, sugestijo in prepričevanjem (persuazijo). Čeprav so takšna naravna sredstva postopoma pridobivala na znanstvenem pomenu že ob koncu 19. in v začetku 20. stoletja, zlasti v francoski šoli Charcota in Janeta, se je njihova znanstvena uveljavitev in uporaba razcvetela šele v prvi polovici 20. stoletja s prispevkom Sigmunda Freuda in uveljavitvijo psihoanalize ter njenih kasnejših modifikacij, pa tudi z razvojem drugih psihoterapevtskih šol oziroma pristopov.

Sodobna psihoterapija je torej stara približno dvesto let. Franz Anton Mesmer (1734–1814) je odkril učinke hipnoze in oblikoval prvo metodo zdravljenja. V 19. stoletju zasledimo že mnogo poročil o razvoju psihoterapije v Evropi, kar pa ni privedlo do sistematskega razvoja do konca 19. stoletja, do Sigmunda Freuda (1856–1939). Freud je utemeljil psihoanalizo, ki jo laiki še danes enačijo s psihoterapijo. To je možno zato, ker Freud ni razvil psihoanalize le kot psihoterapevtske metode in ni vplival le na krog sodelavcev, ampak je bil izjemno ploden ter dober pisec (dobil je na primer prestižno literarno Goethejevo nagrado), tako da so njegova dela postala del evropske kulture. Po njegovi zaslugi se psihoanaliza razvija tudi kot filozofija in orodje spoznanja onstran patološkega. Hkrati je bil neutrujen organizator in vodja psihoanalitičnega gibanja, ki je imelo redna strokovna srečanja, bogato izdajateljsko ter – danes bi rekli – promocijsko dejavnost. S tem je dal zgled, kako je možno celostno razvijati stroko oziroma organizirati psihoterapijo kot avtonomno družbeno gibanje. Pred nacizmom so številni psihoanalitiki zbežali iz Evrope v ZDA, tako da so po vojni ZDA kmalu postale vodilna sila tudi v psihoterapiji.

V zadnjih desetletjih so se razvili mnogi novi psihoterapevtski pristopi in dobili svoje mesto med priznanimi psihoterapevtskimi šolami, kot npr. transakcijska analiza, geštalt, sistemska in vedenjsko-kognitivna terapija idr. V zadnjih dvajsetih letih se je tako utrdilo razumevanje psihoterapije kot množice vseh tistih postopkov in metod, ki z razvijanjem lečечеge odnosa med psihoterapevtom ter pacientom zdravilno vplivajo na duševne, psihosomatske in psihosocialne motnjeter stiske, pa tudi lajšajo trpljenje pri kroničnih telesnih boleznih ter izboljšujejo kakovost življenja nasploh.

## **Psihoterapija – poklic prihodnosti**

Danes so v razvitih družbah duševne motnje in stiske, psihosomatske bolezni in druge čustvene stiske vse bolj pogoste ter za uspešno vsakodnevno življenje moteče. Ta dejstva porajajo vse večje potrebe po psihoterapiji in spodbujajo družbene zahteve po izdatnejši psihoterapevtski oskrbi prebivalstva, ki naj jo izvajajo primerno izobraženi in usposobljeni, specializirani strokovnjaki.

Glede na različne epidemiološke študije potrebuje psihoterapevtsko pomoč v specifičnih situacijah od 3 do 30 % prebivalstva. Poleg tega Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je potreben en psihoterapevt na 1.000 ljudi (v Sloveniji bi torej potrebovali 2.000 psihoterapevtov, imamo jih pa okoli 200, pa še od teh le redki opravljajo psihoterapijo v polnem delovnem času). Večina članic EU tega standarda ni dosegla. Zato bo v prihodnosti po psihoterapiji veliko povpraševanje (Pritz, 2010). Če torej lahko za katerega od poklicev rečemo, da je poklic prihodnosti, je to prav gotovo poklic psihoterapevta. Temu v prid govorijo, ob siceršnjem spoznanju, da je sodobni, globalizirani človek vse manj odporen na vse večje zahteve in izzive življenja, tudi rezultati raziskav, ki potrjujejo učinkovitost in uspešnost psihoterapevtske obravnave. Tako sta npr. Lambert in Barley (2002) na osnovi pregleda raziskav o učinkovitosti psihoterapije zaključila, da lahko po šestdesetih letih raziskovanja zanesljivo trdimo, da je na splošno psihoterapija uspešna in da je povprečni klient v psihoterapevtski obravnavi v 80 % na boljšem kot klient brez psihoterapevtske obravnave. Poleg tega primerjalne študije različnih terapevtskih metod niso pokazale bistvenih razlik v učinkovitosti temeljnih terapevtskih pristopov (t. i. »Dodo efekt« – vsi so zmagovalci).

Zaradi epidemične razširjenosti duševnih motenj je njihovo zdravljenje povsod ena od osrednjih tem. Vendar pa ugotavlja poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) za leto 2002, da ima po vsem svetu dostop do psihoterapije le okrog 250 milijonov ljudi in da približno enako število ljudi nima dostopa do psihoterapevtske pomoči – in to iz več razlogov. Naj jih naštejemo le nekaj: pomanjkanje psihoterapevtskega izobraževanja, napačne prioritete, ki jih sprejemajo nosilci politike zdravstvenega varstva, pomanjkanje znanja o možnostih, ki jih psihoterapija lahko nudi. Ne nazadnje pa povsod po svetu narašča pomen psihoterapije tudi zaradi lahkega dostopa do informacij preko svetovnega spleta.

Skoraj stoletje po prvih poskusih uveljavitve psihoterapije kot novodobne znanstvene discipline je njen razvoj napredoval in posegel v družbeno življenje do te mere, da terja pravno normiranje ter ustrežno umestitev psihoterapevtske dejavnosti v zdravstveno dejavnost. Ker so kriteriji za oceno pravne ureditve psihoterapije različni, so različne tudi ocene, v koliko evropskih državah je do zdaj sprejet zakon o psihoterapevtski dejavnosti. Tako ocenjuje npr. Ginger (2010), da v osmih, Strauss pa v enajstih (Strauss, 2010) (glej tabelo 4), vsekakor pa v številnih deželah EU

poteka intenzivno delo za sprejem zakona.

## Splošno o pravnih ureditvah psihoterapije v evropskih državah

Zaradi razlik v psihoterapevtskem izobraževanju in v načinu izvajanja psihoterapije med evropskimi državami so ocene o številu psihoterapevtov v Evropi različne: Pritzova (2002) je npr. 300.000, Gingerjeva (2010) pa 150.000. Njihova gostota se po posameznih državah zelo razlikuje (glej tabelo 2 in 3): od 65 do 85 (na 100.000 prebivalcev) v Avstriji, Italiji in Švici ali Belgiji, do 10 in manj v državah vzhodne Evrope. Prav tako se razlikujejo ocene o dostopnosti psihoterapije (glej tabelo 3).

Tabela 2: Ocena gostote poklicnih psihoterapevtov (na 100.000 prebivalcev) (po Ginger, 2010: 12–13)

Država	Gostota poklicnih psihoterapevtov na 100.000 prebivalcev	Število poklicnih psihoterapevtov	Število prebivalcev v milijonih
Avstrija	87	7.000	8
Italija	67	40.000	60
Švica	65	5.000	8
Belgija	65	7.000	11
Švedska	55	5.000	9
Srbija	40	3.000	7
Nizozemska	37	6.000	16
Nemčija	33	28.000	86
Irska	31	1.200	4
Madžarska	26	2.600	10
Finska	23	1.200	5
Francija	20	13.000	64
Velika Britanija	17	10.000	60
Kosovo	16	300	2
Danska	15	800	5
Portugalska	14	1.500	11
Malta	12	50	0,4
Norveška	12	600	5
Španija	10	4.500	43
Slovenija	10	200	2
Latvija	8	180	2
Slovaška	8	430	6
Hrvaška	7	300	4
Romunija	5	1.200	22
Rusija	4	5.000	142

*Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?*

73

<b>Litva</b>	4	120	3
<b>Makedonija</b>	2	40	2
<b>Ukrajina</b>	1	330	46
<b>SKUPAJ</b>	22	147.550	682

Tabela 3: Primerjava o dostopnosti psihoterapije v nekaterih evropskih državah (po Priebe in Wright, 2006)

<b>Država</b>	<b>Anglija</b>	<b>Francija</b>	<b>Nemčija</b>	<b>Italija</b>	<b>Nizozemska</b>	<b>Švica</b>
<b>Število psihoterapevtov (javno)</b>	38.000 članov strokovnih združenj iz pst in svetovanja, od teh 13.400 priznanih (23 / 100.000 prebivalcev)  Delajo v multidiscipl. timih v javnem zdravstvu, prostovoljskih organizacijah in neodvisno	Okoli 8000 do 12.000 pstpevtov (13 do 20 na 100.000 prebivalcev)	16.000 psiholoških pstpevtov in 3500 medicinskih pstpevtov (24 na 100.000 prebivalcev)	Okoli 35.000 pstpevtov v nacionalnem registru (60 na 100.000 prebivalcev). 12-13.000 je dokončalo polno izobraževanje  Delajo v timih za varstvo duševnega zdravja ali privatno	Okoli 6000 pstpevtov (37 na 100.000 prebivalcev)	1700 psihiatrov za odrasle, 2600 psiholoških pstpevtov (59 na 100.000 prebivalcev)  Običajno delajo sami
<b>Napotitev k psihoterapevtu</b>	Preko splošnih zdravnikov, zdravstvenih delavcev	Ni formalno določenega postopka na potitve	Samo-napotitev ali preko strokovnjakov	Samo-napotitev ali preko strokovnjakov	Preko delodajalca, splošnega zdravnika ali zdravstvenih delavcev.	Samo-napotitev
<b>Število seans plačanih v okviru javnega zdravstva</b>	Se razlikuje glede na problem: 6-40 Stroške 37-117 Evrov na srečanje pokrije javno zdravstvo	Ni omejitve glede števila srečanj 44-59 Evrov na srečanje	Zavarovalnice plačajo najmanj 25 srečanj in še do 100 dodatnih 77 Evro na srečanje	Zavarovalnice plačajo 30 do 50 srečanj  70-100 Evrov na srečanje	Država plača največ 25 srečanj  Prispevek klienta je 15 Evrov na srečanje	Zavarovalnice plačajo okoli 30 srečanj  132 Evrov na srečanje
<b>Nadzor nad kvaliteto in izidom</b>	Nadzor nad kvaliteto se izvaja samo preko akreditacijskih pravil; omejen nadzor nad izidom	Ni formalnega nadzora nad kvaliteto; delni nadzor izvajajo psihoterapevtska združenja	Stroga pravila za akreditacijo, ni nadzora nad izidom	Ni nadzora nad kvaliteto in izidom	Nadzor nad kvaliteto samo preko akreditacije; ni nadzora nad izidom	Pravila za akreditacijo, ni nadzora nad izidom

V večini držav EU je dostop do izobraževanja za psihoterapevta kot drugega poklica odprt za ljudi z različnimi predizobrazbami. Po podatkih ene od raziskav je v 21 državah EU stanje tako

(v oklepaju je število držav): psihologi (21), zdravniki (21), socialni delavci (15), pedagogi (11), medicinske sestre (12), socialni pedagogi (5), učitelji (3), teologi (3), drugi poklici (8) (Strauss, 2010).

Če se je sodobna psihoterapija sprva morala spopadati s splošnimi problemi sprejemanja, je danes širom po svetu splošno priznana tako v zdravstvu kot v najširši javnosti, čeprav v večini dežel še ni optimalno razširjena glede na možnosti in zmožnosti, ki jih ponuja. Na ravni EU je psihoterapija eden izmed »regularnih poklicev«, ni pa na tej ravni regulirana. Leta 1985 so sprejeli prvo pravno ureditev psihoterapije na Švedskem, ko so uvedli sistem podeljevanja licenc za različne psihoterapevtske pristope. Postopno so sledile pravne ureditve v drugih evropskih deželah, npr. Avstrija, Finska, Nemčija, Italija, Nizozemska, Švica (kantonalna ureditev), Francija, Malta idr. Velika Britanija je uredila status psihoterapevta s priznanjem naziva *psihoterapevt* v okviru strokovnega združenja (UKCP – United Kingdom Council of Psychotherapy). Tako so pravne ureditve psihoterapije v evropskih deželah na treh različnih ravneh: kot državni zakon (npr. Nemčija, Italija, Nizozemska), na regionalni ravni (npr. kantonska ureditev v Švici) ali v okviru strokovnega združenja (npr. Velika Britanija).

Te pravne ureditve v različni meri promovirajo razvoj psihoterapije kot poklica: prvič s tem ko omogočajo psihoterapevtsko izobraževanje ljudem različnih predhodnih izobrazb oziroma poklicev, drugič pa s tem ko priznavajo različne psihoterapevtske pristope. V nekaterih državah (npr. Nemčija, Italija, Nizozemska) je psihoterapija pravno urejena kot specializacija za psihologe in psihiatre, v drugih pa kot multiprofesionalna dejavnost, to pomeni kot poklic, do katerega imajo dostop različni poklici (npr. Avstrija, Finska, Francija, Nizozemska<sup>3</sup>, Švedska). V Avstriji je lahko psihoterapija tudi prvi poklic.

Ker psihoterapija na ravni EU (še) ni reguliran poklic, ki bi na ta način užival prednosti avtomatskega priznavanja v okviru EU, za psihoterapevte trenutno velja splošni način priznavanja. Načelno ta splošni način zagotavlja medsebojno priznavanje poklicnih kvalifikacij med članicami EU preko nostrificiranja diplom. Vendar pa država gostiteljica v okviru tega splošnega načina ohranja pravico, da predpiše minimalno raven kvalifikacije za izvajanje poklica in oceni, ali diploma, ki jo je kandidat pridobil v drugi članici EU, ustreza minimalni kvalifikaciji. Tako lahko vsaka država po svoji presoji naloži kandidatu, ki izvaja na ravni EU nereguliran poklic, določene dodatne pogoje, npr. preverjanje znanja ali obdobje prilagajanja do treh let. Ker ta splošni način priznavanja ovira svobodo prehajanja strokovnjakov med državami EU, so ustanove EU uvedle nov koncept t. i. **skupne platforme**, ki naj bi poenostavila postopke priznavanja poklicnih kvalifikacij med članicami EU. Taka poenostavitev zagotavlja večjo legalno varnost in je v interesu držav članic kot tudi v interesu delavcev migrantov.

Skupno platformo predstavlja niz kriterijev za poklicne kvalifikacije, ki za določen poklic omogočajo primerno kompenziranje pomembnih razlik med izobraževalnimi zahtevami v različnih članicah EU. Pomembne razlike ugotovi posebna komisija EU v Bruslju na osnovi primerjave dolžin in vsebin izobraževanja v najmanj 2/3 članic EU, med katerimi morajo vse izpolnjevati pogoj, da v njih obstaja pravna ureditev poklica. Pomembno je, da so lahko razlike v izobraževanju in usposabljanju posledica pomembnih razlik v obsegu ter področjih poklicnih dejavnosti. Kriteriji morajo biti postavljeni na tak način, da zagotavljajo, da članica EU X, ki ima bolj zahtevne pogoje za nek poklic kot članica EU Y, ne more zahtevati dodatnih izpitov ali obdobje prilagajanja za strokovnjaka, ki se je izobraževal v članici EU Y, ker ustrezajo skupni platformi.

EAP si kot reprezentativna evropska krovna psihoterapevtska organizacija v Bruslju že nekaj let prizadeva za skupno platformo pravne ureditve psihoterapije v EU. Cilj je, da bi vzpostavili centralno zakonodajo in licenciranje za države EU. Prednosti take platforme bi bile, da bi:

- po vseh državah EU priznali psihoterapijo kot samostojen poklic;
- psihoterapevti prosto prehajali med državami EU;
- zagotovili enotne standarde izobraževanja in podeljevanja licenc;
- na splošno dvignili kakovost psihoterapevtskih standardov.

Kljub razlikam lahko prepoznamo skupne temelje psihoterapevtskih izobraževanj (glej tabelo 4). Trije stebri izobraževanja, ki jih je sprva poznala psihoanaliza, so postali standard za vse psihoterapevtske edukacije: osebna izkušnja, teorija in praksa. Doseženo je tudi soglasje, da je za bodočega psihoterapevta potrebno več let izobraževanja. V večini primerov poteka izobraževanje v zasebnih ustanovah in v civilnem, neprofitnem sektorju, npr. v društvih, običajno kot podiplomski študij ali kot nadaljnje izobraževanje. Študij ponavadi obsega več tisoč ur.

Tabela 4: Splošne značilnosti psihoterapevtskega izobraževanja v 23 evropskih deželah (po Straussu, 2010)

	ŠTEVILO EVROPSKIH DEŽEL N = 23
Zakonska ureditev psihoterapije	11
Razlikovanje med psihoterapijo za odrasle in za otroke/mladostnike	7
Različni vstopni kriteriji za psihoterapijo odraslih in otrok/mladostnikov	samo v Nemčiji
Za vstop v psihoterapevtsko izobraževanje je dovolj bakalavreat po bolonjskem sistemu	4 (v razpravi še v 3 državah)
Programi izobraževanja so povezani z univerzami	12
Sprejeti so različni psihoterapevtski pristopi:	
- brez uradnih dovoljenj za zdravljenje	9
- kognitivno-vedenjski, psihodinamski plus 1 do 2 pristopa	5
- več (do 22 pristopov)	9
Prizadevanja za oblikovanje integrativnih programov izobraževanja iz psihoterapije	2
Zdravila lahko predpisujejo tudi nezdravniki	0

Skladno z direktivo D89/48 EEC so v EU poklici urejeni na dva načina:

- Po 1a členu se šteje, da je poklic urejen, če je poklicna dejavnost prepoznana in določena, direktno ali indirektno, z zakoni, pravili ali administrativno ureditvijo, vse do posedovanja diplome, hkrati z zaščitenim poklicnim nazivom. Vključitev v poklic zagotavljajo pristojne oblasti ali uradno pooblašene organizacije in združenja. Po kriterijih tega člena imajo regulirano psihoterapevtsko dejavnost npr. na Švedskem, Finskem, Nizozemskem, v Nemčiji, Italiji, Avstr-

<sup>3</sup> Na Nizozemskem obstajata obe rešitvi: psihoterapija kot specializacija za psihologe in psihiatre ter kot multiprofesionalna dejavnost.

iji in Švici (kantonalna ureditev).

- Po členu 3b se šteje poklic urejen, čeprav ni določen z zakonom, s pravili ali z administrativno ureditvijo in naziv poklica ni zaščiten, vendar obstaja opis poklica skupaj z določili za izobraževanje ter usposabljanje. Po kriterijih tega člena imajo regulirano psihoterapevtsko dejavnost npr. v Veliki Britaniji, kjer so uredili status psihoterapevta s priznanjem naziva v okviru nacionalnega krovnega strokovnega združenja (UKCP – United Kingdom Council of Psychotherapy).

Ponekod pokrivajo psihoterapevtsko dejavnost z zakonodajo v okviru predpisov za zdravstveno dejavnost, tako da imajo specifične zakone za posamezne dejavnosti: zdravniško, psihološko, za klinične socialne delavce. Tako npr. Nemčija ureja s posebnim zakonom poklic psihologa oziroma zdravnika psihoterapevta in nezdravnika psihoterapevta, a jim ta delitev povzroča precej težav. Podobne težave imajo v Italiji, kjer podeljujejo naziv psihoterapevt samo psihologom in zdravnikom. Zato obstaja vse več teženj k enotnemu predpisu za vse oblike psihoterapevtske dejavnosti.

Tudi v deželah drugih celin obstajajo različne pravne ureditve psihoterapije, npr. v ZDA, v Argentini, v Čilu, vendar v okviru drugih poklicnih skupin: psihologov, psihiatrov in kliničnih socialnih delavcev, kjer psihoterapije ne obravnavajo vedno kot poklic z lastnimi pravicami. V ZDA in v Kanadi plačujejo psihoterapevtske storitve v okviru teh poklicev že dolga leta zavarovalnice. Ključni del pravne ureditve so etična načela in iz tega izhajajoče psihoterapevtove obveznosti.

### **Podrobnejši prikaz pravne ureditve psihoterapije po evropskih državah**

Na osnovi podatkov EAP iz leta 2008 (Colden, 2008) podajam primerjalni pregled pravne ureditve psihoterapevtske dejavnosti v naslednjih državah (glej tabeli 5 in 6): Nemčija, Francija, Madžarska, Italija, Latvija, Malta, Nizozemska, Finska, Avstrija, Bolgarija, Švedska in Velika Britanija. Podrobnejši prikaz vsake od držav v tabeli sledi v nadaljevanju, dodal sem še Belgijo, ker so njena protislovja poučna.



Tabela 5: Pravne ureditve psihoterapije v različnih evropskih državah (prvi del).

Kratice: PT = psihoterapija/vt, PA = psihoanalitičen, KVT = kognitivno-vedenski, Psidin = psihodinamski (po Colden, 2008).

	NEMČIJA	FRANCIJA	MADŽARSKA	ITALIJA	LATVIJA	MALTA	NIZOZEMSKA
<b>Zakonodaja</b>	Nemški zakon o psihoterapiji (1999), Zakon o zdravilstvu (1939)	Zakon 2004-806 o zdravstveni politiki; člen 52 (»Uporaba naziva psihoterapevt«)	Zakon o zdravstvenem varstvu 1997	Zakon za poklic psihologa (zakon št. 56, 1989); dekret št. 509 1998	Ukaz ministrstva za zdravstveno varstvo št. 11, 2002: »O potrditvi pravne ureditve za zdravstvene poklice«	Akt XII: Akt o zdravstvenih poklicih; Tretji seznam: Poklici, komplementarni medicini, 2003.	Akt o individualnih zdravstvenih poklicih (Wet BIG), 2003, člen 5
<b>Samostojen poklic</b>	da	da	ne	ne	ne	da	da
<b>Širša regulacija</b>	ne	da	da	da	da	ne	da
<b>Definicija PT</b>	da	ne	da	da	da	da	ne
<b>Minimalne akademske zahteve</b>	magister psihologije, pedagogike ali medicine	bakalavreat	zdravnik ali podiplomska stopnja iz psihologije	zdravnik ali doktorat iz psihologije	zdravnik	bakalavreat	bolonjski magisterij (npr. psihologija, medicina, pedagogika itn.)
<b>Izobraževanje v letih</b>	3–5 let	4 leta	4 leta	4 leta	4 leta	4 leta	4 leta
<b>Izobraževanje v urah</b>	4.200 ur	ni določeno	1.850 ur	2.000 ur	ni določeno	3.200 ur	3.680 ur
<b>Vsebina izobraževanja določena</b>	da	ne	da	da	da	da	da
<b>Minimalna starost</b>	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
<b>Pristopi</b>	<u>3 pristopi</u> : PA; Psidin (globinski); KVT	<u>vsí pristopi</u>	<u>14 pristopov</u>	<u>vsí pristopi</u>	<u>1 pristop</u> : Psidin	vsí pristopi, razen gestalt v procesu	<u>vsí pristopi</u>
<b>Obvezni register</b>	da	ne	da	da	ne	da	da
<b>Naziv</b>	državna licenca psihološke PT; otroški & mladostniški PT; Medicinski PT	psihoterapevt	zdravnik, specializiran v PT; klinični psiholog, specializiran v PT	specializacija v PT: analitska, relacijska, ali kognitivna	doktor psihoterapevt	psihoterapevt	BIG psihoterapevt
<b>Organizacije, ki urejajo</b>	BDP; DGP; DVP	FFdP	ni določeno	ni določeno	LPS	MAP	NAP

Tabela 6: Pravne ureditve psihoterapije v različnih evropskih državah (drugi del) (po Colden, 2008)

	FINSKA	AVSTRIJA	BOLGARIJA	ŠVEDSKA	VELIKA BRITANIJA
<b>Zakonodaja</b>	Akt o zdravstvenih poklicih št. 559/94, 1994; Dekret o zdravstvenih poklicih št. 564/94, 1994	Avstrijski zakon o psihoterapiji (PthG, BGBl. Št. 361/1990, 1991)	Dekret št. 1 o medicinskih dejavnostih: za osebe, ki trpijo za duševnimi motnjami, 2007	Zakon 1998: 531; ukaz 1998: 1513: »O reguliranih poklicih v okviru sistema zdravstvenega varstva«;Ukaz o visokem šolstvu 1993: 100	Akt zakona o duševnem zdravju, 2007; [Bela listina o zaupanju, zavarovanju in varnosti: pravna ureditev za zdravstvene delavce]
<b>Samostojen poklic</b>	da	da	ne	da	da
<b>Širša regulacija</b>	ne	ne	da	da	da
<b>Definicija psihoterapije</b>	ne	da	da	ne	ne
<b>Minimalne akademske zahteve</b>	bakalavreat	maturitetna diploma	magister medicine ali klinične psihologije; magisterij ali bakalavreat iz socialne pedagogike; stopnja medicinske sestre in specializacija za socialno delo	Za vstop v temeljni 3-letni program: srednja šola. Za vstop v specialno edukacijo: 4-letna univ. stopnja v psihiatriji, psihologiji, socialnem delu, medicinske sestre ali teologi.	ni določeno
<b>Izobraževanje v letih</b>	3–6 let	5–11 let	ni določeno	5 let	ni določeno
<b>Izobraževanje v urah</b>	380 ur	3.125 ur	ni določeno	2.000 ur	ni določeno
<b>Vsebina izobraževanja določena</b>	ne	da	ne	da	ne
<b>Minimalna starost</b>	ne	28	ne	ne	ne
<b>Priznani pristopi</b>	ni določeno	<u>22 pristopov</u>	<u>vsi pristopi</u>	<u>9 pristopov</u> : PA; Psidin; skupinski; otroška in adolescentna pst; KVT; kognitivni; družinski, hipnoterapevtski, PA parov	ni določeno
<b>Obvezni register</b>	da	da	ne	da	ne
<b>Naziv</b>	psihoterapevt	psihoterapevt	ni določeno	psihoterapevt z licenco	ni določeno

<b>Organi- zacije, ki urejajo</b>	ni določeno	ÖBVP	ni določeno	ni določeno	UKCP; BPC;
---	-------------	------	-------------	-------------	------------

## Avstrija – evropska prvakinja v zakonski ureditvi psihoterapije

Pritz (2002) je na kratko povzel zgodovino psihoterapije v Avstriji. Dunaj je bil konec 19. stoletja njena zibelka, ko je Freud položil temelje znanstveni psihoterapiji. Freud je svojo metodo poimenoval »psihoanaliza«. Postala je znana po vsem svetu in še danes je najpogosteje uporabljani sinonim za psihoterapijo. Poleg psihoanalize so se v Avstriji razvile tudi druge psihoterapevtske metode, npr. individualna psihologija, ki jo je razvil Alfred Adler (1870–1936) in logoterapija Viktorja Frankla (1904–1997). Obdobje nacionalnega socializma (1938–1945) je grobo prekinilo izjemen razvoj psihoterapije v Avstriji, vendar so se po letu 1945 kmalu začeli kazati znaki oživljanja psihoanalize.

V sedemdesetih je prišlo do pravega razcveta novih psihoterapevtskih pristopov (npr. na osebo usmerjena terapija Carla Rogersa, psihodrama, geštalt terapija, avtogeni trening, hipnoza, sistemska družinska terapija idr.). Sledila je entuziastična faza razvoja, ki ga je med drugim spodbudilo ustanavljanje oddelkov na medicinskih fakultetah na Dunaju, v Gradcu in Innsbrucku, ki so v svojih imenih imeli tudi besedo »psihoterapija«. Od leta 1980 so na teh univerzah uvedli tudi redna uvodna predavanja in seminarje iz psihoterapije na oddelkih za psihologijo ter pedagogiko.

Pomemben korak v razvoju se je zgodil leta 1981 z ustanovitvijo Krovne organizacije avstrijskih psihoterapevtskih društev (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie). Najprej se je v njej povezalo sedem društev, ki so si zastavila za cilj promocijo psihoterapije na nacionalni ravni. Po zakonu je bilo takrat samo zdravnikom dovoljeno opravljati psihoterapijo kot obliko zdravljenja. Kar 80 % tistih, ki so izvajali psihoterapijo, ni bilo zdravnikov, pač pa so imeli druge poklice iz psihosocialnega področja, npr. psihologi, socialni delavci in učitelji. To je vodilo do javne razprave o nadzoru kakovosti psihoterapevtskih storitev, krovna organizacija pa je na to navezala svoja prizadevanja za uveljavitev pravne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

Po petih letih zapletenih debat, različnih nasprotovanj in preobratov so avgusta 1990 sprejeli zakon o psihoterapiji, ki se je v naslednjih dvajsetih letih do danes pokazal kot dober (po mnenju mnogih kot do zdaj najboljši v Evropi), saj je izjemno spodbudil razvoj avstrijske psihoterapije:

- eksponentno je povečal priliv sredstev iz proračuna (glej tabelo 7),
- povečalo se je število psihoterapevtov in
- izboljšala se je dostopnost do psihoterapevtskih storitev.

Avstrijski zakon velja za vzorčen zakon, ker je v svoje besedilo prevzel duha Strasburške deklaracije iz leta 1990, ki psihoterapijo opredeljuje kot svoboden in samostojen poklic na visoki znanstveni ravni. Leta 1991 so na podlagi Zakona o psihoterapiji spremenili Zakon o splošni socialni varnosti, tako da so vključili v sistem javnega zdravstva pravico vsakega avstrijskega državljanca do psihoterapije, v kolikor jo potrebuje za zdravljenje bolezni. Od takrat so postopno uresničili to pravico, tako da danes v vseh devetih zveznih deželah v mreži javnega zdravstva

plačujejo psihoterapevtske storitve psihoterapevtom, ki so na uradnem seznamu (v letih 1992 do 2005 se je obseg teh sredstev povečal iz 3 na 35 milijonov EUR!). Povprečna cena je 60 EUR za individualno in 20 EUR za skupinsko seanso. Pacienti ne plačujejo ničesar. Od sprejema zakona leta 1991 je trajalo dobrih deset let, da so začele tudi avstrijske zasebne zavarovalnice plačevati psihoterapevtom v zasebni praksi (brez državne koncesije), tako da klientom povrnejo del stroškov, in sicer približno 25 EUR za seanso. Tako je bilo leta 2005 na celotnem avstrijskem psihoterapevtskem trgu za približno 220 milijonov EUR prometa (v zasebnem sektorju okoli 185 milijonov!).

Tabela 7: Eksponentna rast porabe sredstev Zdravstvenega in socialnega zavarovanja za psihoterapevtske storitve v obdobju 1992–2005 v Avstriji

Leto	Milijoni evrov
1992	3,20
1993	6,90
1994	8,43
1995	10,54
1996	11,85
1997	12,79
1998	14,17
1999	15,70
2000	16,13
2005	35

Na uradnih seznamih, dostopnih javnosti, je bilo februarja 2010 vpisanih okoli 7.000 psihoterapevtov, vendar so velike razlike v posameznih avstrijskih deželah, kar zadeva število prebivalcev na enega psihoterapevta: na Dunaju okoli 700, medtem ko je v južni Avstriji okoli 3.000 prebivalcev na enega psihoterapevta; druge zvezne dežele so med tema dvema skrajnostma.

Avstrijski psihoterapevti so celo desetletje pripravljali zakon o psihoterapevtski dejavnosti; po parlamentarni proceduri je postal pravnomočen s 1. januarjem 1991. Tako dolgo obdobje je bilo potrebno za oblikovanje zavesti, da je osebna izkušnja, ki je nekateri pristopi niso imeli, vendar nujno potrebna za bodočega psihoterapevta kakor tudi za iskanje zlate sredine med maksimalističnimi edukativnimi zahtevami, ki so jih zastopale psihoanalitično usmerjene šole, in minimalističnimi edukativnimi zahtevami, ki so jih zastopali nekateri mlajši psihoterapevtski pristopi, ne nazadnje pa tudi zato, da so nekateri mlajši pristopi uspešno opravili proces znanstvene validacije svoje šole.

Zakon dokaj podrobno govori o psihoterapevtskem izobraževanju, ki je razdeljeno na dva dela: osnovno izobraževanje ali propedeutika je skupna vsem bodočim psihoterapevtom in traja tri leta. Po končani propedeutiki se izobraževanje nadaljuje v eni izmed znanstveno priznanih psihoterapevtskih šol oziroma pristopov; ta specialna edukacija traja štiri leta. Avstrijski model edukacije je predstavljal izhodišče za dogovarjanje o edukativnih standardih v EAP in je z manjšimi popravki povzet v EDP.

Nadalje govori avstrijski zakon o pogojih za vključitev v sedemletno izobraževanje. V študij propedeutike se lahko vključi posameznik, ki je opravil zaključni izpit na splošni ali višji poklicni šoli, med katere spada tudi šola za učitelje in vzgojitelje, ali zaključni izpit na srednji ali kakšni drugi srednješolski izobraževalni ustanovi, ter tisti, ki je končal izobraževanje iz bolnišnične nege ali medicinsko tehnične službe.

V specialno psihoterapevtsko edukacijo se lahko vključi posameznik, ki je uspešno zaključil psihoterapevtsko propedeutiko ali izobraževanje na akademiji za socialno delo, pedagoški akademiji, visokošolski program glasbene terapije, edukacijo za družinsko ali zakonsko svetovanje ali je zaključil študij medicine, pedagogike, filozofije, psihologije, publicističnih in komunikacijskih ved, teologije. V praksi morajo kandidati za specialno edukacijo dopolniti predmete iz osnovnih psihoterapevtskih znanj, ki jih niso absolvirali v času višješolskega ali univerzitetnega študija. V specialni edukaciji lahko kandidati trenutno izbirajo med kar 22 pristopi, ki so na uradnem seznamu priznanih pristopov na Ministrstvu za zdravje.

Zakon še podrobno opredeljuje poklicne dolžnosti psihoterapevtov, kako naj se oblikuje skupen seznam oziroma register psihoterapevtov, pomembna so tudi določila o oblikovanju Psihoterapevtskega sveta in njegovih pristojnostih, saj je ta vrhovno upravljalno telo, ki lahko med drugim tudi odvzema licence. Svet deluje na Ministrstvu za zdravje pod okriljem zveznega kanclerja, to je predsednika vlade, ki svetu predseduje in ki lahko kot svojega zastopnika določi uslužbenca urada zveznega kanclerja. V svetu sedijo: zastopnik zveznega ministrstva za znanost in raziskovanje, pet zastopnikov strokovno pristojnih ter strokovno sorodnih univerzitetnih inštitutov in univerzitetnih klinik, po en predstavnik vsake od priznanih psihoterapevtskih izobraževalnih ustanov, zastopnik avstrijske zdravniške zbornice, zastopnik zvezne zbornice za obrtne vede, zastopnik glavnega združenja avstrijskih zavarovalnic, zastopnik avstrijske delavske zbornice, zastopnik avstrijske zveze delavskih sindikatov, zastopnik predsedniškega odbora avstrijske gospodarske zbornice in zastopnik psihološkega sveta, nastavljenega v uradu zveznega kanclerja. Skupaj je to okoli 60 članov sveta! In večinoma so psihoterapevti, to je namreč pogoj, razen pri redkih izjemah (npr. zastopnik zavarovalnic ni nujno, da je psihoterapevt ipd.). Zbornica psihoterapevtov zato v Avstriji nima nobene pomembne vloge oziroma pristojnosti.

Avstrijski zakon kar v treh členih govori o poklicnih dolžnostih psihoterapevtov. V njih povzame temeljne postavke etičnih zahtev, natančneje razčlenjenih v etičnem kodeksu, ki je poleg statuta temeljni akt vsakega psihoterapevtskega združenja.

Tudi v Avstriji je bila, tako kot v drugih državah EU, zadnja leta vedno večja ponudba izobraževanja iz psihoterapije na podiplomski ravni na univerzah (npr. univerzitetni programi v Gradcu, na Dunaju, v Salzburgu, Innsbrucku in na Podonavski univerzi v Kremssu), saj je naraščala potreba po odpravljanju zaostanka pri raziskovanju psihoterapije. Do tega je nedvomno prišlo tudi zato, ker se psihoterapevti (v Avstriji in še vedno tudi drugod po svetu) pretežno izobražujejo zunaj univerz. Samo vprašanje časa je bilo, kdaj bo razvoj psihoterapije v Avstriji prišel do točke, ko se bo odprl tudi dodiplomski študij psihoterapije na kateri od univerz.

To je se zgodilo oktobra 2005, ko se je okoli 200 študentov vpisalo v fakultetni študij psihoterapije na zasebni Univerzi Sigmunda Freuda (USF; [www.sfu.at](http://www.sfu.at)) na Dunaju. Kot prvi na svetu omogočajo možnost študija psihoterapije takoj po maturi po sodobnem bolonjskem tristopenjskem programu (tri leta prva – dodiplomska, dve leti druga – podiplomska, tri leta doktorska stopnja), ki pod isto streho ponuja izobraževanje in usposabljanje iz različnih psihoterapevtskih pristopov (za kar se študent odloči v tretjem letniku študija). Bachelor program je v prvih dveh letnikih usklajen s programom propedeutike in omogoča študentom spoznavanje področja psihoterapije kot celote, preden se odločijo za enega od psihoterapevtskih pristopov. Po zaključku prve stopnje dobijo študentje diplomu z nazivom *Bakalavreus psihoterapevtske znanosti*, na drugi stopnji pa naziv *Magister psihoterapevtske znanosti* in na tretji *Doktor psihoterapevtske znanosti*. Z ustanovitvijo USF na Dunaju je poudarjena samostojnost psihoterapije kot znan-

stvene discipline, po drugi strani pa so se tako povečale možnosti za povezovanje kakovosti dosedanjega psihoterapevtskega izobraževanja s kvalitetami akademskih zahtev. Od leta 2006 poteka ta študij tudi v Sloveniji (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010).

Spomladi 2010 so na USF diplomirali prvi magistri psihoterapevtske znanosti. Med njimi je bilo tudi nekaj takih, ki so začeli študirati takoj po maturi. Avstrijsko ministrstvo za zdravje jih je kmalu po diplomi že priznalo kot psihoterapevte in jim podelilo licence. Kljub drugačni zakonodaji v Nemčiji so jeseni 2010 eni od spomladanskih diplomantk USF, ki je po rodu iz Nemčije, podelili naziv *psihoterapevka* tudi v Berlinu. Na ta način je tudi Nemčija priznala možnost, da lahko dobi licenco tisti, ki je študiral psihoterapijo kot prvi poklic, takoj po maturi. S tem se odpira novo poglavje v razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica in akademske discipline.

Glede na to, da je Avstrija postala ena od psihoterapevtsko najbolj razvitih držav na svetu, ni presenetljivo, da je prispevala k razvoju globalizirane psihoterapije še na dveh področjih: z ustanovitvijo Svetovnega sveta za psihoterapijo (WCP – World Council for Psychotherapy) in z ustanovitvijo Evropske mreže univerz, ki imajo psihoterapevtske programe (Pritz, 2002).

Z ustanovitvijo WCP leta 1995 v Zürichu je psihoterapija pridobila novo kakovost v komunikaciji med celinami, ki je do takrat ni imela. Čeprav so v Avstriji in drugod po Evropi potekali številni mednarodni kongresi, so svetovni kongresi WCP (1996, 1999 in 2002 na Dunaju, 2005 v Buenos Airesu in 2008 v Pekingu) z okoli 4.000 udeleženci iz okoli 150 držav omogočili nove uvide ter nove prioritete glede ključnih izzivov za razvoj globalizirane psihoterapije.

Leta 2007 so avstrijski psihoterapevti dali tudi pobudo za ustanovitev Evropske mreže psihoterapevtskih univerz (EPU – European Psychotherapy Universities Network) (<http://epu-online.org>), ki si je zadala sledeče naloge:

- razvijati pluralističen pogled na psihoterapevtske pristope in prakse;
- sodelovati v raziskovanju psihoterapije, izobraževanju in v psihoterapevtski praksi/zdravljenju;
- promovirati psihoterapijo kot akademsko disciplino in samostojen proklic;
- promovirati javno financiranje psihoterapije;
- omogočati javnosti dostop do znanstvenih informacij o psihoterapiji.

## **Nemčija – medicinski in psihološki psihoterapevti ter (psiho)terapevti zdravilci**

S stališča psihoterapije je Nemčija ena najbolj razvitih evropskih dežel. Nemška psihoterapija je v svoji dolgi in zanimivi zgodovini, ki jo povzemam po Krause - Girth (2002), postopno postala integriran del nemške družbe in njenega zdravstvenega sistema. Že leta 1910 je bila, denimo, ustanovljena Berlinska psihoanalitična organizacija, ki se od leta 1926 imenuje Nemško psihoanalitično društvo (DPG – Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft). Leta 1920 je Karl Abraham ustanovil prvo psihoanalitično polikliniko z izobraževanjem in raziskovanjem, v kateri je ponudil »psihoanalizo za revne«. Istega leta sta Georg Groddeck v Baden-Badnu in Simmel v Berlinu odprla dve psihosomatski bolnici, v katerih je bil velik poudarek na psihoterapiji. Leta 1927 so zdravniki ustanovili Društvo splošnih zdravnikov za psihoterapijo (Allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie), ki obstaja še danes (leta 2001 je npr. štel 1.300 članov).

Nacizem je prinesel hude čase tudi za nemško psihoterapijo, saj so leta 1933 zažigali Freudove knjige, iz vodstva DPG so izključili židovske člane, psihoanalizo so izbrisali ali jo priredili po nacistični ideologiji (npr. v okviru t. i. Göringovega inštituta, ustanovljenega leta 1936), morili so židovske psihoanalitike.

Leta 1945 so ponovno oživili Berlinsko psihoanalitično društvo in leta 1946 DPG. Psihijatrija, ki si je v času nacizma umazala roke z evtanazijo duševnih bolnikov, je še dvajset let po vojni zanikala svoja kriminalna dejanja. Tako ni presenetljivo, da tudi ni bila sposobna v svoj okvir integrirati psihoterapije. Leta 1945 je bil ustanovljen Inštitut za psihogene bolezni pri berlinskem zavodu za zdravstveno zavarovanje. To je bila prva psihoanalitična poliklinika, ki jo je financirala država, tako da je lahko nudila brezplačno psihoterapijo. Z raziskavami, ki jih je opravila Annemarie Dührssen s kolegi, so potrdili učinkovitost psihodinamske psihoterapije.

Od leta 1946 do 1990 je zaživel več kot 100 psihosomatskih oddelkov in bolnic (več kot v ostalem delu Evrope skupaj), najprej na temelju psihoanalitičnih teorij, od osemdesetih naprej tudi na temelju vedenjskih teorij. Time na teh oddelkih in bolnicah sestavljajo različni zdravstveni delavci, psihoterapevti pa pripadajo različnim pristopom, poleg dela s pacienti se je razvilo tudi raziskovanje. Tako je že leta 1956 psihosomatski bolnici Alexandra Mitscherlicha uspelo, da je postala inštitut na univerzi, sledile so še številne druge.

Od leta 1957 so zdravniki, ki so se izobraževali iz psihoterapije, lahko dobili naziv *psihoterapevt*, od leta 1978 pa psihoanalitik. Leta 1967 je komisija zdravnikov in zdravstvenih zavarovalnic postavila t. i. »Smernice za psihoterapijo« (»Richtlinien-Psychotherapie«), ki opredeljujejo izvajanje psihoterapije v okviru zdravstva. Ključnega pomena, da je do tega lahko prišlo, so bile prav študije o učinkovitosti psihodinamske psihoterapije, ki jih je izvedla Dührssenova. Od takrat smernice služijo kot osnova za psihoterapevtsko oskrbo pacientov in jih stalno dopolnjujejo. Leta 1978 je bila poleg psihodinamske psihoterapije v smernicah priznana tudi psihoanaliza in leta 1987 vedenjska terapija.

Za razvoj psihoterapije in psihosomatike kot znanosti je bilo pomembno, da sta postali del medicinskega izobraževanja na univerzitetni ravni, kar se je zgodilo v sedemdesetih letih. Od takrat mora vsak zdravnik študirati medicinsko psihologijo in psihosomatiko najmaj pol leta kot dodatek k psihiatričnemu programu. Leta 1987 so psihosomatiko uvedli kot obliko temeljne terapije, izvajajo pa jo lahko zdravniki, ki končajo posebno izobraževanje iz psihosomatike. V 80 urah (teorija, Balintove skupine, praktične vaje) se morajo naučiti, kako upoštevati telesne in psihične vidike bolnika ter kako pomagati pacientom do razumevanja pomena osebnih in čustvenih problemov za razvoj bolezni.

Psihijatrija in psihoterapija sta ostajali v desetletjih po drugi svetovni vojni oddaljeni in v težavnih odnosih. Tako psihoterapija ni bila vključena v podiplomsko izobraževanje iz psihiatrije niti v programe zdravljenja po psihiatričnih bolnicah. Psihiatri, ki jih je zanimala psihoterapija, so morali vložiti veliko lastnega časa in denarja za izobraževanje zunaj bolnic po zasebnih inštitutih. Ko so dobili naziv *psihoterapevt* ali *psihoanalitik*, so večinoma zapustili psihiatrijo in se v celoti posvetili psihoterapiji. Le redki so uspeli delovati na obeh področjih. Celo zagovorniki socialne psihiatrije, ki so se čutili odgovorne za reformo psihiatrije zunaj bolnic, so do konca osemdesetih kazali za psihoterapijo malo zanimanja ali celo antipatijo.

V devetdesetih je končno prišlo do integracije psihoterapije v podiplomsko izobraževanje za zdravnike in s tem do integracije v zdravstveni sistem. Leta 1992 so se na 95. letnem srečanju

Nemškega federalnega medicinskega združenja (Der 95. Deutsche Ärztetag) odločili za uvedbo nove skupine specialistov (*zdravnike za psihoterapevtsko medicino*) in psihoterapija je postala obvezen del specializacije iz psihiatrije. Tako so nastali novi specialistični profili: *specialist za psihiatrijo in psihoterapijo ter specialist za psihiatrijo otrok/mladostnikov in psihoterapijo*.

Ta odločitev je povzročila temeljno spremembo v psihiatriji: od takrat morajo univerzitetne bolnice integrirati psihoterapijo v svoje izobraževalne programe in v svoje programe zdravljenja. Brez usposabljanja za psihoterapevta ni več mogoče postati psihiater.

Psihoterapevtska medicina je postala samostojna disciplina, podobno kot psihiatrija, dermatologija ali ortopedija. To ni vodilo samo k novi podiplomski specializaciji, ampak tudi k novemu področju v sistemu javnega zdravstva. Njena definicija je: »Psihoterapevtska medicina vključuje diagnozo, psihoterapevtsko zdravljenje, preventivo in rehabilitacijo bolezni ter čustvenega trpljenja, ki ga povzročijo psihosocialni dejavniki, procese obvladovanja in ali interakcije med fizičnimi ter psihičnimi dejavniki« (Janssen v Krause-Girth, 2002: 138).

Za integracijo novega področja v sistem zdravstvenega varstva po bolnicah in ambulantah je bilo potrebno definirati paciente (njihove diagnoze in simptome), ki naj bi jih zdravili novi specialisti za psihoterapevtsko medicino, ter definirati potrebo po bolnicah in oddelkih kot tudi po psihoterapevtskih praksah v zdravljenju ambulantnih pacientov. Ministrstvo za socialne zadeve Baden-Württemberg je naročilo znanstveno ekspertizo, da bi lahko postavili temelj organizaciji psihoterapevtske skrbi za ambulantne paciente. Poročilo, ki so ga objavili Janssen in sodelavci leta 1999 (Krause - Girth, 2002), je razločilo med oskrbo ljudi s psihičnimi ter psihosomatskimi motnjami. Psihoterapevtska medicina je po njihovem priporočilu odgovorna za zdravljenje motenj s psihično etiologijo (po MKB 10 so to skupine F3 do 6 in F10 do 19), medtem ko so oddelki za psihiatrijo in psihoterapijo odgovorni za zdravljenje shizofrenije in shizoafektivnih motenj (F2) ter organskih duševnih motenj (F0), kot je npr. demenca.

Zdravnik, ki hoče postati specialist za psihiatrijo in psihoterapijo ali za psihoterapevtsko medicino, mora opraviti petletno podiplomsko izobraževanje, od tega tri leta v bolnici.

Vsi zdravniki, ki želijo opravljati psihoterapijo in pridobiti naziv *psihoterapevt*<sup>d</sup> ali »psihooanalitik«, morajo poleg svoje specializacije iz splošne medicine, ginekologije, ortopedije, urologije, interne medicine itd. opraviti še triletni program iz psihoterapije, ki eno leto poteka na oddelku za psihiatrijo in psihoterapijo.

Do devetdesetih so se praktično vsi psihoterapevti ne glede na svoj poklic in izbran psihoterapevtski pristop izobraževali zunaj univerz na zasebnih inštitutih na lastne stroške ter po programih z različnimi standardi in normativi. Potem ko je leta 1992 prišlo do integracije psihoterapije v podiplomsko izobraževanje zdravnikov, se je pomemben premik zgodil s 1. 1. 1999, ko so z zakonom razločili medicinsko in psihološko psihoterapijo ter v njenem okviru uvedli dva nova poklica – *psihološkega psihoterapevta* ter *psihoterapevta za otroke in mladostnike*. Izobraževanje za zdravnike je del specializacij, za psihološko psihoterapijo pa podiplomsko izobraževanje traja tri do pet let, v obeh primerih se je deloma premaknilo v okvir sistema zdravstvenega varstva (v bolnice, na oddelke, v ambulante in v zasebne prakse). Specialist za psihoterapevtsko medicino ter specialist za psihiatrijo in psihoterapijo opravljata najmanj tri od petih let usposabljanja iz psihoterapije po teh institucijah, pogosto skupaj s psihološkimi psihoterapevti, ki se morajo po zakonu prav tako usposabljati v okviru zdravstva. Institucije, ki so akreditirane, morajo omogočiti usposabljanje v vsaj enem od priznanih pristopov, še bolje v dveh, ker morajo vsi edu-



kanti pokazati znanje in pridobiti izkušnje tudi iz drugih priznanih pristopov. To ustvarja razcep med izobraževanjem iz priznanih in nepriznanih pristopov ter zmanjšuje raznolikost obstoječih pristopov po bolnicah in ambulantah. V skladu s tem se raziskovanje, ki poteka v glavnem po univerzitetnih bolnicah, vse bolj osredotoča na priznane pristope.

Kateri pristopi pa so priznani? Leta 1999 je po novem zakonu začel delovati tudi t. i. Znanstveni svet (Wissenschaftliche Beirat) pri Zvezni zdravniški zbornici (Bundesärztekammer), ki odloča o znanstvenosti določenega pristopa na osnovi dokazov o učinkovitosti za različne duševne motnje in s tem tudi posredno o možnosti za pridobitev koncesij za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti v okviru javnega zdravstva. Svet je izoblikoval seznam najpomembnejših diagnostičnih skupin za zdravljenje s psihoterapijo: čustvene motnje, tesnobne motnje in fobije, stresne motnje, disociativne/konverzivne ali somatske motnje, motnje hranjenja, vedenjske motnje s telesnimi simptomi, motnje prilagoditve, osebnostne motnje, odvisnosti, shizofrenija ter halucinatorne motnje, motnje v duševnem razvoju, organske možganske motnje. Za vsako skupino duševnih motenj mora biti dokazana učinkovitost v najmanj treh kliničnih študijah. Pristop dobi znanstveno akreditacijo, v kolikor dokaže svojo učinkovitost v najmanj štirih, zaželeno pa je v petih skupinah diagnoz med prvimi osmimi skupinami. Ta pogoj mora biti izpolnjen, da lahko pristop postane glavni v izobraževanju psiholoških psihoterapevtov, drugi pristopi z manj dokazano učinkovitostjo pa so lahko le dodatni pristopi. Do zdaj je svet potrdil kognitivno-vedenjsko in psihodinamsko terapijo (vključno s psihoanalizo). Poleg tega je svet priznal izobraževanje iz na klienta usmerjene in sistemske terapije, vendar omenjena pristopa (še) nista dobila pravice do koncesije (Strauss, 2010).

Ena od za psihoterapevte manj prijetnih posledic zakona iz leta 1999 je bila, da so zdravstvene zavarovalnice omejile izdatke za psihoterapevtske storitve. Z zmanjšanjem denarnih sredstev je izjemno padla cena psihoterapevtske seanse, ki je bila marca 2000 z 39 EUR za 41 % nižja od povprečne cene v drugih primerljivih deželah. Tako je postala skupina medicinskih in psiholoških psihoterapevtov skupina z najnižjimi dohodki ter – ne neodvisno od tega dejstva – skupina z najslabšim imidžem. Zaradi vse manjšega števila diplomantov medicine je v zadnjih letih prišlo do zanimivega razvoja. Posledično je prišlo do zmanjševanja števila specializacij iz psihiatrije in psihoterapije, psihosomatske medicine ter psihoterapevtske medicine. Tako se je v javnosti že izpostavilo vprašanje, ali naj bi psihološki psihoterapevti dobili pooblastilo, da predpisujejo določena psihofarmaka in pravico do napotitve pacientov (Freyberger; LeVine v Strauss in dr., 2009: 12).

Kdo lahko torej opravlja psihoterapevtsko dejavnost? Vsekakor zgoraj opisani medicinski in psihološki psihoterapevti, ki jo lahko izvajajo v skladu s Smernicami za psihoterapijo, vendar s tem slika še ni popolna. Za celovito podobo je pomembna še zgodba o Zakonu o alternativni medicini (Heilpraktikergesetz) iz leta 1939, torej še iz Hitlerjevih časov. Dovoljenje za opravljanje psihoterapije so po tem zakonu dajale regionalne zdravstvene službe do leta 1999, ko je bil sprejet zakon o psihoterapiji. Pri tem so se posluževale različnih meril; pogosto niti niso

<sup>4</sup> Programi psihoterapevtskih izobraževanj za zdravnike so kvantitativno natančno definirani. Samo kot primer naj navedem, kaj mora zdravnik opraviti za pridobitev naziva »psihoterapevt« ali »psihoanalitik« (podobno natančno je določeno za specializacije iz psihiatrije in psihoterapije ter psihoterapevtske medicine): 140 ur teorije, osem seans avtogena treninga, 35 seans Balintove skupine in 150 ur individualne osebne izkušnje ali 70 ur skupinske izkušnje iz psihodinamske psihoterapije. Če se odločijo za vedenjsko terapijo, zadošča 60 skupinskih ali 40 individualnih seans. Poleg tega morajo opraviti 60 psihiatričnih in 10 psihoterapevtskih pregledov ter 150 ur psihoterapije pod supervizijo (s 3 pacienti za psihodinamsko ali 6 pacienti za vedenjsko terapijo). Če se potegujejo za naslov »psihoanalitika«, morajo opraviti 400 ur teorije, 250 ur učne analize, 40 seans skupinske analize in 600 ur psihoterapije s pacienti, supervidiranih v najmanj 150 urah supervizije, psihiatrični pregled z diagnostiko 60 pacientov, psihoanalitski pregled 20 dokumentiranih in supervidiranih primerov ter psihoanalitično kratko terapijo, terapijo para, družine in skupine (Krause - Girth, 2002).

preverjale dokumentov o opravljeni edukaciji. Večina psihologov je lahko dobila licenco brez nadaljnjih potrdil o opravljenih izobraževanjih. Po tem zakonu so lahko opravljali psihoterapevtsko dejavnost v zasebnih praksah ne glede na metodo ali profesionalno ozadje. Od leta 1999 jim je odvzet naslov »psihoterapevt«, svojo dejavnost pa lahko opravljajo kot dotlejši.

Preden je stopil v veljavo zakon o psihoterapiji, je mnogo od teh psihoterapevtov lahko uveljavljajo plačilo svojih storitev pri zdravstvenih zavarovalnicah. Dovolj je bila izjava pacienta, da je skušal priti do psihoterapije v zdravstveni ustanovi (na osnovi »Smernic«), a ni dobil mesta. Na ta način so lahko uradno psihoterapevtsko delovali mnogi psihoterapevti drugih poklicev in (še ne) znanstveno priznanih pristopov. Včasih so bili celo bolje plačani kot »psihoterapevti po smernicah«. Po letu 1999 tako rekoč (razen tistih, ki so zaposleni v socialnih ustanovah, sve-tovalnicah ali socialno skrbstvenih centrih) ne morejo več dobiti plačila storitev od zdravstvenih zavarovalnic, ampak lahko zdravijo le samoplačniške paciente.

Zakon za poklic psihološkega psihoterapevta ter za psihoterapevta za otroke in mladostnike, je, kot sem že omenil zgoraj, stopil v veljavo 1. 1. 1999. Ta zakon je predvsem uspeh za psihologe, ki so se borili zanj skoraj dvajset let. Psihološki psihoterapevti lahko samostojno delujejo znotraj zdravstvenega sistema in dobijo licenco od zdravstvenih zavarovalnic. Njihove kvalifikacije so npr. primerljive s specialisti za psihosomatsko medicino. Zdravstvene zavarovalnice ocenjujejo, da je za 10.000 prebivalcev potreben en psihološki ali medicinski psihoterapevt. Da bi dosegli naziv psihološkega psihoterapevta, morajo po univerzitetni diplomu iz psihologije opraviti 4.200 ur usposabljanja, ki jih lahko absolvirajo v treh letih v polnem delovnem času [*full time*] ali v petih letih v delnem [*part time*] delovnem času. Leta 2007 je bilo obeh vrst psiholoških psihoterapevtov skupaj okoli 30.000 in so morali obvezno biti člani regionalnih zbornic psihoterapevtov.

Jeseni 2002 so uvedli enotne pismene izpite in do leta 2007 je 2.617 kandidatov končalo izobraževanje za psihološkega psihoterapevta ter 617 za psihoterapevta za otroke in mladostnike (Scherer in dr. v Strauss in dr., 2009). Leta 2006 je bilo evidentiranih 12.145 institucij, ki so ponujale psihoterapijo. Ambulantno psihoterapevtsko dejavnost je izvajalo 12.389 psihologov psihoterapevtov (ter 2.533 psihoterapevtov za otroke in mladostnike) ter 3.734 zdravnikov (Strauss, 2010).

Če torej povzamem, Nemčija nima zakona o psihoterapiji kot Avstrija, ampak obstajajo štirje različni viri, iz katerih izhajajo pravila za urejanje psihoterapevtskega izobraževanja in prakse:

- »Smernice za psihoterapijo« v okviru sistema zdravstvenega varstva;
- Dovoljenje za opravljanje psihoterapije v okviru Zakona o alternativni medicini (Heilpraktikergesetz) iz leta 1939;
- Regulacija za podiplomsko izobraževanje zdravnikov iz leta 1992 (ärztliche Weiterbildungsordnung) v psihoterapiji, psihoanalizi, psihoterapevtski medicini, psihiatriji in psihoterapiji, psihiatriji za otroke/mladostnike in psihoterapiji;
- Zakon o psiholoških psihoterapevtih ter psihoterapevtih za otroke in mladostnike iz leta 1999.

Prednosti celovite rešitve z enim zakonom, kot ga ima Avstrija, so očitne, čeprav je tudi nemška psihoterapija po sicer bolj zapletenih zakonskih strugah dosegla izjemno stopnjo razvitosti.

## Švedska – prvi v Evropi sprejeli zakon o psihoterapiji

Na pobudo Združenja za socialno in duševno zdravje (Association for Social and Mental Health), organizacije pacientov in njihovih svojcev, so uvedli psihoterapijo v psihiatrično zdravljenje kot alternativo zdravljenju z zdravili. Po javnem pritisku, ki ga je izvedlo združenje, je vlada uvedla prvi javni študij iz individualne psihodinamske psihoterapije leta 1978 na Univerzi v Umei in leto kasneje na Univerzi v Stockholmu. Programa sta imela dve stopnji, ki sta kot študij ob delu skupaj trajali štiri do pet let (45 in 90 kreditnih točk) (Grebo in Elmquist, 2002; Häggström, 2010).

Pred tem so bili psihoterapevti v glavnem zdravniki in klinični psihologi. Slednji so se začeli izobraževati in usposabljanje iz psihoterapije po drugi svetovni vojni in njihovo število je naraslo predvsem od leta 1960 naprej. Danes je psihoterapija na Švedskem multiprofesionalna dejavnost, to pomeni, da se lahko vključijo v izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije tudi strokovnjaki drugih poklicev, npr. socialni delavci, teologi, fizioterapevti ter medicinske sestre (Grebo in Elmquist, 2002).

Švedske psihoanalitične organizacije so imele ustaljene postopke za podeljevanje naziva *psihoanalitik* psihiatrom in kliničnim psihologom že od samih začetkov psihoanalitičnih edukacij v tridesetih letih prejšnjega stoletja. Postopek podeljevanja licenc za vse psihoterapevtske pristope pa je vlada uvedla leta 1985, potem ko je parlament sklenil, da je psihoterapija samostojno urejen poklic. V letih 1985 do 1999 je imel nadzor nad podeljevanjem licenc za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti v javnem zdravstvu samo Nacionalni svet za zdravje in blaginjo (The National Board of Health and Welfare), nato pa se je v nadzor priključila tudi Švedska nacionalna agencija za visoko šolstvo (Swedish National Agency for Higher Education) (Häggström, 2010). Nacionalni svet preverja le končno usposobljenost kandidata, nacionalna agencija pa je uvedla precej strožji nadzor nad posameznimi fazami izobraževanja in usposabljanja. Trenutno je priznanih devet pristopov: psihoanaliza, psihodinamska psihoterapija, skupinska terapija, otroška in adolescentna psihoterapija, kognitivna, kognitivno-vedenjska, družinska in psihoterapija s hipnozo (Grebo in Elmquist, 2002).

Psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje poteka na treh ravneh oziroma fazah (Grebo in Elmquist, 2002):

- prva je temeljni triletni program, v katerega lahko kandidati vstopijo po srednji šoli in vodi do bakalavreata (diplome prve stopnje po bolonjskem sistemu). Na tej stopnji lahko strokovnjak opravlja psihoterapijo pod supervizijo poleg teorije in osebne izkušnje. Večina teh strokovnjakov dela v bolnicah ali v institucijah za ljudi s posebnimi potrebami;
- druga stopnja je specialna edukacija iz psihoterapije. Psihiatri in psihologi lahko vstopijo v to stopnjo neposredno. Strokovnjaki drugih poklicev, npr. socialni delavci, zobozdravniki, splošni zdravniki, medicinske sestre, teologi itd. pa morajo zaključiti prvo stopnjo. Minimalna starost za vstop v edukacijo ni določena. Specialna edukacija traja najmanj tri leta v obsegu najmanj 2.000 ur, vendar jo večina opravi v petih letih in je sestavljena iz teorije, supervizirane psihoterapevtske prakse ter osebne izkušnje. Zaključni se z diplomom, s katero lahko diplomant zaprosi za licenco. Le malo zasebnih inštitutov je dobilo akreditacijo za izvajanje druge stopnje, ker morajo imeti akademske učitelje. Zato je težko dobiti mesto za izobraževanje na drugi stopnji in večina kandidatov je visoko kvalificiranih, bolj kot se zahteva, tako glede kliničnih izkušenj, super vizije in osebne izkušnje;

- tretja stopnja omogoča psihoterapevtom pridobitev naziva supervizor.

Leta 2002 je bilo registriranih okoli 4.000 psihoterapevtov. Njihov prvi poklic je bil: 60 % psihologov, 20 % socialnih delavcev, 10 % zdravnikov in 10 % teologov, medicinskih sester in fizioterapevtov. Svet ne vodi evidence o pristopih licenciranih psihoterapevtov, vendar jih je bilo leta 2002 okoli 80 % psihodinamsko orientiranih, je pa hitro naraščal delež kognitivno-vedenjskih terapevtov (Grebo in Elmquist, 2002). Svet akreditira tudi izobraževalne institucije, ki ponujajo specialno edukacijo iz psihoterapije in ustanove za prakso (vključno javne zdravstvene ustanove, bolnice in privatne prakse), v katerih edukanti izvajajo psihoterapijo pod supervizijo. Etični nadzor izvaja Svet za odgovornost v sistemu zdravstvenega varstva (Board of Responsibility of the Health Care System), ki to funkcijo opravlja za vse zdravstvene poklice. Ta svet, ki je v pristojnosti vlade, sestavlja osem članov, predstavnikov zdravstvenih poklicev, parlamenta in strokovnih združenj (Van Broeck in Lietaer, 2008).

### Nizozemska – zakon o psihoterapiji ukinjen čez noč in ponovno vzpostavljen

Zakon o zdravstvenih poklicih (Law on the Professions of Health) ali BIG (Beroepen in de Gezondheidszorg) regulira vse poklice na področju zdravstva od leta 1993. Na začetku je bilo osem avtonomnih poklicev: zdravnik, farmacevt, zobozdravnik, fizioterapevt, medicinska sestra, klinični psiholog (naziv *psiholog* od tega leta ni več reguliran), psihoterapevt in ginekolog. Za vsak poklic zakon določa naziv in specializacije, izobraževalne standarde, kompetence, registriranje in mehanizme nadzora kakovosti (Oudijk, 2002).

V prvi različici BIG zakona iz leta 1993 je bila psihoterapija definirana kot multiprofesionalna dejavnost z legalno zaščitenim nazivom. Dostop do izobraževanja iz psihoterapije je imelo več poklicev, samo da so kandidati izpolnili izobraževalne kriterije. Psihoterapevti, ki so jih izpolnili, so se lahko vpisali v Register psihoterapevtov, ki ga je vodilo Ministrstvo za dobrobit, javno zdravje in kulturo. Strokovno priznavanje in akreditacijo je izvajala Medicinska komisija za javno zdravje. Razvoj zdravstvenega varstva, povečanje števila registriranih psihoterapevtov ter vse večji poudarek na »preglednih, objektivnih in učinkovitih« psihoterapijah je privedel do temeljitih sprememb v zakonodaji leta 2001. Novi zakon, ki ga je »čez noč« in na veliko presenečenje javnosti, predvsem pa psihoterapevtov, uvedla nova ministrica za zdravje Borst, je na predlog nizozemskega Društva psihologov ukinil psihoterapijo kot poklic, do katerega imajo lahko dostop različni profili strokovnjakov. Naziv *psihoterapevt* je postal dostopen samo psihiatrom in kliničnim psihologom, ki so že bili specialisti v okviru psihologov zdravstvenega varstva. Za naziv *psihologa zdravstvenega varstva* ter za vstop v izobraževanje iz klinične psihologije in psihoterapije so morali imeti kandidati magisterij iz psihologije, pedagogike ali znanosti o zdravstvenem varstvu (Oudijk, 2002).

Vendar se je ministrica uštelala, saj so se psihoterapevti dobro organizirali, da bi ponovno pridobili pravice, ki so jim bile nepričakovano odvzete. Leta 2005 so tako na Ministrstvu za zdravstvo ponovno uvedli Register psihoterapevtov, potem ko so morali popustiti pod političnimi pritiski psihoterapevtov, ki so izhajali iz drugih poklicev in niso imeli več dostopa do naziva *psihoterapevt*. Zdravstveni delavci, ki niso psihiatri ali psihologi zdravstvenega varstva, lahko spet pridobijo naziv *psihoterapevt*, če opravijo ustrezno izobraževanje. Psihoterapijo lahko torej danes ponuja psihiater ali psiholog zdravstvenega varstva ali pa se izvaja kot multiprofesionalna dejavnost v skladu z zakonom iz leta 1993 (Van Broeck in Lietaer, 2008; Oudijk, 2002). Poleti

2007 se je zgodil na Nizozemskem še en pomemben premik – Evropska diploma iz psihoterapije je postala po zakonu ena od listin, ki omogoča pridobitev licence.

## Italija – le zdravnik ali psiholog je lahko psihoterapevt

Potem ko je v Italiji leta 1972 po dolgoletnih prizadevanjih psihologija končno pridobila na ugledu z uvedbo samostojnega doktorskega študija na univerzah, so z Zakonom za poklic psihologa regulirali področje psihologije leta 1989 z dekretom št. 509. V njem so tudi določili, da lahko opravljajo specializacijo iz psihoterapije samo psihologi in zdravniki. Po tem zakonu se je v Italiji vse bolj utrdila predstava, da je psihologija znanost, psihoterapija pa njena klinična aplikacija (Parrini, 2002). Konec leta 2009 je bilo tako v Italiji 73.000 psihologov, od teh 30.000 tudi psihoterapevtov in 236.000 zdravnikov, od teh 10.000 tudi psihoterapevtov. Skupaj torej 40.000 psihoterapevtov (Zucconi, 2010).

Psihoterapija torej ni samostojen poklic. Če bi to postala, bi prišlo do problemov, saj bi se moral psiholog ali zdravnik, ki je tudi psihoterapevt, odločiti, ali bo delal kot psihoterapevt ali kot zdravnik oziroma psiholog. Oboje ne bi bilo mogoče. Izobraževanje traja najmanj štiri leta, najmanj 2.000 ur, ter poteka na univerzah in nap zasebnih psihoterapevtskih šolah. Podeljevanje specializacije iz psihoterapije je v pristojnosti združenj psihiatrov in psihologov, ki tudi izvajajo etični nadzor, vodijo registre psihoterapevtov in akreditirajo specialne edukacije iz vseh pristopov. Minimalna starost za vstop v edukacijo ni določena. Od leta 2009 akreditira zasebne psihoterapevtske šole Ministrstvo za šolstvo (konec leta 2009 jih je bilo kar 343), diplome pa so po zakonu 401/2000 enakovredne podiplomskim univerzitetnim diplomam in omogočajo zaposlitev v sistemu javnega zdravstva. 90 šol je psihodinamskih, 44 humanističnih (npr. Rogerijanska, geštalt terapija, bioenergetika, TA idr.), 38 vedenjsko-kognitivnih in 30 sistemsko družinskih. Teh 205 šol je imelo konec 2009 še 138 podružnic. Združile so se v krovni organizaciji Nacionalna koordinacija psihoterapevtskih šol (CNSP Coordinamento Nazionale Scuole di Psicoterapia), ki je zadovoljna z obstoječo pravno ureditvijo (Zucconi, 2010).

Vendar je senčna plat italijanskega zakona prav v tem, da namesto da bi bila za pridobitev specializacije ključna ocena rezultata izobraževanja, ga podeljujejo na osnovi ocene vstopnega poklica. S tem so se postopno vzpostavile vse bolj protislovne, včasih že absurdne razmere, saj je vse več psihoterapevtov, ki so dokončali izobraževanje po evropskih standardih, pa niso psihologi ali zdravniki in so tako obstali »na nikogaršnji zemlji«.

Na to zgovorno kaže tudi nedavni primer dr. Heinricha Lanthalerja (Pritz, 2009; Lanhtaler, 2010), italijanskega državljana, ki živi v italijanskem delu Tirolske ter je dokončal psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje v Avstriji (ki so mu ga potrdili na avstrijskem ministrstvu za zdravje leta 1997). Ker je po osnovni izobrazbi socialni delavec (to izobrazbo so mu v Italiji priznali), so njegovo vlogo za registracijo specializacije iz psihoterapije na lokalnem predstavništvu italijanske zbornice psihologov leta 2002 zavrnili, ker ni psiholog. Tako se je odločil za tožbo, ne vedoč, da ga čaka »križev pot«, saj se je do končne rešitve nabralo veliko razsodb in njegovih številnih novih pritožb: nekaj razsodb višjega sodišča v Bolzanu, dve razsodbi državnega sodišča s preklicem italijanskega državnega zakona, ki regulira psihoterapijo (saj so sodniki ugotovili, da je v nasprotju s pravicami EU) in še dve dodatni razsodbi okrajnega sodišča v Bolzanu. Predvsem je v Lanthalerjevi zgodbi zanimivo (in krivično) ravnanje zbornice psihologov. Že po prvi pritožbi na višje sodišče so v razsodbi napisali, da morajo pristojni organi (v njegovem primeru lokalno predstavništvo zbornice psihologov) presojati glede na rezultat

izobraževanja (to pomeni, ali ima ustrezno kvalifikacijo za psihoterapevta v trenutku registracije) in ne glede na stanje ob vstopu (to pomeni glede na to, ali je psiholog ali ne). Kljub temu je lokalna psihološka zbornica zavrnila njegovo ponovno vlogo. Da bi svoje ravnanje utemeljili, so seznam »psihoterapevtov« preimenovali v seznam »psihologov«. Tako je ponovno vložil tožbo na sodišču in je po več novih krogih rozsodb in pritožb končno od januarja 2008 registriran kot psihoterapevt. K nadaljšanju postopkov je veliko pripomogla tudi centrala zbornica psihologov v Rimu, ki se ni odzivala v rokih in se je do Lanthalerja obnašala ignorantsko in ponižujoče<sup>5</sup>. Žal Lanthalerjev primer ni bil dovolj, tako da je kolegica s podobnimi kvalifikacijami, ki je po njegovi zmagi zaprosila za psihoterapevtsko licenco, dobila negativen odgovor lokalne zbornice psihologov in morala prav tako sprožiti sodne mline. »La Lotta Continua!«

## Švica – psihologi hočejo monopol nad psihoterapijo

Trenutno dogajanje v Švici kaže na eno od tipičnih dinamik, ki se ponavlja v različnih evropskih deželah – namreč na poskuse, da bi psihologi monopolizirali področje nemedicinske psihoterapije in izrinnili z zemljevida vse nemedicinske psihoterapevte, ki niso psihologi. Do danes Švica nima državnega zakona, ki bi urejal poklice psiholog, klinični psiholog in psihoterapevt, ampak imajo regionalne oziroma kantonske zakone (le kanton Uri ga nima). Za vstop v izobraževanje iz psihoterapije osem kantonov zahteva opravljen študij psihologije, 17 jih sprejema ekvivalent psihologiji, vsi pa zahtevajo podiplomsko specializacijo iz psihoterapije in določeno obdobje psihoterapevtske prakse. Kantonska ureditev tudi omogoča, da lahko pacienti pridejo do psihoterapevtskih storitev preko javnega zdravstvenega in socialnega zavarovanja (Schindler, 2010).

V Švici kot celoti obstajajo torej tri poti, po katerih lahko kandidat pride do pravice, da opravlja psihoterapevtsko dejavnost (seveda različno po kantonih, kot sem omenil zgoraj):

- a. da opravlja specializacijo iz psihiatrije
- b. da konča študij psihologije in nato nadaljuje s specializacijo iz psihoterapije, ki traja najmanj štiri do pet let;
- c. da pridobi univerzitetno izobrazbo in nato nadaljuje s specializacijo iz psihoterapije, ki traja najmanj štiri do pet let.

Različna združenja, kot so Švicarska federacija psihologov (Swiss Federation of Psychologists – FSP), Švicarsko poklicno združenje za uporabno psihologijo (Swiss Professional Association of Applied Psychology – APSPA) in Švicarsko združenje psihoterapevtov (Swiss Association of Psychotherapists – ASPV) potrjujejo specializacijo iz psihoterapije ali specializacije na drugih področjih psihologije (npr. nevropsihologija, otroška psihologija itn.). Ta potrdila omogočajo

<sup>5</sup> Na evropski konferenci o političnem in legalnem statusu psihoterapevtov v Evropski uniji 19. februarja 2010, ki jo je organizirala EAP na Dunaju, sem v času kosila po naključju prisedel k italijanski mizi, kjer je kosil tudi Alberto Zucconi, znani italijanski psihoterapevt (Zucconi, 2010), sicer tudi sekretar zgoraj omenjene Nacionalne koordinacije psihoterapevtskih šol (CNSP). Italijanski kolegi so imeli polna usta hvale o stanju psihoterapije v Italiji in o velikem številu psihoterapevtov, dostopnosti storitev itn. To me je izzvalo, da sem jih vprašal, kaj menijo o primeru Lanthaler. Gledali so me »kot tele v nova vrata«, nihče ni še ničesar slišal o tem. »Potem bo za vas zanimivo njegovo popoldansko predavanje,« sem dodal. Ker so hoteli vedeti, za kaj gre, sem jim na kratko poročal in bil začuden nad njihovo nedolžno nevednostjo. Na koncu sem na pol v šali na pol zares pristavil, da je morda bolje, da se ne udeležijo popoldanskih predavanj, da se ob Lanthalerjevem predavanju slučajno ne bi znašli v neprijetni situaciji. Gospod Zucconi je zardel »kot kuhan rak« in sledila je nova salva slavospevov italijanski pravni ureditvi psihoterapije. Popoldan sem med Lanthalerjevim predavanjem s kotičkom očesa spremljal odzive italijanskih kolegov, ki so vse stojično prenesli, Zucconi pa je potem vehementno nadaljeval s svojim predavanjem, kot da se primer Lanthaler ne bi zgodil. Človekova slepota (sposobnost za zanikanje dejstev), ki ima večkrat lahko za posledico tudi krivičnost, je res fascinantna.

dostop do opravljanja psihoterapevtske dejavnosti, vendar članstvo v teh organizacijah ni pogoj za pridobitev dovoljenja (Schindler, 2010).

Trenutno je v procesu sprejemanja predlog državnega zakona, ki naj bi uredil nazive psiholog in utečene specializacije (npr. klinični psiholog, psiholog specialist psihoterapevt, psiholog za promet idr.) in njihova področja delovanja (t. i. Federal Act on Psychology and Psychotherapy Occupations) (Schindler, 2010). Seveda je predlog zakona vzbudil močna trenja v javni razpravi, saj Švicarsko združenje psihoterapevtov (ASPV) skupaj s svojo materinsko organizacijo Švicarsko krovno organizacijo za psihoterapijo (Schweizer Charta für Psychotherapie) zahteva zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica. To utemeljujejo na sledeč način:

»Pravno priznavanje psihoterapevtske dejavnosti je urejeno s kantonskimi zdravstvenimi zakoni od leta 1975. Danes so pogoji za pridobitev psihoterapevtske diplome, ki omogoča izvajanje psihoterapije, različni v 23 kantonih, v 19 je vstop v specialno edukacijo iz psihoterapije odprt za strokovnjake različnih poklicev. Neverjetno je, da proces sprejemanja državnega zakona, ki bi uredil psihoterapijo kot samostojen poklic, traja že deset let. Zato je nujno, da se pripelje to žalostno stanje do zadovoljujočega konca.

Švicarsko združenje psihoterapevtov (ASPV), skupaj s svojo materinsko organizacijo Švicarsko krovno organizacijo za psihoterapijo, podpira sprejetje državnega zakona za psihoterapevtsko dejavnost. Vendar je ASPV trdno prepričano, da je psihoterapija samostojen in avtonomen poklic, ki se ga nikakor ne sme zreducirati na poklic psihologa. Predlog zakona, ki je trenutno pred švicarskim parlamentom, omejuje nemedicinsko psihoterapevtsko dejavnost na psihologe in omogoča vstop v podiplomske programe iz psihoterapije samo diplomantom psihologije. Menimo, da tak predlog temelji na predsodkih, ki preprečuje nadaljnji znanstveni razvoj psihoterapije kot samostojnega poklica.

Psihoterapevti smo v temelju pozitivno naravnani do psihologije, ampak ASPV zavrača možnost, da bi bila psihologija edini predpogoj za vstop v edukacijo iz nemedicinske psihoterapije. ASPV zato nujno poziva, da psihoterapija ni definirana kot sestavina psihologije v 'zakonu o psiholoških poklicih', ampak da se jo obravnava kot enakopravno v 'državnem zakonu o psihoterapiji in psiholoških poklicih'.

Pogosto navajana analogija med medicinskimi in psihološkimi poklici je napačna ter zavajajoča. Državni izpit iz zdravstva omogoča kandidatu vstop v zdravstvene poklice. Specializacija iz psihiatrije in psihoterapije nato dograjuje temeljno medicinsko izobrazbo. Po drugi strani diploma iz psihologije ne omogoča vstopa med zdravstvene poklice, ampak na druga področja (npr. v šolstvo). Šele po petih letih podiplomskega izobraževanja iz psihoterapije lahko kandidat izvaja zdravstveno dejavnost v okviru svojega poklica.

Izobraževalne ustanove morajo zato omogočiti prehode v skladu z bolonjskimi kriteriji za diplomante s humanistično izobrazbo ali različnimi družboslovnimi izobrazbami, tako da spodbujajo profesionalno mobilnost, kot to razumejo moderni koncepti poučevanja in učenja. Zato ASPV meni, da je nujno potrebno dodati naslednje pogoje za sprejem v programe izobraževanja iz psihoterapije:

- bakalavreat in magisterij (to je diploma prve in druge stopnje po bolonjskem sistemu) iz psihologije, vključno s klinično psihologijo ter psihopatologijo;
- magisterij (to je diploma druge stopnje po bolonjskem sistemu), v katerem so vključena

- osnovna znanja iz psihoterapije;
- bakalavreat in magisterij v eni od humanističnih ali družboslovnih smeri skupaj z opravljenim podiplomskim izobraževanjem iz osnovnih psihoterapevtskih znanj, vključno s klinično psihologijo in psihopatologijo.

Naš predlog je v skladu z razsodbo Švicarskega državnega sodišča 2C\_15/2008 iz 13. oktobra 2008, ki pazljivo ocenjuje osnovno izobraževanje in specialno edukacijo iz psihoterapije, in jasno ugotavlja, da so poleg psihologije primerni za vstop v izobraževanje iz psihoterapije tudi drugi humanistični in družboslovni študiji. Ključna točka je, da mora vsako izobraževanje temeljiti na ustrezni zaščiti pacientov.

Z vidika zaščite pacientov ni nobenega razloga, da bi favorizirali diplomante psihologije (kot je to v sedanjem predlogu zakona). Vsi temeljni elementi, ki zagotavljajo zaščito pacientov, so vključeni v psihoterapevtsko izobraževanje, medtem ko predhodno izobraževanje iz psihologije tega ne zagotavlja v celoti, ker psihologija ni zdravstveni, ampak edukacijski poklic.

Zato ASPV skupaj s Švicarsko krovno organizacijo za psihoterapijo poziva k:

1. spremembi imena zakona: ime je potrebno spremeniti iz trenutnega 'zakon o psiholoških poklicih' v 'državni zakon o psihoterapiji in psiholoških poklicih';
2. multidisciplinarnemu dostopu: dostop do podiplomskega izobraževanja iz psihoterapije mora biti odprt za diplomante humanističnih in družboslovnih smeri, vendar morajo vsi kandidati pridobiti osnovna znanja iz psihoterapije, vključno z etiko in standardi za zaščito pacientov;
3. prehodnim določbam: ustrezne prehodne določbe morajo biti sprejete za psihoterapevte, ki že opravljajo psihoterapevtsko dejavnost ali se že izobražujejo (npr. člani za staroste)« (Itten, Schultess in Stutz, 2009).

Da bi bolje razumeli trenutna švicarska trenja, moramo vedeti, da je prav ustanovitev Švicarske krovne organizacije za psihoterapijo (v nadaljevanju Charta) leta 1993 pomenila največji korak v smeri povezovanja različnih švicarskih psihoterapevtskih virov in tradicij pod skupno streho. Charta je postavila minimalne skupne standarde za psihoterapevtske pristope in izobraževalne ustanove ter danes povezuje 29 inštitutov in strokovnih združenj. Na žalost je njen ugled nekoliko manjši, ker se vanjo niso vključila združenja za psihoanalizo in vedenjsko terapijo. Švicarsko psihoanalitično združenje in Švicarsko združenje za vedenjsko terapijo nista člana Charte (Fäh, 2002).

Model izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije za vse pristope je po Charti piramiden. Temelj piramide predstavljajo univerzitetni programi z osnovnimi znanji iz psihoterapije. Pomembno je, da psihoterapija po Charti ni zreducirana na nobeno poddisciplino, npr. psihologijo, medicino ali katero koli drugo akademsko disciplino. Namesto tega postavlja psihoterapijo na interdisciplinarno osnovo: na psihoterapijo vplivajo filozofija, pedagogika, komunikacijske, družboslovne in teološke vede kot tudi psihologija in medicina (Fäh, 2002).

Srednji del piramide predstavlja edukacija iz klinično, empirično podprtih in znanstveno priznanih psihoterapevtskih metod ter tehnik. Chartini standardi zahtevajo najmanj pet let specialne edukacije, v katero je vključenih najmanj 200 ur osebne izkušnje, 400 ur teorije in 250 ur supervizije (Fäh, 2002).

Na vrhu psihoterapevtske izobraževalne piramide je vseživljenjsko učenje, stalno strokovno us-



posabljanje psihoterapevtov (Fäh, 2002).

Psihoterapija je v Švici tesno povezana z medicino. Zdravnik specialist lahko pridobi naziv *specialist doktor psihiatrije in psihoterapije*, če po opravljeni specializaciji iz določene medicinske smeri šest let dela v klinično psihološki ustanovi in opravi dodatno triletno izobraževanje iz psihoanalitične, sistemske ali kognitivno-vedenjske smeri. Glede na obseg je ta triletni program približno polovica specialne edukacije, ki jo zahteva Charta. Tako obstajata znotraj psihiatrije dva tabora: minimalistični in maksimalistični. Minimalisti pravijo, da je psihiatrija vedno hkrati tudi psihoterapija, zato je dovolj zmanjšani obseg psihoterapevskega izobraževanja, maksimalisti pa zagovarjajo stališče, da morajo tudi psihiatri opraviti celotno specialno edukacijo po standardih Charte (Fäh, 2002).

Polarizacija med medicinsko in nemedicinsko psihoterapijo ter polarizacije znotraj medicinske in znotraj nemedicinske psihoterapije v očeh švicarske javnosti seveda zmanjšujejo ugled psihoterapije, saj so pacienti pogosto zmedeni v »džungli« različnih razumevanj psihoterapije med strokovnjaki ter zaradi njihovih neenotnih nazivov in standardov (Fäh, 2002).

### **Finska – dežela z najnižjimi kriteriji za poklic psihoterapevta**

Na Finskem zakon iz leta 1994 ščiti naziv *psihoterapevt* in regulira poklic psihoterapevta kot samostojen poklic (Akt o zdravstvenih poklicih št. 559/94 in Dekret o zdravstvenih poklicih št. 564/94). V izobraževanje se lahko vključi vsak, ki ima bakalavreat (to je diplomo prve stopnje po bolonjskem sistemu). Izobraževanje traja od tri do šest let (največ kandidatov potrebuje pet let), glede števila ur pa imajo najnižji minimalni kriterij v Evropi, le 380 ur. Prav tako pravna ureditev ne določa vsebin izobraževanja in pristopov, ki so priznani. Zakon pooblašča Ministrstvo za zdravje, da vodi register psihoterapevtov in da določa pogoje za opravljanje psihoterapevske dejavnosti.

### **Francija – čakajoč na izvajanje sprejetega zakona o psihoterapiji**

Zakon iz leta 2004 določa uporabo naziva *psihoterapevt* (Zakon 2004-806 o zdravstveni politiki: člen 52 o »Uporabi naziva *psihoterapevt*«), še vedno pa ni sprejet dekret za uveljavljanje zakona. Tudi ne navaja definicije psihoterapije. V dekretu, ki čaka na sprejem, je navedeno, da je psihoterapija samostojen poklic, opredeljeni so tudi standardi izobraževanja. Podelitev naziva *psihoterapevt* zato zaenkrat nima nobenih praktičnih posledic za izvajanje psihoterapevske dejavnosti ali za etični nadzor. Vsi psihiatri in psihologi ter tudi številni psihoanalitiki, ki so člani psihoanalitičnih združenj, imajo poseben status, saj lahko dobijo naziv *psihoterapevt*, če opravijo triletno izobraževanje iz psihopatologije brez nadaljnega specialnega izobraževanja v psihoterapiji. Za vstop v izobraževanje iz psihopatologije je potreben bakalavreat (to je prva stopnja po bolonjskem sistemu). Strokovnjaki drugih poklicev lahko vložijo prošnjo za pridobitev naziva psihoterapevt na Osrednji svet za zdravje na Ministrstvu za zdravje, ki tudi vodi register psihoterapevtov. To pomeni, da je psihoterapija v Franciji multiprofesionalna dejavnost, torej da jo lahko opravljajo strokovnjaki različnih prvih poklicev. Vendar morajo vsi, razen psihologov in psihiatrov, opraviti posebno specialno edukacijo iz psihoterapije. Psihoterapijo v okviru mreže javnega zdravstva lahko izvajajo le zdravniki in psihologi (Van Broek in Lietaer, 2008).

Pomembno vlogo ima nacionalna krovna organizacija (FFdP: Francoska nacionalna krovna organizacija za psihoterapijo), ki je pooblaščenca s strani Evropske zveze za psihoterapijo in uveljavlja kriterije Evropske diplome za psihoterapijo. Tako zahteva magistrsko stopnjo (to je druga stopnja po bolonjskem sistemu) za vstop v specialne edukacije iz psihoterapije. Starost za vstop v edukacijo ni določena. Krovna organizacija priznava okoli 20 pristopov, ki se jih edukanti lahko učijo na okoli 30 zasebnih inštitutih. Prav tako ima etični kodeks, ki ga zakon še ne priznava (Ginger, 2005).

V letih 2001 in 2006 so izvedli dve študiji (Ginger, 2010), ki sta pokazali, da je v psihoterapevtski obravnavi 8 % francoskega prebivalstva. Glavni razlogi za obravnavo so bili depresija, tesnoba, psihološka travma, družinski ali socialni konflikti. 40 % posameznikov je bilo deležnih humanistične psihoterapije (geštalt, TA, na osebo usmerjen pristop, psihoorganska analiza, psihosinteza, psihodrama idr.), 30 % psihodinamske terapije, 20 % vedenjsko-kognitivne in 10 % družinske terapije. Poprečno so terapije trajale eno leto s frekvenco ene 50-minutne seanse na teden. 87 % pacientov je bilo »zadovoljnih« ali »zelo zadovoljnih«, le 4 % je bilo nezadovoljnih (9 % jih ni odgovorilo).

Leta 2009 so sprejeli novo odločbo (zakon št. 20009-879 iz 21. julija 2009), ki dopolnjuje predpis iz leta 2004 predvsem v zvezi z registrom psihoterapevtov, vendar ni prinesla bistvenega premika. Tako Francija še vedno čaka na uveljavitev zakonskih določil za reguliranje psihoterapije kot samostojnega poklica (Soulie, 2010).

## Madžarska – psihoterapija le za zdravnike in psihologe

Od začetka osemdesetih let prejšnjega stoletja se je psihoterapija na Madžarskem zelo razvila. Pravna ureditev obstaja samo za zdravnike in klinične psihologe, ki izvajajo psihoterapijo. Tako npr. novi Zakon o zdravstvenem varstvu iz leta 1997 ponuja v členu 103 nekaj navodil za izvajanje klinične psihologije in psihoterapije na področju zdravstva:

- »1) Psihoterapija je terapevtski postopek, ki temelji na številnih metodah, ki so znanstveno potrjene. Psihoterapijo lahko izvajajo strokovnjaki, ki imajo specialne kvalifikacije za tako medicinsko, psihološko ali psihoterapevtsko delo s psihološkimi in psihosomatskimi motnjami, s posamezniki ali skupinami, v več seansah v določenem časovnem obdobju.
- 2) Praksa specializirane klinične psihologije je za:
- a) ohranjanje in obnavljanje duševnega zdravja;
  - b) preiskave in odkrivanje vzrokov duševnih motenj;
  - c) psihodiagnostiko specifičnih motenj;
  - d) korekcijo duševnih motenj s pomočjo psiholoških metod.
- 3) Psihoterapija temelji izključno na prostovoljnem sodelovanju med pacientom in psihoterapevtom.
- 4) Pred začetkom psihoterapevtske obravnave je potreben medicinski pregled. Klinični psiholog se mora posvetovati z zdravnikom, kadar koli to zahteva pacientovo stanje ali zaščita pacienta.
- 5) Kombinirano medicinsko in psihoterapevtsko zdravljenje lahko nudi samo medicinsko usposobljen psihoterapevt.«

Naziv *psihoterapevt* lahko dobijo po opravljeni edukaciji in zaključnem izpitu zdravniki od leta 1983 in psihologi od leta 1985. Potem ko zdravniki opravijo 12 semestrov dolg študij medicine

in opravijo 60-mesečno specializacijo, morajo psihiatri opraviti 24-mesečno, drugi specialisti pa 36-mesečno usposabljanje za psihoterapevta. Psihologi morajo po triletni bakalavreat stopnji in dvoletni magistrski stopnji opraviti 48-mesečno usposabljanje iz klinične in mentalne higijene za odrasle ali otroke in nato 24-mesečno izobraževanje iz psihoterapije (Kutasi, 2010).

Po političnem preobratu je od leta 1989 na Madžarskem možno ustanavljati društva brez omejitev. Tako so se tega leta obstoječa psihoterapevska društva povezala v Madžarski svet za psihoterapijo (Hungarian Council of Psychotherapy). Danes je v njem povezanih okoli 20 različnih društev in 14 pristopov. Svet sprejema kot temeljno listino Strasburško deklaracijo o psihoterapiji. Madžarski predstavnik sveta Janos Harmatta je bil leta 1991 tudi eden od ustanoviteljev EAP in njen prvi predsednik. Standardi izobraževanja so v skladu z EDP. Imajo tudi Psihoterapevtski koordinacijski komite, ki povezuje predstavnika Sveta z univerzitetnimi predstojniki psihiatrije in klinične psihologije, ki so dejavni tudi v programih izobraževanja iz psihoterapije.

Leta 2002 je bilo registriranih 550 zdravnikov ali psihologov psihoterapevtov. Poleg njih je bilo še okoli 1.000 strokovnjakov drugih poklicev, ki so zunaj področja javnega zdravstva opravljali psihoterapevtsko svetovanje. S financiranjem psihoterapevske dejavnosti imajo veliko težav. Ko se je leta 1997 zmanjšalo število psihiatričnih postelj, so ukinili številne psihoterapevske programe po psihiatričnih bolnicah. Zmanjšalo se je tudi število inštitutov in društev, ki ponujajo izobraževanje iz psihoterapije. Psihoterapevske storitve so v sistemu javnega zdravstva cenovno podcenjene. V okviru zasebnih praks ponujajo zdravniki in klinični psihologi psihoterapijo kot samoplačniško storitev (Harmatta, 2002).

## Latvija – psihodinamsko orientirani zdravniki psihoterapevti proti ostalim

Zgodovina psihoterapije v Latviji je kratka in je povezana z osvoboditvijo izpod »ruskega škornja« v začetku devetdesetih. Prvi izobraževalni program iz psihoanalitične psihoterapije je prišel s Švedske leta 1991, vanj pa se je vključilo osem kandidatov. Ta skupina se je v letu 1992 razširila, tako da je leta 1995 zaključilo izobraževanje 32 kandidatov. Od leta 1993 so se začeli po Latviji širiti tudi drugi psihoterapevtski pristopi.

V Latviji psihoterapija ni samostojen poklic. Ukaz ministrstva za zdravstveno varstvo št. 11 iz leta 2002 v poglavju »o potrditvi pravne ureditve za zdravstvene poklice« ureja psihoterapijo samo za zdravnike, ki se morajo za pridobitev naziva *doktor psihoterapevt* izobraževati štiri leta, vendar obseg ur v ukazu ni določen. Tudi vsebine izobraževanja niso jasno določene. Izjemoma lahko dobijo naziv *psihoterapevt* tudi klinični psihologi, v kolikor opravljajo dejavnost v okviru zdravstva. Priznan je samo psihodinamski pristop. Registra zdravnikov z nazivom *doktor psihoterapevt* nimajo. Leta 2002 je delalo v Latviji okoli 200 psihoterapevtov, od tega v javnem zdravstvu leta 2007 le 27 (glej tabelo 8). Naziv podeljuje komisija, ki jo sestavljajo zdravniki brez ustrezne psihoterapevske izobrazbe, ki pa lahko zavrnejo kogar koli. Tako se pogosto dogaja, da nekvalificirani učitelji poučujejo, nekvalificirani supervizorji nudijo supervizijo in nekvalificirani psihoterapevti izvajajo učno terapijo. Psihoterapevske storitve tako rekoč niso plačane (leta 2002 je bila cena ure psihoterapije v bolnici ali ambulanti dva dolarja), ne iz javnega denarja niti iz zasebnih zavarovalnic.

Tabela 8: Specialisti v javnem zdravstvu v Latviji leta 2007 (Rancans, 2010)

Specializacija	Absolutno število	Na 10.000 prebivalcev
<b>Psihiatri</b>	224	0,98
<b>Pedopsihiatri</b>	18	0,08
<b>Psihoterapevti</b>	27	0,1
<b>Narkologi</b>	74	0,3

Psihoterapevti, ki niso zdravniki ali klinični psihologi, so registrirani v svojem osnovnem poklicu, delajo zasebno in imenujejo svojo prakso psihološko svetovanje, dejansko pa izvajajo psihoterapijo (Plume, 2002).

Nadaljnji problemi latvijske psihoterapije so (Rancans, 2010): ni jasnega razlikovanja med svetovanjem in psihoterapijo, zdravstvene institucije imajo pravne probleme pri zaposlovanju psihoterapevtov, v skladu z zakonom o zdravstvenem varstvu lahko izvajajo psihoterapijo le zdravstveni delavci, plače v javnem sektorju (tudi v zdravstvu) so nizke in zato nespodbudne, psihoterapije kot metode v javnem zdravstvu ne cenijo in ne razumejo.

Razcep latvijske psihoterapevtske scene se kaže tudi med dvema glavnima psihoterapevtskima organizacijama, ki sta Latvijsko društvo za psihoterapijo (Latvian Association of Psychotherapy), ustanovljeno leta 1991, in Latvijsko združenje za psihoterapijo od leta 1998, ki je član EAP. Društvo povezuje zdravnike psihoterapevte, ki so izključno psihodinamsko orientirani in delajo z odraslimi, tako s posamezniki kot s skupinami, ter z otroki in mladostniki. Do vključno leta 2009 je 52 članov tega društva dobilo licenco za psihoterapevta preko Latvijskega zdravniškega društva. Ti imajo pravico opravljati psihoterapijo v javnem zdravstvu. Po drugi strani Latvijsko združenje za psihoterapijo povezuje zdravnike, psihologe in nemedicinske poklice. Glavni pristopi so psihoorganska analiza, eksistencialna psihodinamska psihoterapija, geštalt, družinska terapija, psihoanalitična psihoterapija, psihodrama in hipnoterapija. Do vključno leta 2009 je 128 članov dobilo diplome iz psihoterapije preko Latvijskega združenja zdravstvenih delavcev. Vključevanje teh diplomantov v javno zdravstvo ni regulirano oziroma jih ne sprejmejo, v kolikor že od prej nimajo statusa zdravstvenega delavca (Rancans, 2010).

## Malta – mala država je lahko velik vzgled

Malta je razveseljujoč primer države, ki je sprejela zakonsko ureditev psihoterapije na osnovi Strasburške deklaracije in standardov EAP oziroma EDP. Tako so v Aktu o zdravstvenih poklicih leta 2003 v tretjem seznamu, kjer so poklici v komplementarni medicini<sup>6</sup>, določili psihoterapijo kot samostojen poklic. V okviru Sveta za komplementarne poklice v medicini (Council for the Professions Complementary to Medicine) Ministrstva za zdravje so nato tri leta oblikovali kriterije za izobraževanje in podeljevanje licenc. Proces usklajevanja je potekal med predstavniki univerzitetnega študija psihologije, psihiatrične klinike, Malteškega združenja psihoterapevtov in Malteškega geštalt inštituta.

Septembra 2006 so stopili v veljavo kriteriji, ki za vstop v izobraževanje zahtevajo bakalavreat (diplomo prve stopnje po bolonjskem sistemu). Izobraževanje mora obsegati najmanj 3.200 ur in lahko traja štiri leta (kot izredni »part time« študij) ali dve leti (kot redni »full time« študij) na podiplomski stopnji univerz ali na akreditiranih inštitutih, ki jim je priznana ista, torej podiplom-

ska stopnja. Priznani so vsi relevantni pristopi. Svet oziroma Ministrstvo za zdravje podeljuje naziv *psihoterapevt* in vodi register psihoterapevtov, v katerem je bilo do februarja 2010 48 imen (Mifsud, 2010).

Ključni motor za uvedbo take pravne ureditve je bilo Malteško združenje psihoterapevtov (Malta Association of Psychotherapists – MAP), ki so ga ustanovili leta 1999 in je kmalu nato dobilo status pooblaščen nacionalne krovne organizacije v EAP. Vse od ustanovitve so tesno sodelovali z ministrom za zdravje. Tako MAP tudi po uvedbi zakona tesno sodeluje z Ministrstvom za zdravje pri reguliranju psihoterapevske dejavnosti, izobraževanja in licenciranja. Na to, kako izjemen je uspeh MAP v urejanju avtonomnosti področja psihoterapije kot zdravstvene dejavnosti in samostojnosti poklica psihoterapevt, kaže tudi dejstvo, da se je prva sistematična edukacija iz psihoterapije, in sicer iz geštalta, začela šele leta 1995 in je prva generacija 13 geštalt terapevtov diplomirala leta 1999. Leta 2002 je bilo v psihoterapevski praksi dejavnih okoli 50 terapevtov, saj so se poleg geštalta uveljavile tudi jungovska, adlerjanska, rogerjanska, psihodinamska in vedenjska terapija (Oudijk, 2002).

## **Bolgarija – postsocialistične kali brstijo**

V dekretu št. 1 o medicinskih dejavnostih za osebe, ki trpijo za duševnimi motnjami iz leta 2007 je psihoterapija omenjena tako (vendar ni regulirana v pravem pomenu besede):

### **»Splošni pogoji**

1. (1) Ta dekret regulira medicinske posege, ki se jih nudi ljudem, ki trpijo za duševnimi motnjami.
- (2) Pod medicinske posege, na katere se sklicuje prvi odstavek, sodijo: diagnostične preiskave, zdravlila, instrumentalno zdravljenje in psihoterapija.
- (2) V svojih internih uredbah morajo zdravstvene ustanove, ki nudijo posege iz prvega odstavka, določiti: profil zdravstvene ustanove, programe zdravljenja in psihoterapevske metode, ki jih uporabljajo.

### **Medicinski posegi**

Člen 7(1) Psihoterapija je zdravljenje preko interakcije v okviru pogojev terapevtskega odnosa s pacientom in/ali njegovo družino in/ali skupino pacientov.

(2) V zdravstvenih ustanovah iz drugega odstavka v prejšnjem delu morajo psihoterapijo izvajati psihoterapevti, ki izpolnjujejo pogoje osmega člena.

(3) Specifična oblika psihoterapije se lahko izvaja samo v primeru, če je vključena v uredbe zdravstvene ustanove.

Člen 8. Psihoterapijo lahko izvaja samo oseba, ki:

1. je magister medicine ali psihologije, specializiran na področju klinične psihologije ali magister (bakalavreus) socialne pedagogike, ki je specializiran v kliničnem socialnem delu, ali medicinska sestra, ki je specializirana kot psihiatrična sestra ali kot medicinska sestra za socialno delo;
2. je zaključila izobraževanje in usposabljanje iz specifične oblike psihoterapije;
3. ima klinične izkušnje v psihiatriji.

Člen 19. Zahteve glede psihoterapevtskih programov:

1. morajo zagotoviti istega terapevta do zaključka terapije;

<sup>6</sup> Zanimivo je, da je na tem seznamu kar 18 poklicev, poleg psihoterapije še akupunktura, hiropraksa, dietetika, zobna higiena, delovna terapija, prehranjevanje, osteopatija, fizioterapija, radiografija idr.

2. morajo zagotoviti, da trajanje seans, njihova frekvenca in trajanje obravnave ustreza izbrani metodi;
3. morajo se odvijati v prostorih, ki so lahko dostopni fizično in dosegljivi po telefonu;
4. psihoterapevt mora zagotoviti, da nima več kot 30 seans na teden« (Atanassov, 2002).

Razvoj psihoterapije v Bolgariji je še v zgodnjih fazah, saj npr. do leta 1994 nihče ni imel popolne psihoterapevtske izobrazbe. Leta 2001 so se začela nekatera izobraževanja iz pristopov v povezavi z njihovimi mednarodnimi organizacijami (npr. psihoanaliza, psihodrama, sistemska družinska, pozitivna, kognitivno-vedenjska idr.) (Atanassov, 2002). Glede na to je bil zgornji dekret pomemben korak v razvoju bolgarske psihoterapije kljub temu, da psihoterapije ne določa kot samostojnega poklica in da ne določa standardov izobraževanja, ne ščiti naziva ter ne nalaga obveznega registra itn.

Danes je v Bolgariji več kot deset pristopov (poleg zgoraj omenjenih še lacanovska psihoanaliza, skupinska analiza, jungovska analiza, hipnoterapija, neereichovska analitska terapija), večina jih je povezanih v Bolgarskem društvu za psihoterapijo (Bulgarian Association for Psychotherapy – BAP), ki je bilo ustanovljeno leta 1993 ter ima trenutno več kot 80 individualnih in skupinskih članov. Novembra 2009 so objavili Nacionalni register psihoterapevtov, na katerem je bilo do februarja 2010 vpisanih 21 imen. Izobraževanja potekajo na zasebnih inštitutih, teoretski del pa tudi v okviru univerzitetnih programov. Psihoterapija poteka večinoma v zasebnih praksah, zunaj bolnic, samoplačniško (Sokolova, 2010).

Ker je zgoraj citirani dekret pomanjkljiv, so novembra 2009 na pobudo BAP ustanovili delovno skupino za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti. V skupini je 12 članov, predstavnikov bolgarskega parlamenta, ministrstva za zdravje, nacionalnega centra za varovanje javnega zdravja, BAP in zunanji strokovnjaki ter pravnik (Sokolova, 2010).

## **Velika Britanija – psihoanalitični terapevti proti ostalim**

Eden ključnih korakov na poti uveljavljanja psihoterapije kot samostojnega poklica je bila ustanovitev United Kingdom Standing Conference for Psychotherapy (UKSCP) leta 1989, do katere je prišlo po dolgoletnih usklajevanjih. UKSCP, ki se je leta 1993 preimenoval v še danes obstoječi UKCP – United Kingdom Council for Psychotherapy, je imel federalno strukturo iz osmih sekcij, od katerih je vsaka predstavljala različne psihoterapevtske pristope: analitsko psihologijo; vedenjsko-kognitivno psihoterapijo; izkustveno konstruktivistične terapije; družinsko, partnersko, spolno in sistemske terapije; humanistično integrativno psihoterapijo; hipno psihoterapijo; psihoanalitično psihodinamsko terapijo in psihoanalitično terapijo otrok (Loewenthal in Casement, 2002).

Že leta 1992 je prišlo do razcepa, ki traja še danes. Britansko psihoanalitično društvo (British Psychoanalytic Society) je menilo, da kolegi v UKSCP ne upoštevajo dovolj njihove tradicije in s tem posebnega vpliva, ki naj bi ga imeli v UKSCP. Loewenthal in Casement (2002) navajata dva ključna dogodki: prvi je bil, da so hoteli psihoanalitiki dobiti pravico do veta na odločitve UKSCP, kar je vrhovni svet UKSCP leta 1992 zavrnil, drugi pa je bil neizvolitev psihoanalitičnega kandidata za vodstveno vlogo v UKSCP na istem sestanku, kjer so zavrnilo pravico do veta. Tako so psihoanalitiki ustanovili t. i. British Confederation of Psychotherapists (BCP). BCP je povezala psihoanalitike, analitične psihologe, psihoanalitične psihoterapevte in otroške psiho-

terapevte. Za glavni cilj so si zastavili skrb za standarde psihoanalitičnih psihoterapij.

Trenutna zakonodaja v Veliki Britaniji, to je Akt zakona o duševnem zdravju (The Mental Health Act) iz leta 2007, ne regulira psihoterapije, temveč samo zdravljenje pacientov. Obstaja t. i. Bela listina (»White Paper«) o zaupanju, zavarovanju in varnosti: pravna ureditev za zdravstvene delavce, ki predvideva ureditev področja psihoterapije ter naj bi stopila v veljavo leta 2010. UKCP in BCP kot krovni organizaciji vodita nacionalne registre psihoterapevtov. Skrbita za registracijo psihoterapevtov, akreditacijo izobraževalnih programov in izvajalcev ter za etični nadzor (Van Broek in Lietaer, 2008). Pomembni organizaciji, ki vplivata na področje psihoterapije, sta tudi društvo psihologov (BPS – The British Psychological Society) in društvo svetovalcev (BACP – The British Association for Counselling and Psychotherapy) (Loewenthal in Casement, 2002).

## **Belgija – številna protislovja v psihoterapevtsko razviti deželi brez zakona**

Belgija nima zakona, tako da nima pravno urejene psihoterapevtske dejavnosti, nima sistema podeljevanja licenc, etičnega nadzora ali sistema akreditiranja za izobraževalne ustanove, ki izvajajo psihoterapevtsko edukacijo. Pa vendar je belgijski primer lahko za nas poučen, saj kaže na protislovja, ki se dogajajo v državi z razvito psihoterapijo, ki pa nima zakonske ureditve.

Dobro je, denimo, da si belgijske univerze (npr. Katoliška univerza v Louvainu) prizadevajo za oblikovanje celotne edukacije v sodelovanju z zasebnimi inštituti in društvi treh glavnih pristopov – psihoanalize, sistemske družinske terapije in kognitivno-vedenjske terapije. Na univerzah edukanti dobijo teoretične vsebine, supervizirano prakso in osebno izkušnjo pa na inštitutih ter društvih. Protislovno je, da so v skladu z visokošolsko zakonodajo veljavni samo certifikati univerz, kar pomeni, da le ti podpirajo samo teoretično znanje, ne pa praktičnih veščin. Certifikati zasebnih inštitutov in društev namreč nimajo nobene javne veljave.

Drugo protislovje je, da mora kandidat za vključitev v psihoterapevtsko edukacijo že imeti nekaj praktičnih izkušenj, da bi lahko dobil supervizijo. Torej mora po eni strani kandidat imeti praktične izkušnje, po drugi strani pa se poraja vprašanje – kako naj izvaja psihoterapijo, če ni za to usposobljen?

Številna protislovja izhajajo tudi iz privilegiranega položaja psihiatrov. Čeprav naziv *psihoterapevt* ni zakonsko zaščiten, Kraljevi dekret št. 78 iz leta 1967 (Arrete Royal 10. 11. 1967 relatif a l'exercice de l'art de guerir) določa psihoterapijo kot del medicine. Torej legalno samo zdravniki lahko izvajajo psihoterapijo, hkrati pa psihoterapija ni priznana kot poklic ali naziv. Psihoterapevti so v glavnem psihologi, psihiatri in socialni delavci. V osemdesetih so psihiatri dobili legalno dovoljenje za opravljanje psihoterapije ter od takrat dobijo plačane psihoterapevtske storitve s strani zdravstvenega in socialnega zavarovanja. Ko je bila sprejeta ta odločitev, so morali predložiti certifikate, da so ustrezno usposobljeni. Prišlo je do zanimive protislovne situacije. Večina njihovih učiteljev v psihoterapevtskih edukacijah namreč ni bilo zdravnikov, temveč so bili psihologi ali socialni delavci. Oni so učili psihiatre in jim dali potrdila o opravljeni edukaciji, da bi lahko dobili plačane psihoterapevtske storitve iz javnega denarja, sami pa do tega denarja ne morejo priti. Danes je psihiatom še lažje, saj dobijo odobritev za plačilo psihoterapije, ne da bi predložili kakršno koli potrdilo o opravljenem psihoterapevtskem izobraževanju.

Uradno lahko vsi poklici, ki niso psihiatri, izvajajo psihoterapijo samo pod supervizijo psihiatrov. Seveda tega pravila nihče ne upošteva, saj poraja nova protislovja. Kako naj namreč psi-

hiater, ki nima nobene psihoterapevtske izobrazbe, supervidira npr. psihologe, socialne delavce z opravljeno edukacijo? V javnosti imajo nemedicinski psihoterapevti dober ugled in socialno dobro uspevajo.

Izoblikovala se je tudi fronta med psihologi in zdravniki. Psihologi hočejo avtonomijo, nočejo biti podrejeni zdravnikom. Večina psihologov noče biti uvrščena med paramedicinski kader, ker nočejo biti pod nadzorom zdravnikov. Tu se kaže velik vpliv medicinskega lobija in »identitetni problem« tistih, ki želijo biti priznani kot psihoterapevti. Tako se v Belgiji vedno znova izpostavlja vprašanje moči zdravnikov: ali bodo psihoterapevti avtonomni ali pa bodo sodelavci/odvisni od zdravnikov. Ta debata poteka že od Freudovih časov, ko je ta jasno postavil, da mora biti psihoanaliza odprta tudi za nezdravnike in da psihoanaliza ni nujno metoda, ki zdravi paciente. Že Freud je psihoterapijo videl kot specifično, avtonomno področje (Foisly, From in Szafran, 2002).

Trenutno poteka iniciativa, da bi na področju psihologije izpopolnili zakonsko ureditev, tako da bi določili tri poklice: klinični psiholog, klinični seksolog in ortopedagog. Fakultete za psihologijo z belgijskih univerz, Flamska organizacija za psihoanalitično terapijo in Visoki svet za zdravstveno varstvo (priporočilo Št. 7855) so izdelali predlog izobraževalnih standardov za te tri poklice, tako da naj bi do teh nazivov prišli kandidati z zaključenim petletnim univerzitetnim programom, ki bi opravili dodatni magistrski študij in prakso v zdravstvenih ustanovah. Šele potem bi lahko za pridobitev naziva *psihoterapevt* vpisali dodatni dvoletni magistrski program (magisterij po magisteriju) v okviru univerz (Avontroodt, 2010).

## **Kako nam lahko v Sloveniji za uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica pomaga poznavanje stanja po Evropi?**

Če pogledamo, kaj se dogaja po Evropi s prizadevanji za uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica, nam to lahko koristi na več načinov. Lahko nam olajša razumevanje slovenske psihoterapevtske scene, predvsem pa se lahko učimo z dobrih zgledov in se obvarujemo stransoti in napak, ki so jih pri postavljanju zakonskih okvirjev psihoterapevtski dejavnosti naredili v tujini.

Kaj se lahko naučimo od drugih evropskih dežel?

1. Prva lekcija je vsekakor – bolje brez zakona kot slab zakon. Pravna ureditev mora upoštevati zgodovinski razvoj in trenutno stanje, vendar mora hkrati upoštevati prihodnost. Preozko zastavljeni zakoni in predpisi hitro postanejo Prokrustova postelja za nadaljnji razvoj, kot se to kaže v deželah, kjer so regulirali psihoterapijo (ali bi jo želeli regulirati) samo po meri ene ali dveh poklicnih skupin, npr. psihologov (npr. Švica, Nizozemska), psihiatrov (npr. Belgija), zdravnikov (npr. Latvija), psihologov in zdravnikov (npr. Nemčija, Italija, Madžarska). Če je italijanski zakon pred dvajsetimi leti še imel določen razvojni potencial, na sedanji razvojni stopnji psihoterapije parcialno pravno urejanje psihoterapije, npr. samo za zdravnike, samo za psihologe, pomeni slab zakon.

2. Premoščajmo razcepe, kjer se le da. Veliko je napetosti, ki se večkrat intenzivirajo v konflikte in ti v ločevanja ter končno – cepitve: npr. med tistimi, ki delajo v zdravstvu, in tistimi zunaj zdravstva (npr. Nemčija, Latvija), med pristopi (npr. Nemčija), med analitiki kot predstavniki tradicije in novejšimi pristopi kot predstavniki tranzicije (npr. Velika Britanija), med različnimi



strokovnimi profili, ki predstavljajo prvi poklic psihoterapevtov – npr. med psihologi in psihiatri oziroma zdravniki (npr. Belgija), med psihologi/psihiatri/zdravniki in drugimi poklici (npr. Nemčija), med zdravniki in nezdavniki, med psihologi in nepsihologi (npr. Švica), med tistimi, ki zagovarjajo študij psihoterapije takoj po maturi, in tistimi, ki ne, itn.

3. Italijanska izkušnja nam jasno kaže, da naj bo glavna ocena rezultata izobraževanja, medtem ko naj bo vstop v izobraževanje za psihoterapijo kot drugi poklic široko odprt za vse z univerzitetno izobrazbo oziroma z izobrazbo druge stopnje po bolonjskem sistemu.

4. Iz primerjave med Nemčijo in Avstrijo se lahko naučimo, da več gospodarjev pomeni »kilavo kravo« oziroma več zakonskih predpisov, kot jih ima Nemčija, lahko ustvarja nepričakovana protislovja. Bolje en dober zakon, kot ga ima Avstrija, kot več »zakončkov«, ki rešujejo zadeve parcialno.

5. Tudi na področju izobraževanja igra pomembno vlogo nacionalni ponos. Na sestankih delovnih teles EAP sem bil večkrat presenečen nad dinamiko, ki je bila podobna tisti na nogometnih prvenstvih, ko merijo moči najboljša evropska moštva. Tako so, denimo, nekateri italijanski delegati goreče zagovarjali svojo zakonsko ureditev psihoterapije ter odklanjali kakršne koli spremembe, ki bi odprle vrata tudi nepsihologom in nezdavnikom. Nemški pa so ob hvaljenju svoje psihoterapije včasih kar vzvišeno vihali nosove nad zanje preveč demokratičnim avstrijskim zakonom. Da bi se kaj naučili od Avstrijcev, jim ne bi padlo niti »na kraj pameti«. Nekateri britanski delegati so z velikim nezaupanjem gledali na vse, kar prihaja iz dežel nekdanjega »vzhodnega bloka«. Tako je imel generalni sekretar EAP Alfred Pritz, ki si je prizadeval za kriterije, ki bi spodbujali razvoj v psihoterapevtsko manj razvitih državah, z njimi resna soočenja. Tudi na področju visokega šolstva so med evropskimi državami velike razlike, na katere se večkrat veže nacionalni ponos. Eden od glavnih ciljev bolonjske reforme je bil zato prav zmanjšati razlike, ki po nepotrebnem onemogočajo študentom prehode med različnimi študijskimi programi, in tudi olajšati priznavanje izobrazb med državami, kar postaja vse bolj pomembno zaradi vse večje mobilnosti evropskega prebivalstva. Pa se zaradi »tujega nočemo, svojega ne damo« zapleta veliko bolj, kot so bila optimistična predvidevanja pri uvajanju bolonjskega sistema.

6. Omejevanje raznolikosti pristopov se ne obnese. V marsikateri državi so poskušale oziroma poskušajo ohraniti privilegiran položaj predvsem psihoanalitične terapije (npr. Nemčija, Velika Britanija, Francija) iz zgodovinskih razlogov, ker imajo daljšo tradicijo od drugih pristopov, ali kognitivno-vedenjska terapija (KVT) (npr. Nemčija), ker naj bi bila bolj znanstvena (empirično podprta) od drugih. Če so nekateri pristopi do zdaj vložili manj naporov v raziskovanje kot KVT, še ne pomeni, da so manj učinkoviti oziroma indicirani od KVT. Hkrati imajo številne KVT-študije, ki dokazujejo superiornost KVT pred drugimi pristopi, resne metodološke pomanjkljivosti. Model kontrolnih študij, ki je zlasti standard v medicini in ki ga poizkuša KVT prenesti tudi v psihoterapijo, je zanj veliko manj uporaben<sup>7</sup> (Kobal, 2005; Schiepek, 2008). Psihoterapija sebi primerno metodologijo raziskovanja še razvija.

7. Na osnovi prikazane mednarodne primerjave lahko vidimo, kje v Sloveniji zaostajamo za bolj psihoterapevtsko razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija), hkrati pa od katerih smo bolj razviti (npr. Bolgarija, Latvija). Stanje v Sloveniji je več kot zrelo za sprejem zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Zato je seveda žalostno, da je Ministrstvo za zdravje, potem ko je decembra 2009 že uvrstilo sprejem tega zakona v program vlade (postavljen rok za sprejem je bil do maja 2011), poleti 2010 dalo dobro pripravljen predlog zakona v predal. Glavni razlog so bili

zapleti okoli sprejetja novega zakona o zdravstveni dejavnosti, ki je za zakon o psihoterapiji krovni zakon. In dokler naj ne bi bil sprejet novi krovni zakon, naj se delo na zakonu o psihoterapiji ne bi nadaljevalo. Tako smo se znova našli v čakalnici z nejasno perspektivo. Nas bo potem prehitela celo Bolgarija, kjer so novembra 2009 ustanovili delovno skupino za pripravo zakona?

8. Da je majhna država lahko velik zgled, smo videli na primeru Malte. Tudi Slovenija bi to lahko postala. Spomladi 2008 smo angleški prevod osnutka zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki smo ga pripravili v Delovni skupini na Ministrstvu za zdravje, dali v oceno vodstvu EAP. Njihov odziv je presegel naša najbolj optimistična pričakovanja – ta trenutek bi bil to najboljši zakon v Evropi, so komentirali. Tako je tudi njim žal, da smo s tako dobrim predlogom spet obstali na mestu.

9. Plodno je sodelovanje med univerzami in društvi ter inštituti (npr. Nemčija, Avstrija, Belgija, Italija), s tem da se je z odprtjem možnosti za fakultetni študij psihoterapije takoj po maturi leta 2005 na Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju začelo novo poglavje v razvoju psihoterapije, ki ga ni mogoče več ustaviti. Z neustrezno zakonodajo se razvoj psihoterapije kot prvega poklica lahko le upočasnijo in otežijo. Lahko si predstavljamo, kako bi izgledalo, če bi npr. danes sprejeli nov zakon o zdravniški dejavnosti, v katerem bi postavili, da je glavna pot do poklica zdravnik študij za drugi poklic. Torej da bi lahko postal zdravnik le tisti, ki je že končal nek univerzitetni študij in se šele nato lahko vključi v študij medicine. In bi to med drugim utemeljevali, da je zdravnik tako odgovoren poklic, da so zanj primerni le starejši ljudje, ki imajo več življenjskih izkušenj. Bodoči zakoni o psihoterapevtski dejavnosti bi morali zato spodbuditi izobraževanje iz psihoterapije kot prvi poklic, ter s tem motivirati društva in inštitute, ki danes ponujajo izobraževanja za drugi poklic, da v sodelovanju z univerzami premaknejo težišča svojih programov na izobraževanje za prvi poklic.

10. Kvantni skok, do katerega je prišlo leta 2005 z izobraževanjem za prvi poklic na USF, postavlja EAP in tudi SKZP pred nove izzive, saj se s tem korenito spreminja zadnja točka Strasburške deklaracije in s tem celotna podoba psihoterapije. Velikokrat se organizacije, ki so nekaj časa gonilo napredka, spremenijo v njegovo zavoro. Izobraževanje iz psihoterapije je v Evropi postalo velik posel, kjer društva in inštituti tekmujejo za dober kos pogače. Bolj odločen vstop akademskih institucij z izobraževanjem za prvi poklic bo med drugim tudi temeljito spremenil poslovne možnosti za dosedanje »vladarje«, društva in inštitute. Zadnja leta sem bil v Avstriji priča njihove ogroženosti in s tem povezanih napadov na USF. Tudi v EAP sem spremljal formalna in zakulisna dogajanja, kjer ne manjka tudi ignorance, omalovaževanja, nestrpnosti ter odklanjanja spremembe, ki jo je na zemljevid evropske in svetovne psihoterapije zarisala USF. Ker je slovensko tržišče na področju izobraževanja iz psihoterapije relativno majhno, upam, da naša društva, ki so povezana v SKZP, v izobraževanju za prvi poklic in v akademizaciji psihoterapije ne bodo videla grožnje, ampak nove možnosti svojega razvoja ter tudi poslovnega uspeha. Tudi s tem bi bili lahko zgled številnim evropskim državam.

<sup>7</sup>Predvsem so problematični poizkusi manualizacije psihoterapevtskih postopkov, kar se je npr. pokazalo tudi v študiji, v kateri so poskušali določiti vpliv terapevtskih osebnostnih dejavnikov v kognitivno-vedenjski psihoterapiji (Project MATCH Research Group, 1998, v Norcross, 2002: 5). V raziskovanju zdravljenja panične motnje so standardizirali program zdravljenja, psihoterapevte in kliente, da bi čim bolj zmanjšali učinke psihoterapevtove osebnosti. Program zdravljenja so določili po priročniku in ga natančno strukturirali, psihoterapevte so enako usposobili ter jih ob tem opozovali, kliente pa so izbrali po strogih diagnostičnih postopkih, da bi bili čim bolj podobni. Kljub temu so se psihoterapevti pomembno razlikovali po uspešnosti in obsegu sprememb, ki so jih dosegli v delu s klienti. Učinek psihoterapevta na učinkovitost psihoterapije je nihal v razponu kar od 0 % do 18 %.

## Zaključne misli

Evropska in tudi slovenska psihoterapija se je znašla na prelomnici. Ena bistvenih značilnosti prelomnih obdobij, ko nastajajo nove in razpadajo stare strukture oziroma se slednje reorganizirajo, povežejo na nov način, je, da po prelomnicah »nič več ni tako kot prej«. Čas prelomnic je čas vrtincev, pretresov, preskokov, nestabilnosti, povečane kaotičnosti, ko novi vzorci oziroma strukture še nimajo jasnih obrisov in se stari vzorci včasih začasno še okrepijo, preden se novi utrdijo. Morda si trenutno po nekaterih evropskih državah ravno zato psihološki lobi na nedialoški način prizadeva pridobiti nadzor nad področjem psihoterapije, tako nad izobraževanjem kot njenim izvajanjem. Podobno ponekod poizkušajo tudi psihiatri v okviru medicinskega lobija.

Tudi v Sloveniji se zrcali ta evropska dinamika. 18. novembra 2000 smo, denimo, lahko prebrali v Sobotni prilogi Dela poziv, naj psihoterapijo vzame pod svoje okrilje psihiatrija: »Glede na to, da v naši državi nastajajo različne šole in tečaji za pogosto dvomljive psihoterapevtske pristope, je nujno, da prav psihiatrija oblikuje normative, ki bi naredili to področje pregledno, in tako omogoči ljudem izbiro glede na oceno kakovosti in strokovnosti« (Švab v Bohak, 2002: 141).

Ali pa poziv proti psihoanalizi/psihodinamskim pristopom in za kognitivno-vedenjsko terapijo: »Psihoterapija je že prerasla meje v abstraktno ujete, dolgotrajne in nikoli dokazano učinkovite psihoanalize ter podobnih psihodinamskih usmeritev. Psihoterapevtskih metod je zdaj mnogo in kar nekaj izmed njih se ponaša z utemeljenostjo, učinkovitostjo glede na dano ceno in splošno dostopnostjo. Te so navadno krajše, natančno strukturirane in zlahka merljive. Še zlasti to zadnje je pomembno za zdravstvene zavarovalnice in seveda prek njih tudi za davkoplačevalce. Zakaj bi vendar plačevali za zdravljenje, ki ni dokazano, torej izmerjeno učinkovito [...] Tako kot sprejmemo, da so učinkovita samo tista zdravila, katerih učinek se pokaže v skladnejšem razmišljanju in vedenju osebe z duševno motnjo, bi lahko sprejeli, da deluje le tista psihoterapija, katere učinek bi se dalo prikazati tudi organsko. In se da! Kognitivno-vedenjska terapija ima tako kot antidepresivno zdravilo dokazan učinek na fino strukturo in s tem na funkcijo možganov. Z drugimi besedami, beseda postane materija le, če se dotakne genov in njihovega izražanja v danem okolju« (Marušič v Bohak, 2002: 141).

Tudi nekateri slovenski klinični psihologi pravijo tako: Ker je (klinična) psihologija eden od ključnih stebrov psihoterapije, ima pravico odločati o njeni usodi; Psihološka psihoterapija je bolj učinkovita in bolj znanstvena od drugih psihoterapevtskih pristopov; Zbornica psihologov mora dobiti pooblastilo za podeljevanje licenc iz psihoterapije psihologom; Psihologi ne smemo dopustiti, da bi o naših licencah za psihoterapijo odločala zbornica psihoterapevtov itn.

Če hočejo nekateri v Sloveniji zadrževati razvoj psihoterapije v smeri samostojnega poklica oziroma se zanj ne angažirajo, tako da bi lažje ohranili dosežene statuse in prednosti, pa smo bili leta 2006 med prvimi državami v Evropi, ki smo sledili zgledu USF in omogočili fakultetni študij psihoterapije tudi slovenskim študentom (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010), na kar smo lahko upravičeno ponosni. Glede na to trenutno stanje slovenske psihoterapije še bolj potrebuje zakonsko ureditev, s katero naj bi bila psihoterapija definirana kot zdravstvena dejavnost, psihoterapevt pa kot samostojen poklic.

Tako številni slovenski psihoterapevti (ne glede na to, ali smo po osnovni izobrazbi zdravniki, psihologi ali kaj drugega) menimo, da je psihoterapija dovolj odrasla, da ne potrebuje več mačeh in skrbnikov, pa čeprav se nekateri psihologi in psihiatri za to vlogo še vedno potegujejo

oziroma se zanjo čutijo poklicani. Dozorel je čas, da se psihoterapija razvija avtonomno in da poklicni psihoterapevti različnih pristopov ne glede na izvorni poklic sami določamo identiteto psihoterapije kot akademske znanstvene discipline ter kot svobodnega poklica. In da nenazadnje tisti, ki smo pridobili naziv in s tem odgovornosti poklicnega psihoterapevta, z odprtimi rokami pričakamo nove generacije kolegov in kolegic, ki so že ter še bodo izbrali oziroma izbrale psihoterapijo kot prvi poklic.

## Literatura

- Atanassov, N. (2002). Bulgaria. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 71–87.
- Avontroodt, Y. (2010). Psychiatry & Psychology in Belgium: Towards a Full Recognized Profession. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Bohak, J. (2002). Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 13–17.
- Bohak, J. (2004). Mednarodna primerjava stanja. Bohak, J., Možina, M., ur. (2004). Kompetentni psihoterapevt. *Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 139–142.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9), 7–14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4, 38–40.
- Bohak, J., Možina, M. (2002). Slovenia. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 283–299.
- Colden, A. (2008). Common Platform for Psychotherapy Project. Power Point Presentation. Vienna: EAP.
- Fäh, M. (2002). Switzerland. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 310–332.
- Foisy, M.L., From, L., Szafran, W.A. (2002). Belgium. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 39–70.
- Ginger, S. (2005). France. EAP Questionnaire. Vienna: EAP archives.
- Ginger, S. (2010). Psychotherapy: An Independent Profession? A European Challenge! Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Grebo, U., Elmquist, B. (2002). Sweden. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 300–309.
- Hägström, I. (2010). Swedish National Agency for Higher Education. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Harmatta, J. (2002). Hungary. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 165–168.
- Itten, T., Schulthess, P., Stutz, E. (2009). Psychotherapy: A Separate Profession in its Own Right: An Open Letter to Swiss Government. Vienna: EAP archives.

- Krause-Girth, C. (2002). Germany. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 71–87.
- Kobal, L. (2005). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi*: [zbornik prispevkov]. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 84–97.
- Kutasi, A. (2010). The Training Requirements and Recognition of Specialist Qualification in Psychotherapy in Hungary. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Lanthaler, H. (2010). Why my Austrian Psychotherapy Training was “not enough” for Italian Legislation – My Story. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Loewenthal, D., Casement, A. (2002). United Kingdom. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 336–370.
- Marušič, A. (2000). Dlje od teorij in bliže ljudem. Delo, 3. februar 2002, str. 20.
- Mifsud, G. (2010). The Position Adopted by the Council for the Professions Complementary to Medicine (Malta) vis-à-vis the Regulation of the Profession of Psychotherapy. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42, št. 9: 15–29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1–2: 83–103.
- Možina, M. (2009). Etika udeleženosti: Problem ni, kdo ima prav ali kaj je res, problem je zaupanje. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 3, št. 3–4: 115–152.
- Možina, M. (2010). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4, št. 1–2: 133–166.
- Možina, M., Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3–4: 119–142.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Oudijk, R. (2002). Malta. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 214–217.
- Oudijk, R. (2002). Netherlands. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 310–332.
- Parrini, R. (2002). Italy. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 174–195.
- Plume, A. (2002). Latvia. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 200–203.
- Priebe, S., Wright, D. (2006). The Provision of Psychotherapy: An International Comparison. *Journal of Public Mental Health*, vol. 5, issue 3: 12–22.
- Pritz, A. (2002). Austria. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 27–38.
- Pritz, A. (2009). The Lanthaler Case. A General Secretary Report to All EAP Members. Vienna,

march 2009.

Pritz, A. (2010). Introduction into the Profession of Psychotherapy for NonPsychotherapists. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Rancāns, E. (2010). Psychotherapy in Latvia: Still Challenges Ahead. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Schiepek, G. (2008). Psychotherapy as Evidence-Based Process Management. A Contribution to Professionalism Beyond Standard Model. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, št. 1–2: 7–19.

Schindler, S. (2010). Recognition of Psychotherapy Degrees in Switzerland. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Slavković, I., Ginger, S. (2010). Registrar's Report on ECPs and EAPTIs (TAC). EAP meeting in Paris, October 2010.

Sokolova, I. (2010). Psychotherapy in Bulgaria: Development with Future. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Soulie, M. C. (2010). Legal Status of Psychotherapy in France. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Strauss, B. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Strauss, B. (2010). Development of Psychotherapy Education in Germany and in Europe – Presentation of the Research Results for the German Health Ministry and Perspectives for the Future. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Švab, V. (2000). Nič ni brezupno. Sobotna priloga Dela, str. 14.

Van Broeck, N., Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care: A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, Vol. 13 (1): 53–63.

Zucconi, A. (2010). Italian Psychotherapy Today: The Position of CNSP – the Private Schools of Psychotherapy Umbrella Association. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.







## MIRAN MOŽINA

### FOR PSYCHOTHERAPY AS AN AUTONOMOUS PROFESSION: WHAT IS HAPPENING IN EUROPE<sup>1</sup>

#### Information on the author:

Mag. Miran Možina, MD, psychiatrist and psychotherapist

Job: Slovenian Institute for Psychotherapy, Trg MDB 5, 1000 Ljubljana, Slovenia

Home: Ulica Metoda Mikuža 16, 1000 Ljubljana, Slovenia

mobile: 00386 41 748 812

email: [miran.mozina@guest.arnes.si](mailto:miran.mozina@guest.arnes.si)

**Key words:** regulation of psychotherapy, Strasbourg declaration of Psychotherapy, European Association for Psychotherapy, European Certificate of Psychotherapy, faculty study of psychotherapy, Sigmund Freud University.

#### Abstract

The European Association for Psychotherapy (EAP) was founded in 1990 on the consensus statement, the so called “Strasbourg declaration”, and has over the last two decades contributed hugely to the development of psychotherapy as an independent and autonomous profession. The European Certificate of Psychotherapy (ECP), which has been awarded to approximately 6,000 therapists from different European countries, defines the standards and criteria for the professional practice of psychotherapy.

This article compares psychotherapy regulations in Austria, Germany, Sweden, Netherlands, Italy, Switzerland, Finland, France, Hungary, Latvia, Malta, Bulgaria, United Kingdom and Belgium and shows their benefits and weaknesses. They can be seen as a learning opportunity and used in the process of developing an effective regulation of psychotherapy in countries where there is no such regulation yet, like for example in Slovenia.

In 2005 a new phase in the development of psychotherapy in Europe and worldwide began with opening of the bachelor, master and doctor faculty study of psychotherapy science at Sigmund Freud Private University (SFU) in Vienna. Bachelor level is open for those who finish secondary school and decide to study psychotherapy as a first profession. SFU is emphasizing the development of psychotherapy as an autonomous academic discipline and as an independent profession in its own right. In Slovenia the same program of faculty study was launched in 2006 in collaboration with SFU. This is one of the reasons why Slovenian psychotherapy is ripe to be regulated by a law which would declare psychotherapy as an autonomous health care profession.

---

<sup>1</sup> I dedicate this article to Janko Bohak, the initiator, co-founder and the first president of the Slovene Umbrella Association for Psychotherapy (from 1998 to 2006), the one who brought the spirit of the European Association for Psychotherapy to Slovenia. He crucially influenced my career as a psychotherapist by helping in opening up the European horizon and connecting different modalities in a joint effort to make psychotherapy an autonomous profession also in Slovenia.

## Introduction

Politics was never an interest of mine until late nineteen eighties of the 20<sup>th</sup> century when Slovenia started to fight for its independency. My interest in politics withered away during the socialist-communist era of never ending gobbledegook of political speakers and their empty political rhetoric. I was fed up with Marxism already during my school years. Avoiding anything that even remotely resembled politics was for me an excellent mode of survival.

But things have drastically changed for me at the end of the nineteen eighties. The difference was that the political fight for the independence of Slovenia was joined by writers and poets, whose words sounded nothing like those old worn out mantras of communist idealists. During my psychotherapeutic training in the second half of the eighties I have also become aware that working with patients is only one part of a psychotherapist's life and that it is also important to be engaged in making psychotherapy an autonomous profession (Možina, 2009).

It became increasingly clear to me that in order to reach this goal I needed to connect with representatives of other psychotherapeutic modalities. In the middle of the nineties I accepted the invitation of Janko Bohak and joined the initiative to found the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP, or Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, SKZP) (Možina, 2006). Through the European Association for Psychotherapy (EAP) I slowly began to understand the state of psychotherapy in different European countries. I started to look into their respective legal regulations in more detail in 2003, when we began preparing the law on psychotherapy (Možina and Bohak, 2008). I came to realize just how crucial the legal regulation is for the development of psychotherapy as an autonomous profession.

As the president of SUAP in the years between 2006 and 2009 I frequently represented it in EAP meetings in many European cities. These meetings were very informative, since the representatives of almost all European countries were gathered in one space – annual general meetings were visited by up to a hundred delegates. My psychotherapeutic map of Europe was becoming increasingly diverse and increasingly interesting for me as well. In the Work group for the preparation of the psychotherapy law on the Ministry of Health in 2008 I took over the task of preparing the material to support the draft of the law (Možina and Bohak, 2008). A part of this supportive material was also an international comparison of psychotherapy regulation across the Europe, where I could use my experience and the overview I created in EAP.

The final decision to write this article was made after I attended the European conference on the political and legal status of psychotherapy on 18<sup>th</sup> and 19<sup>th</sup> February 2010 in Vienna, organised by EAP. There I received some fresh information on the present state of the regulation of psychotherapy in European countries. I hope that the trials and tribulations of the difficult path of European psychotherapy to the status of an independent profession and an autonomous academic discipline will attract a readers' attention. I strove to make the article both informative enough and inspiring to encourage bridging the many gaps and connecting psychotherapists in Slovenia and other countries to form the legal regulation and make psychotherapy an autonomous profession in Slovenia as well.

## Making psychotherapy an independent profession: a contribution of EAP

Ginger (2010) begins his overview of the development of psychotherapy to an independent profession across Europe by comparing it to children growing up. There comes a day when

they leave home to become independent, usually to another location. Some social groups go through a similar process. For example, psychology has in most countries gradually separated from its ‘mother’ - philosophy. In France, this transition took place in the 1950’s. In that same time period, the departments for the “*Social or Human sciences*” were formed in the French universities, with psychology joining them after leaving the school of “Arts”. Today there exist about 45 000 books on the subject of Psychology, published throughout the world and Psychology is no longer considered to be just a simple branch of Philosophy.

The pursuit to make psychotherapy an autonomous profession was much aided in Europe in the last twenty years by the European Association for Psychotherapy (EAP). In 1990, seventeen psychotherapists from Austria, Switzerland and Germany gathered in Strasbourg and, on 21<sup>st</sup> October, condensed their vision for psychotherapy into five points, known under the name of the “Strasbourg Declaration”.

([http://www.europsyche.org/download/EAP\\_Strasbourg\\_Declaration\\_to\\_sign.pdf](http://www.europsyche.org/download/EAP_Strasbourg_Declaration_to_sign.pdf)):

1. Psychotherapy is an independent scientific discipline, the practice of which represents an independent and free profession.
2. Training in psychotherapy takes place at an advanced, qualified and scientific level.
3. The multiplicity of psychotherapeutic methods is assured and guaranteed.
4. A full psychotherapeutic training covers theory, self-experience, and practice under supervision. Adequate knowledge of various psychotherapeutic processes is acquired.
5. Access to training is through various preliminary qualifications, in particular human and social sciences.

The following year, psychotherapists from Germany, Switzerland, Hungary and Austria gathered in Vienna and founded the EAP and accepted the Strasbourg Declaration as their founding document and a base for operation. In the last two decades, EAP has grown into a large movement with a membership of approx. 140,000 psychotherapists, mostly from over 140 occupational associations and also individual members, with the Strasbourg Declaration remaining their “Magna Carta”: an intersection of their efforts to make psychotherapy an autonomous and independent profession on a high scientific level.

EAP has set the European Certificate of Psychotherapy (ECP) as their short term goal, which would standardise the training of psychotherapists in accordance with EAP standards and guarantee their mobility inside the European Union (EU). It took seven years for EAP to finish this project. It was not easy to agree on the minimal training standards of completely different modalities – from the psychoanalytical branch, which had lengthy and difficult training, to newer modalities, which started with a fairly easy training and only gradually acquired transparent and mandatory educational structures. Deciding on a common denominator of psychotherapeutic traditions of most European countries was also a strenuous task. But after seven years of negotiations, coordination and explanations why the three pillars of training – theory, personal experience and practice under supervision – are a vital prerequisite for every psychotherapist, the annual EAP assembly in Rome in 1997 reached a consensus on the textual content of ECP (Bohak, 2002, 2006ab).

The most important part of the text spoke about the content and extent of psychotherapeutic training. It was agreed that the entire training should consist of no less than 3,200 hours in a span of seven years and that at least four years should be spent dealing with one of the recognised psychotherapeutic modalities. In the following years it was decided that the first three years (at least 1,400 hours) would cover the basic psychotherapeutic knowledge (so-

called propedeutics) common to all future psychotherapists. After the propedeutics they can decide in which scientifically recognised psychotherapeutic modality they will continue the specialized four-year training. The modality must be:

- clearly defined, different from other psychotherapeutic modalities and having a clear theoretic foundation;
- theory must be integrated with practice and the modality must cover a wide range of problems and its effectiveness must be proven;
- EAP must recognise its scientific validity, as do the appropriate professional organisations in different European countries (Bohak, 2002).

According to the principle of recognising the knowledge and competences that correspond to the programs of general and specialised psychotherapeutic training in content and difficulty, a candidate can get recognition for skills, training and competence gained in other forms of training (i.e. a comparable specialised or university study program). Table 1 contains more detailed conditions for general and specialized psychotherapeutic training by the ECP standards. By October 2010 ECP was received by 5,940 psychotherapists from various European states (4,798 are in register in the EAP head office) (Slavković and Ginger, 2010).

Table 1: Requirements of general and specialised psychotherapeutic training according to the standards of the European Certificate for Psychotherapy (ECP)

### **THE LENGTH AND CONTENT OF THE GENERAL PSYCHOTHERAPY TRAINING**

General psychotherapy training, or psychotherapeutic propedeutics, that follows the criteria of EAP must consist of theory and practice. The duration and range of propedeutics needs to be at least 1,400 hours in at least two years.

1) **Theoretical part** must contain the following or comparable content in the duration of at least 850 hours:

1. The basics and borderland areas of psychotherapy, including supervision, but especially the introduction in:

- the history of the field, its development and an overview of modalities, the concept of depth psychology, systemic theory, theory on learning and theory on communication, minimum 170 hours;
- personality theory and interaction theory, minimum 30 hours;
- general and developmental psychology, minimum 60 hours;
- rehabilitation and special pedagogy, minimum 30 hours;
- psychodiagnostics and giving professional opinion, minimum 60 hours, and;
- forms of psychosocial interventions, minimum 60 hours.

2. The basics of psychiatry and neuroscience, and especially the introduction in:

- medical terminology, minimum 30 hours;
- neurobiology, neuropsychology, psychophysiology, psychoimmunology, minimum 80 hours;
- psychopathology, psychosomatics of all age groups, emphasising child&youth psychotherapy and gerontological psychotherapy and forensic aspects of psychotherapy, minimum 170 hours;

- psychopharmacology, minimum 25 hours.
3. The basics of research work and scientific theory, minimum 75 hours.
  4. Ethic questions, minimum 30 hours.
  5. Health and social security and legislature, minimum 30 hours.

2) **Practical part** must contain the following content in the duration of at least 550 hours:

1. Personal experience in individual or group psychotherapy, minimum 50 hours.
2. Practice in health and/or social care institutions, associations operating in the field of psychosocial aid, that needs to be done under professional supervision of mentors in institutions and training supervisors. The duration of practice needs to be at least 480 hours, in addition to:
3. practice supervision, minimum 20 hours.

### **THE LENGTH AND CONTENT OF THE SPECIALISED PSYCHOTHERAPY TRAINING**

Specialised psychotherapy training on a specific psychotherapeutic modality according to the criteria of the EAP must consist of theory and practice. The duration and range of specialised training needs to be at least 1,800 hours in at least four years.

1) **Theoretic part** must contain the following elements in accordance to the standards of a psychotherapeutic modality in the duration of 500-800 hours:

- Theory of human development through all life stages.
- Understanding of other psychotherapeutic modalities.
- Theories of change.
- Understanding of social and cultural issues in connection to psychotherapy.
- Theories on psychopathology.
- Theories on evaluation and intervention.

2) **Practical part** must contain the following elements:

1. Personal group or individual learning experience or an equivalent, minimum 250 hours. This includes *training analysis*, *self-experience* and other individual or group methods that contain elements of self-reflection, therapy and personal experience. Psychotherapeutic modalities use different terms for this notion. Every type of training needs to ensure that the candidates recognise and appropriately treat their own personal involvement and their own contributions to psychotherapeutic processes – in accordance with the particular modality they study.

2. Practice in the range of 300-600 hours (in accordance with the specific psychotherapeutic modality under constant supervision in the range of at least 150 hours) in at least two years. Practice can be done with different client systems: individuals, couples, families, groups. It is important that a part of the practice is carried out in the framework of mental health care and social care institutions, or that an equivalent practical experience is available: practice needs to offer a suitable experience of psycho-social crisis and cooperation with other professionals on the field of mental health care and social care. Supervision, training and teaching therapy (whenever possible) should be carried out by psychotherapists, educated in accordance to the

criteria of ECP. Further training for teachers and supervisors is not included in these criteria, nevertheless, the teachers and supervisors need to educate themselves continuously.

Unfortunately, some EU Member States and European accredited organizations for different modalities that are members of EAP have not been consistent with the development of propedeutics or the request that it should be an unavoidable condition for being awarded the ECP. This way the ECP, with its general and specialised part, stays only as a recommended standard by the EAP, however, the EAP does not have the authority to demand it from its members or sanction the failure to meet the standards. These actions are being regulated by individual EU member states, or, if there is no law to regulate it, it is left to national umbrella organisations to decide.

### **Psychotherapy has tradition**

The cradle of contemporary psychotherapy is Europe, although the general human experience all across the globe has long shown that various forms of mental disorder and distress can be controlled and treated effectively with speech, conversation, physical relaxation, correction of opinions and beliefs, suggestion and persuasion. Although such natural remedies grew in scientific value already at the end of the 19<sup>th</sup> and the beginning of the 20<sup>th</sup> centuries, especially in the French school of Charcot and Janet, their scientific acclaim and utilisation did not flourish until the first half of the 20<sup>th</sup> century with the contribution of Sigmund Freud and the establishment of psychoanalysis and its subsequent modifications, as well as the development of other psychotherapeutic schools and modalities.

Modern psychotherapy, therefore, is about two hundred years old. Franz Anton Mesmer (1734–1814) discovered the effects of hypnosis and formed the first method of treatment. In the 19<sup>th</sup> century we already come across many reports on the development of psychotherapy in Europe, but this did not result in a systematic development until the end of the 19<sup>th</sup> century – to Sigmund Freud (1856–1939). Freud is the founder of psychoanalysis, which laymen still equate with psychotherapy. This is possible because Freud developed psychoanalysis not only as a method of psychotherapy and his influence did not stop with his colleagues, but he was also a competent and prolific writer (he was a recipient of the prestigious Goethe Prize) and so his works became a part of European culture. Because of him psychoanalysis is also developing as a philosophy and as a tool of understanding beyond the pathologic. He was also a tireless organiser and the leader of the psychoanalytic movement, which conducted regular meetings and was engaged in publishing and – what would be called today – promotional activities. This set an example of how it is possible to develop a profession comprehensively or, in other words, how to organise psychotherapy as an autonomous social movement. Nazism forced many psychoanalysts to flee from Europe to the USA and after the war the USA became a leading force in psychotherapy as well.

In recent decades many new psychotherapeutic modalities have been developed and have earned their place among the renowned psychotherapeutic schools e.g. transactional analysis, gestalt, systemic and behaviour-cognitive therapy etc. In the last twenty years the understanding of psychotherapy solidified as the plethora of all those procedures and methods that develop a healing relationship between the psychotherapist and the patient, which has a healing effect on mental, psychosomatic and psychosocial disorders and distress, it alleviates the suffering from chronic physical diseases and also improves the quality of life in general.

### **Psychotherapy – profession of the future**

Today, developed countries are more and more plagued by mental disorders and distress, psychosomatic diseases and other emotional distress, which prevent living a successful everyday life. This fact shows an increasing need for psychotherapy and encourages the social demand for more substantial psychotherapeutic care of the population, which should be carried out by educated and trained specialised professionals.

According to various epidemiological studies, 3-30% of the population requires psychotherapeutic aid in specific circumstances. In addition, the World Health Organisation estimates that one psychotherapist should cover 1,000 people (Slovenia would therefore require 2,000 psychotherapists, but there are only 200 and only a few of them work full-time). Most of EU members have not yet fulfilled this requirement. Therefore we can expect an increased demand for psychotherapy (Pritz, 2010). If we could call any profession a profession of the future, then psychotherapy is definitely it. Although the modern, globalised man is less and less resistant to the increasing demands and challenges of life, this claim is supported by studies whose results confirm the effectiveness and high success rate of psychotherapeutic treatment. Lambert and Barley (2002) have, for example, examined the results of studies on the effectiveness of psychotherapy and concluded that, after sixty years of research, we can rightfully defend the general success of psychotherapy and that the average client undergoing psychotherapeutic treatment is 80% better off than a client without it. Additionally, comparative studies of different therapeutic methods did not show any significant differences in the effectiveness among all fundamental therapeutic modalities (the so-called “Dodo bird effect” – everyone is a winner).

Because of the epidemic extent of mental disorders, treating them is one of the most prominent topics. However, the World Health Organisation (WHO) report of 2002 revealed that only about 250 million people around the globe have access to psychotherapy and a similar amount of people don't have access to psychotherapeutic aid. Some reasons why this is so: lack of psychotherapy training, wrong priorities of health policy makers, and poor understanding of the possibilities offered by psychotherapy. Nevertheless, the realisation that psychotherapy is important is increasing across the globe due to easy access to information via the internet.

Almost a century after the first attempts to establish psychotherapy as a modern scientific discipline, its development affected social life to the extent that it requires legal regulation and an appropriate placement of psychotherapeutic activity into the health care system. Since the criteria for the assessment of the legal regulation of psychotherapy vary, so do the estimates of the number of European countries who have passed the law on psychotherapeutic activity so far. Because of this, for example, Ginger (2010) estimates this number to be eight, while Strauss (2010) estimates eleven (see table 4). Nevertheless, many EU states are working intensely on getting the law passed.

### **General data on legal regulation of psychotherapy in European countries**

Because of the differences among European countries in psychotherapeutic training and the methods of implementing psychotherapy, estimates on the quantity of psychotherapists in Europe vary: Pritz's (2002) estimate is 300,000, while Ginger's (2010) is 150,000. The density of psychotherapists in different countries varies a lot (see tables 2 and 3): from 65 to 85 (per 100,000 inhabitants) in Austria, Italy and Switzerland or Belgium to 10 or less in

countries in Eastern Europe. Estimates on the availability of psychotherapy also vary (see table 3).

Table 2: Estimated density of qualified psychotherapists (per 100,000 inhabitants) (according to Ginger, 2010: 12-13)

<b>Countries</b>	<b>Density psychotherapists per 100,000 inhabitants</b>	<b>Estimated number of qualified psychotherapists</b>	<b>Population in millions</b>
Austria	87	7,000	8
Italy	67	40,000	60
Switzerland	65	5,000	8
Belgium	65	7,000	11
Sweden	55	5,000	9
Serbia	40	3,000	7
Netherlands	37	6,000	16
Germany	33	28,000	86
Ireland	31	1,200	4
Hungary	26	2,600	10
Finland	23	1,200	5
France	20	13,000	64
United Kingdom	17	10,000	60
Kosovo	16	300	2
Denmark	15	800	5
Portugal	14	1,500	11
Malta	12	50	0.4
Norway	12	600	5
Spain	10	4,500	43
Slovenia	10	200	2
Latvia	8	180	2
Slovakia	8	430	6
Croatia	7	300	4
Romania	5	1,200	22
Russia	4	5,000	142
Lithuania	4	120	3
Macedonia	2	40	2
Ukraine	1	330	46
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>147,550</b>	<b>682</b>



Table 3: Comparison of accessibility of psychotherapy in some European countries (according to Priebe and Wright, 2006) PT = psychotherapist

Country	United Kingdom	France	Germany	Italy	Netherlands	Switzerland
Number of psychotherapists (public data)	38,000 members of professional societies on psychotherapy and counselling, 13,400 of them renowned (23 per 100,000 inhabitants)  They work in multidisciplinary teams in public health service, voluntary organisations and independently	About 8,000 to 12,000 PT (13 to 20 per 100,000 inhabitants)	16,000 psychological PT and 3,500 medical PT (24 per 100,000 inhabitants)	About 35,000 PT in the national register (60 per 100,000 inhabitants). 12-13,000 have completed full training  They work in teams for mental health care or privately	About 6,000 PT (37 per 100,000 inhabitants)	1,700 psychiatrists for adults, 2,600 psychological PT (59 per 100,000 inhabitants)  They normally work alone
Referral to a PT	By general practitioners, medical staff	No formally determined referral procedure	Self-referral or by experts	Self-referral or by experts	By employer, general practitioner or medical staff	Self-referral
Number of sessions covered by public health service	Varies, depends on the problem: 6-40  Costs (37-117€ per session) are covered by public health service	Number of sessions not limited  44-59€ per session	Insurance companies pay for 25 sessions minimum plus up to 100 extra sessions  77€ per session	Insurance companies pay 30-50 sessions  70-100€ per session	The state pays for up to 25 sessions  The client covers 15€ per session	Insurance companies pay for about 30 sessions  132€ per session
Quality and result control	Quality control carried out only by accreditation rules; limited control over outcomes	No formal quality control; partial control carried out by PT associations	Strict accreditation rules; no control over outcome	No quality or outcome control	Quality control only with accreditation; no outcome control	No rules for accreditation, no outcome control

In most EU countries training for a psychotherapist as a second profession is accessible by candidates with different preliminary educations. According to one of the studies, the situation in 21 EU countries is as follows (brackets contain the number of countries): psychologist (21), physicians (21), social workers (15), pedagogues (11), nurses (12), social pedagogues (5), teachers (3), theologians (3), other professions (8) (Strauss, 2010).

While modern psychotherapy at first had to fight some general acceptance problems, it is generally recognised worldwide in medicine and general public, although its extent is not yet

optimal despite the possibilities and potential it offers. On the EU level psychotherapy is one of the 'regular professions'<sup>2</sup>, but it is not regulated as such. In 1985 Sweden accepted the first legal regulation of psychotherapy with the introduction of the licence distribution system for different psychotherapeutic modalities. Legal regulation gradually followed in other European countries, such as Austria, Finland, Germany, Italy, the Netherlands, Switzerland (consisting of cantons' regulation), France, Malta etc. The status of a psychotherapist in UK is achieved by receiving the title of *psychotherapist* from a professional association - the UKCP (United Kingdom Council of Psychotherapy). So psychotherapy in European countries is subject to regulation on three different levels: as a federal law (e.g. Germany, Italy, the Netherlands), on a regional level (e.g. Switzerland and its cantons) or within a professional association (e.g. United Kingdom).

These legal regulations in varying degrees promote the development of psychotherapy as a profession: firstly, because they enable people with different preliminary educations or professions to get psychotherapeutic training, and secondly, because they recognise different psychotherapeutic modalities. In some countries (e.g. Germany, Italy, the Netherlands) psychotherapy is legally regulated as a specialization for psychologists and psychiatrists, but in some other countries psychotherapy is regarded as a multiprofessional activity, meaning as a profession which is accessible by people with different professions (e.g. Austria, Finland, France, the Netherlands<sup>3</sup>, Sweden). In Austria, psychotherapy may be a first profession.

Since psychotherapy is not (yet) legally regulated on the EU level and therefore does not have the advantage of being automatically recognised within the EU, psychotherapists are covered by the general method of recognition. In principle, this general method guarantees mutual recognition of professional qualification among EU members by validating degrees. Nevertheless, the host country has the right within this general method to set a minimum level of qualification to practise the profession and decide whether the degree gained by the candidate in another EU member state meets the minimum qualification. Every country therefore has the possibility to demand the fulfillment of certain additional conditions (i.e. exam tests or an adjustment period of up to three years) from the candidate who practises a profession not regulated on the EU level. Since this kind of recognition limits the freedom of transition of professionals from one EU member state to another, EU establishments introduced a new concept, the so-called **common platform**, which should simplify the procedures of recognising professional qualification among EU members. This kind of simplification ensures greater legal security and is in the interest of member states as well as in the interest of migrating workers.

The common platform is composed of a number of criteria for professional qualification that provide appropriate compensation of vital differences between educational demands in different EU member states for a certain profession. The differences are assessed by a special

---

<sup>2</sup> The "International Standard Classification of Occupations", made by ILO (International Labour Organization) is available on the website of the Department for the Recognition of Professional Qualifications already for some time. The information found in that list depends on what the relevant country reports to the European Commission. It shows that even if psychotherapy is not regulated by a common law of the European Union, there are countries where the profession is regulated as an independent profession. The explanation of the list's purpose can be found on [www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm](http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm). The list is a statistical Standard Classification and is used as a kind of framework for national classifications. Psychotherapy not being included in this list therefore means that there is rather limited statistical information available about it.

<sup>3</sup> There are two existing possibilities in the Netherlands: psychotherapy as a specialisation for psychologists and psychiatrists or as a multiprofessional activity.

commission in Brussels on the basis of comparing the length and content of training in at least two thirds of EU member states who all need to fulfill one requirement: the profession of psychotherapy must be legally regulated. It is important that the differences in education and training are a result of important differences in the extent and field of professional activity. The criteria must be appropriated so that EU member state X, which has more strict requirements for a profession than EU member state Y, could not demand supplementary exams or adjustment periods to become a professional from a candidate who studied in EU member state Y, since they both belong to the same platform.

As the representative European umbrella psychotherapeutic organisation in Brussels, EAP has been trying to establish a common platform for the legal regulation of psychotherapy in the EU for the last couple of years. The aim is to establish a central legislation and licensing for all EU countries. The benefits of such a platform would be:

- recognition of psychotherapy as an autonomous profession in all EU member states;
- free transition of psychotherapists within the EU;
- ensured unified standards of education and license issuing;
- general improvement of the quality of psychotherapeutic standards.

Putting differences aside we can recognise common foundations in psychotherapeutic training (see table 4). The three pillars of training, first established by psychoanalysis, became a standard for all psychotherapeutic training: personal experience, theory and practice. An agreement has been made that a future psychotherapist requires several years of training. In most cases this training is carried out in private establishments and in non-profit civil sector i.e. associations, usually as a post-graduate study or further training. The study usually comprises of several thousand hours.

Table 4: General characteristics of psychotherapeutic training in 23 European countries (according to Strauss, 2010)

	<b>NUMBER OF EUROPEAN COUNTRIES</b> <b>N = 23</b>
Legal regulation of psychotherapy	11
Distinguishing between adult psychotherapy and child/adolescent psychotherapy	7
Different entry criteria for adult psychotherapy and child/adolescent psychotherapy	only in Germany
To enter psychotherapeutic training it is enough to have a Bachelor's degree according to the Bologna system	4 (debated in 3 more countries)
Education programs are connected with universities	12
Different modalities are accepted:	
- no official healing permits	9
- cognitive-behaviour, psychodynamic plus 1-2 additional modalities	5
- more (up to 22 modalities)	9
Effort to form integrative psychotherapy training programs	2
Medication prescribed by non-physicians	0

According to the directive D89/48 EEC, the professions in the EU are arranged in two ways:

- According to Article 1a, a profession is regulated if the professional activity is recognised and defined, directly or indirectly, with laws, rules or administrative regulation to the point of obtaining a degree along with a protected professional title. Inclusion in the profession is guaranteed by authorised government or officially authorised organisations and associations. The criteria from this article for a regulated psychotherapy are met in countries like Sweden, Finland, Netherlands, Germany, Italy, Austria, Switzerland (cantons).
- According to Article 3b, a profession is regulated although it is not defined by law, rules or administrative regulation and the title of the profession is not protected, but it is described along with the directives of education and training. The criteria from this article for a regulated psychotherapy are met in countries like United Kingdom, where the status of psychotherapist is regulated by granting the title in the framework of the professional national umbrella association (United Kingdom Council for Psychotherapy - UKCP).

In some places psychotherapy is legislated under medical regulation, so specific laws exist for a particular activity: medical, psychological, for clinical social workers. For example, Germany makes a legal distinction between a psychologist, a medical psychotherapist and a non-medical psychotherapist, but this distinction proves quite problematic. Italy faces with a similar problem, since the title of a psychotherapist can be received only by psychologists and physicians (for physicians even without psychotherapy training!). That is why there is a growing tendency to standardise all forms of psychotherapeutic activity.

Countries from other continents, like USA, Argentina and Chile, also have different regulations of psychotherapy, but under other occupational groups (psychologists, psychiatrists and clinical social workers) where psychotherapy is not always considered a profession with its own rights. In USA and Canada, psychotherapeutic services under such professions have long been paid by insurance companies. The key part of legal regulation are ethical principles and psychotherapeutic obligations that stem from them.

### ***Detailed presentation of how psychotherapy is regulated in European countries***

On the basis of EAP data from 2008 (Colden, 2008) I present a comparative overview of the legal regulation of psychotherapy in the following countries (see tables 5 and 6): Germany, France, Hungary, Italy, Latvia, Malta, the Netherlands, Finland, Austria, Bulgaria, Sweden and United Kingdom. A more detailed presentation on each of the countries are given below the tables. I also added Belgium, since we can learn a lot from its contradictions.

Table 5: Legal regulation of psychotherapy in different European countries (part one) (according to Colden, 2008).

Abbreviations: PT = psychotherap(y)ist, PsyAn = psychoanalytic, CB = cognitive-behaviour, PsyDn = psychodynamic, Psyc = psychology

	GERMANY	FRANCE	HUNGARY	ITALY	LATVIA	MALTA	NDLANDS
Legislature	German PT Law (1999), Heilpraktiker Law (1939)	Law 2004-806; Regarding Public Health Policy; Art. 52 ("The Usage of the Title of PT")	Law on Health Care (1997)	Civil Code for Profession of Psychologist (Law no. 56 1989); Decree No. 509 1998	Order of Welfare Ministry, No. 11, 2002: "On approving regulations for medical professions"	Act XII: Health Care Professions Act; Third Schedule: Professions Complementary to Medicine, 2003	The Individual Health Care Professions Act (Wet BIG, 1993, Article 5
Profession of its own	yes	yes	no	no	no	yes	yes
Wider regulation	no	yes	yes	yes	yes	no	yes
Definition of PT	yes	no	yes	yes	yes	yes	no
Minimum academic requisition	Master's in Psychology, Pedagogy or Medicine	Bachelor's	MD or Postgrad Degree in Psychology	MD or Doctorate in Psyc	MD	Bachelor's	Bologna Master's in Psychology, Psychiatry, Pedagogy, Mental Health Care Sciences or Medicine
Training: years	3-5 years	4 years	4 years	4 years	4 years	4 years	4 years
Training: hours	4,200 hours	not specified	1,850 hours	2,000 hours	not specified	3,200 hours	3,680 hours
Training: content specified	yes	no	yes	yes	yes	yes	yes
Minimum age	no	no	no	no	no	no	no
Modalities	3 modalities: PsyAn; PsyDn; CBT	all modalities	14 modalities	all modalities	1 modality: PsyDn	all modalities, except gestalt still in process	4 modalities: PsyAn, CBT, experiential, systemic
Register compulsory	yes	no	yes	yes	no	yes	yes
Certification name	State-Licensed Psychological PT; Child & Youth PT; Medical PT	PT	Physician Specialised in PT; Clinical Psychologist Specialised in PT	Specialisation in PT (Analytic, Relational or Cognitive)	Doctor-Psychotherapist	Psychotherapist	BIG PT
Self-reg bodies	BDP; DGP; DVP	FFdP	not specified	not specified	LPS	MAP	NAP

Table 6: Legal regulation of psychotherapy in different European countries (part two) (according to Colden, 2008).

	FINLAND	AUSTRIA	BULGARIA	SWEDEN	GREAT BRITAIN
Legislature	Act Concerning Health Care Professionals No. 559/94, 1994; Decree Concerning Health Care Professionals No. 564/94, 1994	Austrian PT Law (PthG, BGBl No. 361/1990, 1991)	Decree No. 1 on Medical Activities: Concerning Persons Suffering From Mental Disorders, 2007	Law 1998: 531; Ordinance 1998: 1513: "On Regulated Professions within the Health Care System"; Higher Education Ordinance 1993: 100	Mental Health Act, 2007; (White Paper on Trust, Assurance & Safety – The Regulation of Health Professionals)
Profession of its own	yes	yes	no	yes	yes
Wider regulation	no	no	yes	yes	yes
Definition of PT	no	yes	yes	no	no
Minimum academic requisition	Bachelor's	Secondary school diploma	Master's in Medicine or Clinical Psychology; Master's or Bachelor's in Social Pedagogy; Medical nursing degree, social work specialisation	To enter the basic 3-year program: secondary school. To enter the specialised education program: 4-year university degree in Psychiatry, Psychology, Social Work, Nursing or Theology	not specified
Training: years	3–6 years	5–11 years	not specified	5 years	not specified
Training: hours	380 hours	3,125 hours	not specified	2,000 hours	not specified
Training: content specified	no	yes	no	yes	no
Minimum age	no	28	no	no	no
Modalities	none specified	<u>22 modalities</u>	<u>all modalities</u>	<u>9 modalities:</u> PsyAn; PsyDn; group; Child & Youth PT; CBT; Cognitive; Family, Hypnotherapeutic, PsyAn of Couples	none specified
Compulsory register	yes	yes	no	yes	no
Certification name	Psychotherapist	Psychotherapist	not specified	Licensed Psychotherapist	not specified
Self-reg bodies	not specified	ÖBVP	not specified	not specified	UKCP; BPC;

### *Austria – Europe’s champion in legal regulation of psychotherapy*

Pritz (2002) made a short summary of the history of psychotherapy in Austria. At the end of 19<sup>th</sup> century, when Freud established the foundations of scientific psychotherapy, Vienna was deemed its cradle. Freud named his method “psychoanalysis”. It became globally known and it is still seen today as the most frequently used synonym for psychotherapy. Apart from psychoanalysis other psychotherapeutic methods were developed in Austria e.g. Individual Psychology, developed by Alfred Adler (1870–1936), and Logotherapy by Viktor Frankl (1904-1997). The incredible development of psychotherapy in Austria was violently disrupted by the period of National Socialism (1938-1945), but the signs of its revival began to show soon after 1945.

The 70s were abundant in new psychotherapeutic modalities e.g. the person-centered approach by Carl Rogers, psychodrama, gestalt therapy, autogenic training, hypnosis, systemic family therapy etc.), followed by an enthusiasm filled phase of development, encouraged, among other things, by the founding of departments with the word “psychotherapy” included in their names at medical faculties in Vienna, Graz and Innsbruck. Since 1980 these universities conducted introductory lectures and seminar classes on psychotherapy in Psychology and Pedagogy departments.

An important step in development was in 1981 with the founding of the Umbrella Organisation of Austrian psychotherapeutic Associations (Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie). Its first members were seven associations who ventured to promote psychotherapy on a national level. The law of that time only allowed performing psychotherapy as a curative treatment to medical doctors. A staggering 80% of those who practised psychotherapy were not physicians, but belonged to other professions of the psycho-social domain e.g. psychologists, social workers and teachers. “This led to a public discussion about quality control in psychotherapy in combination with the will of the Umbrella Organisation to push through legal regulations for psychotherapy as a profession in its own right.” (Pritz, 2002, p. 28)

After five years of complex discussions, various contradictions and twists, the Law on Psychotherapy was passed in 1990 which has in the last 20 years proved to be good (by popular opinion even the best in Europe so far) since it greatly encouraged the development of Austrian psychotherapy:

- it increased the income from the state budget exponentially (see table 7),
- it increased the number of psychotherapists and
- it improved the accessibility of psychotherapeutic services.

The Austrian law is a model law, since it is written in the spirit of the Strasbourg Declaration (1990), which identifies psychotherapy as a free and autonomous profession on a high scientific level. In 1991 they have changed the Law on General Social Security on the basis of the Law on Psychotherapy so that the public health system now includes the right of every Austrian citizen to psychotherapy whenever it is needed as a form of treatment. Since then it has been successfully realized and today all nine federal states in the public health network finance psychotherapeutic services to psychotherapists on the official list (in the years from 1992 to 2005 the funding increased from 3 to 35 million €!). The average fee for an individual session is 60€ and 20€ for a group session. Patients are free of charge. Since the adoption of the law in 1991 it took over ten years for the private Austrian insurance companies to start

paying psychotherapists in private practices (the ones without a state concession) by returning a part of the cost to the clients, approximately 25€ per session. Thus, in 2005, the entire Austrian psychotherapeutic market was worth 220 million € (185 million only in the private sector!).

Table 7: Exponential growth of expenditure by Health and Social Insurance for Psychotherapy, 1992-2005, in Austria (according to Pritz, 2002, p. 35)

Year	Million €
1992	3.20
1993	6.90
1994	8.43
1995	10.54
1996	11.85
1997	12.79
1998	14.17
1999	15.70
2000	16.13
2005	35

In February 2010 there were about 7,000 psychotherapists listed in the official listings available to the public, but there are huge differences in the number of inhabitants per one psychotherapist between individual Austrian federal states: Vienna had about 700 and Lower Austria about 3,000 inhabitants per one psychotherapist; other federal states are positioned somewhere between these two extremes.

Austrian psychotherapists were preparing the Law on Psychotherapy for ten whole years; it became legally binding after a parliamentary procedure on January 1<sup>st</sup>, 1991. So much time was needed:

- to create the awareness that personal experience (teaching therapy), although not present in all modalities, is essential to a future psychotherapist and
- to find the half-way point between maximalist educational requirements, defended by psychoanalytic oriented schools, and the minimalist educational requirements, defended by some younger psychotherapeutic modalities, and it also enabled some younger modalities to successfully complete the process of scientifically validating their school.

The law contains much detail on psychotherapeutic training, which is divided into two parts. The basic training or propedeutics is common to all future psychotherapists and lasts for three years. After completing the basic training, education then continues in one of the scientifically recognised psychotherapeutic schools, which lasts for four years. The Austrian model of education presented the starting point for debating the training standards in the EAP and is incorporated with some minor changes in the ECP.

The Austrian law then defines the conditions for starting the seven-year training. The study of propedeutics is open for those who finished a general or higher vocational school, including schools for teachers and educators, or secondary school or any other secondary educational institution, and also those who finished training in nursing or in medical departments.



The specialised psychotherapeutic training can be accessed by people who successfully finished psychotherapeutic propedeutics or education on social work academies, pedagogical academy, musical therapy secondary school program, family or marriage guidance education, or finished the study of medicine, pedagogy, philosophy, psychology, journalism and communication science or theology. In practice, candidates for specialised education need to have completed courses in the basic psychotherapeutic knowledge that were not yet completed during their post-secondary or university studies. Students of the specialised training can choose from as many as 22 modalities on the official list of modalities recognised by the Ministry of Health.

The law also gives details on the professional duties of psychotherapists, how to form a common register of psychotherapists, including statutory provisions on how to form the Psychotherapy Board and its jurisdiction, since it is the supreme managerial body with the authority to withdraw licenses. The Board operates on the Ministry of Health under the auspices of the Federal Chancellor – the Prime Minister – who leads the Board and can delegate a civil servant of the Federal Chancellor's Office as their representative. The Board consists of: the representative of the Federal Ministry of Science and Research, five representatives of university institutes and university clinics with professional or related competence, one representative from each of the recognised psychotherapeutic training facilities, representative of the Austrian Chamber of Physicians, one representative of the Federal Economic Chamber, one representative of the Central Association of Austrian Social-Insurance Corporations, one representative of the Austrian Chamber of Labor, one representative of the Austrian Trade Union Congress, one representative of the Conference of Presidents of the Austrian Chamber of Agriculture and the one representative of the Psychologists' Advisory council, set up with the Federal Chancellor's Office. Altogether there are 60 Board members and the requirement dictates that they are, with some exceptions, mostly psychotherapists. For example, the representative of insurance companies does not need to be a psychotherapist. The Chamber of Psychotherapists, therefore, has no significant role or jurisdiction in Austria.

Three paragraphs of the Austrian law are dedicated to the professional duties of psychotherapists. They summarise the foundation of ethical requirements, which are explained in more detail in the ethical code which is the foundation act of every psychotherapeutic association beside the statute.

In recent years in Austria, as in other EU member states, there had been a growing supply of psychotherapy training in universities on the post-graduate level (e.g. university programs in Graz, Vienna, Salzburg, Innsbruck and the Danube University of Krems), since the need to stimulate psychotherapy research grew as well. This was undoubtedly a response to the fact that psychotherapists (in Austria and in many places around the world) mostly got their education outside universities. It was only a matter of time when Austrian psychotherapy would develop to the point when a graduate study of psychology would start in one of the universities.

This happened in October 2005 when some 200 students enrolled in university studies of psychotherapy at the Sigmund Freud University (SFU; [www.sfu.at](http://www.sfu.at)), a private university in Vienna. They are the first in the world who offer the study of psychotherapy science right after the secondary school according to the three-stage Bologna System (first stage – graduate; second stage – post-graduate; third stage – doctorate), which encompasses education and training of different psychotherapeutic modalities, chosen by the student in the

third year of studies. The Bachelor program is the same as the study of propedeutics in the first two years and it enables students to be acquainted with the field of psychotherapy as a whole before deciding on one of the psychotherapeutic modalities. After finishing the first stage the students receive a *Bachelor's Degree (Bakkalaureat) in Psychotherapy Science*, a *Master's Degree (Magisterium) in Psychotherapy Science* on the second stage and the title of *Doctor of Psychotherapy Sciences* in the third stage. The founding of SFU in Vienna emphasised the autonomy of psychotherapy as a science discipline and, on the other hand, increased the possibility for the quality of previous psychotherapeutic educations to meet the demands of academic quality. Since 2006 SFU study has also been possible in Slovenia (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010).

During the spring of 2010 the first recipients of the Master's Degree in Psychotherapeutic Science graduated from the SFU. Some of them began their studies immediately after their secondary school. The Austrian Ministry of Health had recognised them as psychotherapists and granted them licences soon after their graduation. Despite the different legislature in Germany, one of the SFU graduates was granted her title of psychotherapist in the fall of 2010 in Berlin and in winter 2011 at the national level as well. This way Germany also acknowledged the possibility of granting a licence to a student who studied psychotherapy as a first profession immediately after finishing the secondary school. This opened a new chapter in the development of psychotherapy as an autonomous profession and an academic discipline.

Judging from the fact that Austria had become one of the most developed countries regarding psychotherapy, it is not surprising that it contributed to the global development of psychotherapy on two more fields: by founding the World Council for Psychotherapy (WCP) and the European Psychotherapy Universities Network which includes universities that offer psychotherapy programs (Pritz, 2002).

With the founding of the WCP in 1995 in Zurich, psychotherapy gained a new quality in intercontinental communication, which was not present before that. Although there were numerous international congress held in Austria and elsewhere in Europe, the world WCP congress (1996, 1999 and 2002 in Vienna, 2005 in Buenos Aires and 2008 in Beijing) with around 4,000 participants from about 150 countries enabled new insights and priorities about the key challenges for the development of global psychotherapy.

In 2007, Austrian psychotherapists launched the initiative to found the European Psychotherapy Universities Network (EPU) (<http://epu-online.org>), which has set the following tasks:

- to develop a pluralistic view on psychotherapeutic modalities and practices;
- to cooperate in the research of psychotherapy, education and psychotherapy practice/treatment;
- to promote psychotherapy as an academic discipline and an autonomous profession;
- to promote public funding for psychotherapy;
- to enable public access to scientific information on psychotherapy.

### ***Germany – medical and psychological psychotherapists and (psycho)therapists healers***

Germany is one of the most developed European countries regarding psychotherapy. In its long and intriguing history (as taken after Krause-Girth, 2002), German psychotherapy

gradually became an integrated part of German society and its health system. Already in 1910 the Berlin Psychoanalytic Association (Berliner Psychoanalytische Vereinigung) was founded and later renamed to the German Psychoanalytic Society (DPG – Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft) in 1926. The first psychoanalytic polyclinic was founded by Karl Abraham in 1920 and its training and research departments offered “Psychoanalysis for the poor”. The same year two psychosomatic hospitals were founded (one in Baden-Baden by Georg Groddeck and the other in Berlin by Simmel) which put great emphasis on psychotherapy. In 1927 the first General Physicians’ Society for Psychotherapy (Allgemeine ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie) was founded and it still exist today (the number of members in 2001 was 1,300).

Nazism was the bane of German psychotherapy as well. Freud’s books were being burned in 1933, all Jewish board members were banned from the DPG, psychoanalysis was either removed or appropriated to suit the Nazi ideology (e.g. in the so-called Göring Institute, founded in 1936), Jewish psychoanalysts were killed etc.

In 1945 the Berlin Psychoanalytic Association was reestablished and the DPG a year later as well. The psychiatry that marred its hands during the Nazi period by performing euthanasia on patients with mental disorders denied its criminal acts for twenty years after the war. It is therefore not surprising that it was not able to integrate psychotherapy in its framework. In 1945 the Institute for Psychogenic Diseases in Berlin (Institut für psychogene Erkrankungen Versicherungsanstalt Berlin) was founded. This was the first psychoanalytic polyclinic with state funding, which allowed it to offer free psychotherapy. The research conducted by Annemarie Dührssen and her associates established the effectiveness of psychodynamic psychotherapy.

More than 100 psychosomatic departments and hospitals were founded between years 1946 and 1990 (more than the rest of Europe all together). At first the base of their therapy were psychoanalytic theories, but from the 80s onward they included behavioural theories as well. The teams on these departments and hospitals consist of different health staff and the psychotherapists belong to different modalities. Research is also conducted alongside work with patients. The psychosomatic hospital of Alexander Mitscherlich thus became a university institute already in 1956 with many more to follow.

Medical doctors that were trained in psychotherapy could receive the title of *psychotherapist* since 1957 and the title of *psychoanalyst* since 1978. In 1967 a comission of medical doctors and insurance companies set out a set of Psychotherapy Guidelines (“Richtlinien-Psychotherapie”) which determine the practice of psychotherapy under the framework of health care. The key incentive that this actually happened were the positive results on the effectiveness of psychodynamic psychotherapy studies conducted by Dührssen. Since then these gudelines serve as the basis for psychotherapeutic care of patients and they are being constantly updated. In 1978, in addition to psychodynamic psychotherapy, psychoanalysis was recognized in the guidelines in 1978 and in 1987 behaviour therapy as well.

It was important for the developmet of psychotherapy and psychosomatic medicine as a science to become part of the medical education on a university level, which happened in the 70s. Since then every medical doctor must study medical psychology and psychosomatic medicine at least for a half a year as an addition to the psychiatric program. In 1987, psychosomatic science was introduced as a form of basic therapy that can be practiced by all physicians who have completed special training in basic psychosomatic care. In 80 hours

(theory, Balint-group, practical exercises) they have to learn to consider physical and psychic aspects of patients and to make them understand the significance of personal and emotional problems for the development of diseases. (Krause-Girth, 2002)

In the decades after World War II psychiatry and psychotherapy remained distant and their relations complicated. Psychotherapy was therefore not included in the post-graduate education of psychiatry, not even in therapy programs in psychiatric hospitals. Psychiatrists interested in psychotherapy needed to invest a lot of their own time and money for education elsewhere in private institutes. When they were granted the title psychotherapist or psychoanalyst, they mostly left psychiatry and devoted themselves completely to psychotherapy. There were not many of them who managed to work in both fields. Even the defenders of social psychiatry, who felt the need to reform psychiatry outside hospitals, seemed disinterested in psychotherapy or even against it to the end of the 80s.

The 90s finally brought the integration of psychotherapy in post-graduate education for physicians and consequently the integration into the health care system. In the 95<sup>th</sup> annual meeting of the German Federal Medical Association (Der 95. Deutsche Ärztetag) in 1992 it was agreed to establish a new group of specialists – physicians for psychotherapeutic medicine – and psychotherapy thus became a mandatory part of specialisation in psychiatry. This way new specialisations were formed: specialist for psychiatry and psychotherapy, specialist for child and youth psychiatry and psychotherapy.

This decision caused a fundamental change in psychiatry: since that time the university hospitals have to integrate psychotherapy in their education programs and in their treatment and it is no longer possible to become a psychiatrist without being trained as a psychotherapist.

Psychotherapeutic medicine became a discipline in its own right, like psychiatry, dermatology, or orthopaedics. That implied not only a new post-graduate specialisation, but also a new field in the statutory health care system. This was defined as follows: “Psychotherapeutic medicine comprises the diagnosis, psychotherapeutic treatment, prevention and rehabilitation of diseases and emotional suffering, caused by psychosocial factors, coping processes and or interactions between physical and psychic factors” (Janssen in Krause-Girth, 2002, p. 138).

To integrate this new field into the health care system for in- and outpatients, it was necessary to define the patients (their diagnoses and symptoms) who should be treated by the new specialists for psychotherapeutic medicine and to define the need for hospitals and departments as well as the need for psychotherapeutic practices in the treatment of outpatients. The Social Ministry of one region (Baden-Württemberg) asked for a scientific expert report as a fundament for the organisation of psychotherapeutic care especially for outpatients. This report, that was published by Janssen et al. in 1999, traces the differences between care for people with psychic and psychosomatic diseases. Thus, psychotherapeutic medicine is responsible for the treatment of diseases with a psychic etiology, that means the following groups of diagnoses F10-19, F3, F4, F5, F6 if the ICD 10 (WHO 1993). In contrast to this, the departments for ‘psychiatry and psychotherapy’ should be responsible for the treatment of schizophrenia and schizo-affective disorders (F2) and organic psychic disorders (F0), like dementia (Krause-Girth, 2002).

A physician who wants to become a specialist for psychiatry and psychotherapy or psychotherapeutic medicine needs to complete the post-graduate education which lasts five

years with three of them spent in a hospital. All physicians who want to pass psychotherapy and receive the title of *psychotherapist*<sup>4</sup> or *psychoanalyst* need to take a three-year program in psychotherapy (one year is spent in the Psychiatry and Psychotherapy department) beside the specialisation in general medicine, gynaecology, othopaedics, urology, internal medicine etc.

By the 90s practically all psychotherapists regardless of their profession and chosen modality financed their training outside universities themselves in private institutes in programs with different standards and norms. After the integration of psychotherapy in post-graduate education of physicians happened in 1992 there was another great step achieved. On January 1<sup>st</sup> 1999 a law was passed that separated medical and psychological psychotherapy and thus created two new professions – *Psychological Psychotherapist* and *Child & Youth Psychotherapist*. Education for physicians is part of the specialisation, while psychological psychotherapy requires post-graduate education (3-5 years). Both have partially moved under the framework of health care system – hospitals, departments, clinics and private practices. Specialists for psychotherapeutic medicine and specialists for psychiatry and psychotherapy spend at least three out of five years of psychotherapy training in these institutions, most often with psychological psychotherapists, which also need to undergo training in health care. Accredited institutions need to provide training in at least one, preferably two, of the recognised modalities since all trainees need to show their knowledge in and gain experience from other recognised modalities as well. This creates a gap between training in the recognised modalities and training in those modalities which are not yet recognised and also decreases the variety of existing modalities distributed among hospitals and clinics. The result is that research, conducted mainly in university hospitals, is focused only on recognised modalities (Krause-Girth, 2002).

And which modalities are recognised? In 1999, the Scientific Council (Wissenschaftliche Beirat) began legally operating by the Federal Medical Chamber (Bundesärztekammer), which decides on the scientific level of a particular modality on the basis of given proof of the effectiveness on different mental disorders and thus indirectly affects the granting of concessions to perform psychotherapy under the public health framework. The Council formed a list of most important diagnostic groups that require psychotherapy treatment: emotional disorders, anxiety and phobias, stress disorders, dissociative/conversive or somatic disorders, eating disorders, behavioural disorders with bodily symptoms, adaptation problems, personality disorders, addictions, schizophrenia and hallucinatory disorders, mental disabilities, organic brain disorders. The effectiveness of a modality for each of these groups must be proven in at least three clinical studies. A modality is given scientific accreditation if its effectiveness is proven in at least four studies, preferably within five of the first eight diagnostic groups. This condition must be met in order for the modality to become one of the

---

<sup>4</sup>Psychotherapeutic education programs for physicians are clearly quantitatively defined. For example, for a physician to receive the title of *psychotherapist* or *psychoanalyst* (specialisations in psychiatry and psychotherapy, as well as psychotherapeutic medicine, are similarly clearly defined) the following is required: 140 hours of theory, 8 sessions of autogenic training, 35 Balint-group sessions and 150 hours of individual personal experience or 70 hours of group sessions in psychodynamic psychotherapy. If the candidate decides on behaviour therapy, 60 hours of group sessions or 40 individual sessions will suffice. Additionally, they need to perform 60 psychiatric and 10 psychotherapeutic examinations and 150 hours of supervised documented psychotherapy (with 3 patients for psychodynamic psychotherapy, 6 patients for behaviour therapy). For the title of psychoanalyst it is required to perform 400 hours of theory, 250 hours of teaching analysis, 40 sessions of group therapy and 600 hours psychotherapy with patients with at least 150 hours under supervision, psychiatric examinations and diagnosis of 60 patients, psychoanalytic examination of 20 documented and supervised cases and finally psychoanalytic short therapy, couple-, family-, and group therapy (Krause-Girth, 2002).

main modalities in the training of psychological psychotherapists while other modalities, with effectiveness not yet scientifically proven, can only be regarded as supplementary modalities. So far the Council has approved cognitive-behavioural and psychodynamic therapy (including psychoanalysis). Person-centred and systemic therapies have also been approved, but they do not yet have the right to a concession (Strauss, 2010).

One of the less pleasant consequences of the law from 1999 for psychotherapists was that health insurance companies limited their finances for psychotherapeutic services, which drastically lowered the cost of psychotherapeutic sessions. In March 2000 the fee for one session was 39€ which made it 41% lower than the average fee in other comparable countries. This situated medical and psychological psychotherapists in the group with the lowest income and also – not unrelated to this fact – the group with the worst image. The increasingly lower numbers of medicine graduates lead to an interesting development. It resulted in a lower rate of specialisations in psychiatry and psychotherapy, psychosomatic medicine and psychotherapeutic medicine. A question was already posed to the public whether psychological psychotherapists should be authorised to prescribe certain psychotropic drugs and to issue referrals for patients (Freyberger; LeVine in Strauss et al., 2009, p. 12).

So who is then allowed to perform psychotherapy? Definitely the above described medical and psychological psychotherapists who are bound to the directives of the Psychotherapy Guidelines, but this does not yet give the complete picture. To fill in this picture we need to address the Law on Alternative Medicine (Heilpraktikergesetz) from 1939. The permit to perform psychotherapy was, according to this law, granted by regional health services up until 1999, when the Law on Psychotherapy was passed. Different criteria were used; some did not even check documents on past training. Most of the psychologists were thus granted a licence without providing training certificates. This law enabled them to perform psychotherapy in private practices regardless of the modality or their professional background. The title *Psychotherapist* was taken away from them in 1999, but they can still offer their services as they did before.

Before the Law on Psychotherapy was passed, many of such psychotherapists could get a refund for their services from health insurance companies. It was enough for the patients to claim they tried to receive psychotherapy in a medical facility (based on the Directives), but were rejected. This way many psychotherapists of other basic professions and (not yet) scientifically recognised modalities could officially operate and were sometimes even better paid than the psychotherapists that worked according to the Directives. However, after 1999 such psychotherapists, unless they work in social institutions, counselling offices or social care centres, can not get refunds from health insurances and can only treat self-funding patients.

The Law on the Profession of Psychological Psychotherapist and Child & Youth Psychotherapist, as I have already mentioned above, entered into force January 1st 1999. This law is definitely a great reward for psychologists who have strived to have it passed for almost twenty years. Psychological psychotherapists can now work independently within the health system and can get licenced by health insurances. Their qualifications are, for instance, comparable to those of specialists in psychosomatic medicine. Health insurance companies estimate that one psychological or medical psychotherapist is needed for every 10,000 inhabitants. In order to receive the title of psychological psychotherapist, candidates who have completed their university diploma need to do 4,200 hours of training within three years of working *full time* or within five years of working *part time*. In 2007 there were 30,000

psychological psychotherapists of both branches and it was mandatory that they were members of regional associations of psychotherapists.

In the fall of 2002 unified written exams were introduced and by 2007 2,617 candidates have finished their education as Psychological Psychotherapists and 617 as Child & Youth Psychotherapists (Scherer et al. in Strauss et al., 2009). In 2006 there were 12,145 institutions recorded that provided psychotherapy. Psychotherapy in outpatient clinics was performed by 12,389 psychotherapeutic psychologists (and an additional 2,533 child & youth psychotherapists) and 3,734 physicians (Strauss, 2010).

To make a summary, Germany does not have a law on psychotherapy like Austria does, but there are four different sources that regulate psychotherapeutic education and practice:

- “Psychotherapy Guidelines” (Richtlinien-Psychotherapie) under the framework of the health care system;
- The permit to perform psychotherapy under the Law on Alternative Medicine (Heilpraktikergesetz) from 1939;
- The 1992 regulation of post-graduate education of physicians (ärztliche Weiterbildungsordnung) in psychotherapy, psychoanalysis, psychotherapeutic medicine, psychiatry and psychotherapy, child & youth psychiatry and psychotherapy;
- The Law on Psychological Psychotherapists and Child & Youth Psychotherapists from 1999.

The benefits of a solution unified under one single law, like in Austria, are obvious. But despite the more complicated ways of regulation, German psychotherapy has achieved a remarkable stage of development.

### ***Sweden – the first in Europe to pass the law on psychotherapy***

Under the initiative of the Association for Social and Mental Health, an organisation of patients and their close relatives, psychotherapy was introduced in psychiatric treatment as an alternative to treatment with medication. Public pressure created by the association prompted the government to establish the first public education program in individual psychodynamic psychotherapy in 1978 at the Umea University and Stockholm University the following year. The programs had two stages which lasted for 4-5 years as a part-time study (49 and 90 credit points respectively) (Grebo and Elmquist, 2002; Häggström, 2010).

Before this happened, psychotherapists were mostly physicians and clinical psychologists. The latter started their training and education in psychotherapy after WWII and their number increased particularly from 1960 onwards. Today, psychotherapy is a multiprofessional activity, which means that education and training in psychotherapy is available to professionals in other fields as well, such as social workers, theologians, physiotherapists and nurses (Grebo and Elmquist, 2002).

Swedish psychoanalytic organisations had set procedures for granting the title of psychoanalyst to psychiatrists and clinical psychologists since the very beginning of psychoanalytic training in the 1930s. The procedure of issuing licences for all psychotherapeutic modalities was granted by the government in 1985 after the decision of the parliament that psychotherapy was an independent profession. Between 1985 and 1999 only the National Board of Health and Welfare regulated the granting of licences to perform

psychotherapeutic activity in public health. Later, the Swedish National Agency for Higher Education joined in the supervision. The National Board only tests the final qualification of the candidates, while the National Agency introduced a much stricter supervision over specific stages of education and training. Currently there are nine recognised modalities: psychoanalysis, psychodynamic psychotherapy, group therapy, child & youth psychotherapy, cognitive, cognitive-behavioural and family psychotherapy and psychotherapy with hypnosis (Grebo and Elmquist, 2002).

Psychotherapeutic training consist of three steps (Grebo and Elmquist, 2002):

- stage one is the basic three-year program, which is available to candidates who finished secondary school and it ends with the Bachelor's degree (first level diploma of the Bologna system). Beside theory and personal experience a candidate on this stage can perform psychotherapy under supervision. Most of them work in hospitals or institutes for patients with special needs;
- stage two is a specialised training in psychotherapy. Psychiatrists and psychologists can directly enter this stage. Specialists of other professions e.g. social workers, dental practitioners, general physicians, nurses, theologians etc, are required to complete stage one beforehand. There is no minimum entry age specified. Specialised education lasts for at least three years with at least 2,000 hours, but most of the candidates complete it in five years and it consists of theory, supervised psychotherapeutic practice and personal experience. It ends with a diploma that enables the candidates to apply for a licence. Only few private institutes got the accreditation to perform the second stage since it requires scholarly teachers. It is therefore difficult to get a place to study on the second stage and most of the candidates are overqualified in clinical experience, supervision and personal experience as well;
- stage three enables psychotherapists to be granted the title of *supervisor*.

In 2002 there were approx. 4,000 certified psychotherapists in Sweden. The distribution of their first profession was as follows: 60% psychologists, 20% social workers, 10% physicians and 10% theologians, nurses and physiotherapists. The Swedish National Board of Health and Welfare does not keep a record on the modalities of licenced psychotherapists, but most of them (nearly 80%) are psychodynamic with the share of cognitive-behavioural therapists increasing (Grebo and Elmquist, 2002). The Board also accredits training institutions which offer specialised training in psychotherapy and establishments for practice (including public health institutions, clinics and private practices) where trainees perform psychotherapy under supervision. Professional ethics is regulated by the Medical Responsibility Board (HSAN) for all health professions. The Board is a governmental authority that consists of eight members – representatives of health professions, the parliament and professional unions (Van Broeck and Lietaer, 2008).

### ***Netherlands – law on psychotherapy abolished overnight and reinstated later on***

The Law on the Professions of Health or the BIG (Beroepen in de Gezondheidszorg) law regulates all the professions in the health domain in the Netherlands since 1993. In the beginning there were eight autonomous professions: physician, pharmacist, dentist, physiotherapist, nurse, clinical psychologist (the title of *psychologist* is no longer regulated since 1993), psychotherapist and obstetrician. For each profession, the law specifies the general titles and specialisations, the training requirements, the fields of competence, the system of registry and mechanisms of quality control (Oudijk, 2002).



In the initial version of the BIG Act in 1993, psychotherapy was defined as a multiprofessional activity with a legally protected title. Education in psychotherapy was available to several professions, as long as the candidates fulfilled the training criteria. Psychotherapists who did so were able to register in the Registry of Psychotherapists, directed by the Ministry of Well-being, Public Health and Culture. Professional recognition and accreditation was carried out by the Medical Inspection for Public Health. The development of health care, an increase in the number of registered psychotherapists and a growing insistence on 'transparent, objective, and effective' psychotherapies brought a significant change in legal regulation in 2001. The new law, initiated practically overnight by Borst, the new Minister of Health, surprised the public and especially the psychotherapists with the removal of the multiprofessional status of psychotherapy, an act prompted by the Dutch Association of Psychologists. The title of *psychotherapist* thus became available only as a specialisation for psychiatrists and clinical psychologists, which were themselves specialised titles of health care psychologists. To be registered as a *health care psychologist* and to gain access to training in clinical psychology and psychotherapy, students must have earned their Master's degree in psychology, pedagogy, or health care sciences. (Oudijk, 2002).

However, the Minister miscalculated, because psychotherapists organised well in order to claim back the rights that were so unexpectedly taken away from them. The Ministry of Health reinstated the Registry of Psychotherapists in 2005 after the political pressure created by those psychotherapists who lost their title of *psychotherapist* because they had other primary professions. Medical workers who are not psychiatrists or health care psychologists can reclaim the title of *psychotherapist* if they complete the appropriate training. Psychotherapy can, therefore, be provided by psychiatrists or health care psychologists, or is performed as a multiprofessional activity in accordance with the law from 1993 (Van Broeck and Lietaer, 2008; Oudijk, 2002). In the summer of 2007 another important milestone happened in the Netherlands – the above mentioned European Certificate of Psychotherapy (ECP) became one of the documents which allow legal granting of licences.

### ***Italy – only physicians and psychologists can be psychotherapists***

When psychology in Italy finally built its reputation by introducing an independent doctoral program at universities in 1972, the Law on the Profession of Psychologist was passed in 1989 with the area of psychology regulated by the decree no. 509. It also stated that the specialisation in psychotherapy was only available to psychologists and physicians. After this law was passed, the image of psychology as a science and psychotherapy being merely its clinical application solidified in Italy (Parrini, 2002). By the end of 2009 there were 73,000 psychologists, 30,000 of them also psychotherapists, and 236,000 physicians, 10,000 of them also psychotherapists. This adds up to 40,000 psychotherapists in Italy (Zuconi, 2010).

Psychotherapy therefore is not an independent profession. If it became one, it would create many problems for those psychologists and physicians who are also psychotherapists, for they would have to decide in which field they wish to work, since it would not be possible to operate in both fields. The training lasts for a minimum of 4 years and 2,000 hours at universities and private psychotherapeutic schools. Granting the specialisation in psychotherapy is regulated by the association of psychiatrists and psychologists, who also exercise ethic supervision, keep a register of psychotherapists and accredit specialised education in all modalities. The minimum age to start training is not specified. Since 2009, private psychotherapeutic schools have been accredited by the Ministry of Education (at the

end of 2009 there were 343 such schools) and, according to Act 401/2000, the diploma is equal to the post-graduate university diploma and it enables employment in public health system. The distribution of these schools is as follows: 90 psychodynamic, 44 humanistic (such as Rogerian, gestalt, bioenergetic, TA etc.), 38 cognitive-behaviour and 30 systemic family therapy. These 205 schools had an additional 138 branches at the end of 2009. They united under the umbrella organisation CNSP (Coordinamento Nazionale Scuole di Psicoterapia) which is content with the present legal regulation (Zucconi, 2010).

Unfortunately, the dark side of the Italian law is that instead of having the final result of training as the key criterion for receiving specialisation, it is granted on the basis of the original profession. This resulted in absurdly contradictory state of affairs, since those psychotherapists who completed their training by European standards and are neither psychologists nor physicians found themselves stranded on ‘no-man’s-land’.

The recent case of Dr. Heinrich Lanthaler speaks for itself (Pritz, 2009; Lanhtaler, 2010). Dr. Lanthaler is an Italian citizen who lives in the Italian part of Tyrol and has completed psychotherapeutic training in Austria, confirmed by the Austrian Ministry of Health in 1997. Because he is a social worker by profession (this part of his education *was* recognised in Italy), his application for registering his psychotherapy specialisation on the local representative of the Italian chamber of psychologists was rejected in 2002 on the ground of him not being a psychologist. He filed a lawsuit, not knowing he would embark on a strenuous journey, filled with numerous verdicts and subsequent complaints from his side before the final verdict was reached. Some of them were by the Higher Administrative Court in Bozen, two by the State Council, which ended with an annulment of the Italian law on psychotherapy (because the judges concluded that it violated the rights granted by the EU) and two more verdicts of the Regional Court of Bozen. What is intriguing (and unfair) in Lanthaler’s story are the actions taken by the Chamber of Psychologists. After the first complaint to the High Court was filed, the verdict declared that the responsible authorities (in his case the Regional Representative of the Chamber of Psychologists) need to assess the result of the training (meaning the appropriate qualification at the moment of registration) and not the state when entering (meaning whether the person who wants to register is a psychologist or not). Nevertheless, the Regional Chamber of Psychologists denied his re-application. In order to justify their decision they renamed the list of ‘psychotherapists’ to the list of ‘psychologists’. He then filed another lawsuit and eventually in January 2008, after several rounds of verdicts and complaints, was finally registered as a psychotherapist. The delay in the procedure was largely due to the central chamber of psychologists in Rome, which did not respond within the deadlines and was also ignorant and disrespectful<sup>5</sup> towards Lanthaler. Unfortunately, his case was not enough, because later a colleague with similar

<sup>5</sup> During lunchtime at the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists in the European Union on February 19<sup>th</sup> 2010, organised by EAP in Vienna, I coincidentally joined some Italian colleagues. They were full of praise of the state of psychotherapy in Italy and the large number of psychotherapists, service accessibility etc. This prompted me to enquire what their opinion on the Lanthaler case was. They looked at me like I have just fallen from the Moon – they have never heard anything about him. “Then I believe you shall find his afternoon lecture extremely interesting,” I added. Since they wanted to know what I was talking about, I briefly explained to them the entire “Lanthaler ordeal” and was surprised at their innocent ignorance. I concluded part jokingly, part seriously that perhaps it was better for them not to attend his lecture in order not to end up in an embarrassing situation. In the afternoon during Lanthaler’s lecture I observed with a corner of my eye the responses of the Italian colleagues, who stoically endured the entire lecture. The Italian presenter, who was in the program after Lanthaler, vehemently continued with his own lecture as if the Lanthaler case never happened. Human ignorance (the ability to deny the facts), which often results in injustice, is truly fascinating.

qualifications also applied for a psychotherapeutic licence and got rejected by the regional chamber of psychologists, which meant she had to embark on a legal ordeal as well. “La Lotta Continua!”

### *Switzerland – psychologists demand monopoly over psychotherapy*

The current events in Switzerland reflect one of the typical dynamics that appear in different European countries – the attempt of psychologists to monopolise the area of non-clinical psychotherapy and remove from the field all non-clinical psychotherapists who are not psychologists. As of today, Switzerland still lacks a federal law that would regulate the professions of psychologist, clinical psychologist and psychotherapist, but it does have regional or canton laws (with the exception of the canton Uri). To be admitted to psychotherapy training, eight of the cantons require a completed study of psychology, 17 accept the equivalent to psychology, but all demand a post-graduate specialisation in psychotherapy and a certain amount of psychotherapeutic practice. The division in cantons enables the patients to access psychotherapeutic service through public health and social insurance (Schindler, 2010).

There are three ways in Switzerland that a candidate can be granted the right to perform psychotherapy (different cantons have different ways, as was mentioned before):

- a. to complete specialisation in psychiatry;
- b. to complete the study of psychology and continue with the specialisation in psychotherapy, which lasts for a minimum of 4-5 years;
- c. to earn a university degree and continue with the specialisation in psychotherapy, which lasts for a minimum of 4-5 years;

Societies like the Swiss Federation of Psychologists (FSP), Swiss Professional Association of Applied Psychology (APSPA) and the Swiss Association of Psychotherapists (ASPV) recognise specialisation in psychotherapy or some other branches of psychology (e.g. neuropsychology, child psychology etc.). These certificates enable the practice of psychotherapy, but the membership in any of these organisations is not obligatory to receive the certificate (Schindler, 2010).

The proposition of the law (the Federal Act on Psychology and Psychotherapy Occupations) is currently in the process of being passed and it would regulate the title of psychologist and already established specialisations (e.g. clinical psychologist, psychologist specialised in psychotherapy, traffic psychologist etc.) and also their areas of operation. This proposition of the law created an uproar in public debates, since the Swiss Association of Psychotherapists, along with its parent organisation, the Swiss Umbrella Association for Psychotherapy (Schweizer Charta für Psychotherapie), demand the legal regulation of psychotherapy as an independent profession. Their arguments are as follows:

“In Switzerland, legal recognition for the qualified practice of the psychotherapy profession has been governed by the cantonal public health laws since 1975. Today, the requirements necessary to obtain a certificate allowing the practice of psychotherapy varies in 23 cantons, with 19 cantons also recognising admission to the profession for both mature beginners and for those transferring after practising other professions. Incredibly, the process of preparing standardized statutory provisions governing the profession of psychotherapy at the Swiss federal level has been in development for more than ten years. An end ought to finally be put to this sorry state of affairs with the adoption of satisfactory and consistent statutes.

The Swiss Association of Psychotherapists (ASPV), along with its parent organisation, the Swiss Charter for Psychotherapy, expressly welcomes the creation of a federal law governing the exercise of the profession of psychotherapy. But the ASPV is of the firm opinion that psychotherapy is a separate and autonomous profession, and should in no way be reduced to being a component of the psychology profession. The bill on the profession of psychology currently before the Swiss federal parliament restricts admission to practice as non-medical psychotherapists to those with training in psychology, and would only admit graduates who have studied psychology as a major subject to postgraduate training programs in psychotherapy. We believe this prejudices and straitjackets the further scientific development of psychotherapy as its own profession.

Psychotherapists have a fundamentally positive attitude towards psychology, but the ASPV rejects requiring a psychology education as being the sole precondition for access to training in non-medical psychotherapy. The ASPV thus urgently calls for psychotherapy not to be defined as a component of psychology in a 'law on the psychology professions', but instead, to be dealt with on an equal standing in a 'federal law on the psychotherapy and psychology professions'.

The frequently quoted analogy between the medical and psychological professions is fallacious and misleading. Passing a state examination in a medical subject prepares candidates for a healing profession.

Specialisation in psychiatry and psychotherapy then further builds on this basic medical training. A degree in psychology, on the other hand, does not lead to a healing profession, but to a service (i.e., education) profession. It is only after five years of postgraduate training in psychotherapy that a person is authorised to exercise this healing activity as a profession.

Educational institutions must thus create crossover options satisfying the Bologna criteria for graduates with a human or social-science qualification, in order to transfer to a different discipline with a view to facilitating and encouraging professional mobility, as understood by modern concepts of teaching and learning. From the point of view of the ASPV, there are compelling reasons for making the following additions to the precondition for admission to psychotherapy training programs:

- Bachelor, master or licence/lizenziat degree in psychology, including clinical psychology and psychopathology
- Master-of-science degree, in which the specific basic knowledge for psychotherapy is acquired. (In the future titled: MSc. in psychotherapy science)
- Bachelor, master or licence/lizenziat degree in one of the human sciences as a major subject and with a postgraduate university qualification (MAS) in the basic knowledge relevant to psychotherapy, including clinical psychology and psychopathology.

Our line of argument is supported by the Swiss Federal Court's judgement 2C\_15/2008 of 13 October 2008. This carefully weighs up the values of basic education and training in psychotherapy, and expressly establishes the equivalence of other courses of study in the human sciences field compared with the study of psychology as relevant for training in psychotherapy. The decisive point is that the overall concept underlying any course of training in psychotherapy must ensure the necessary protection of patients.

From the point of view of protecting patients, there are no grounds for favouring psychology graduates (as outlined in the bill before parliament). The basic course elements that ensure the protection of patients are all contained in psychotherapeutic training, whereas the prior course in psychology can convey no more than an inadequate subset of them, given that psychology is not a healing profession but rather an educational profession.

The ASPV, along with the Swiss Charter for Psychotherapy, therefore calls for:

1. A change in the name of the law:

The name of the law to be changed from the current ‘law on the profession of psychology’ to ‘federal law governing psychotherapy and the psychology professions’.

2. Multidisciplinary access:

Access to postgraduate training in psychotherapy can be open to holders of degrees in other human or social sciences, but it is compulsory for all trainees to obtain the basic knowledge relevant for psychotherapy, including ethics and patient safety standards.

3. Transitional provisions:

Adequate transitional provisions must be enacted for psychotherapists already practising or already undergoing training (i.e., grandfather clauses).” (Itten, Schultess and Stutz, 2009)

In order to better understand the current friction in Switzerland we need to keep in mind that the founding of the Swiss Charter for Psychotherapy (later referred to as Charter or Charta) in 1993 was the biggest step in the direction of connecting different Swiss psychotherapeutic sources and tradition under one label. Charter determined the common minimum standards for psychotherapeutic modalities and training establishments and today connects 29 institutes and professional associations. Unfortunately, its reputation is diminished, since associations for psychoanalysis and behavioural therapy are not present. The Swiss Psychoanalytic Society and the Swiss Society for Behavioural Therapy are not members of Charta (Fäh, 2002).

The Charta training model is based on the pyramid principle. The base of the pyramid consists of training in the form of university studies that give to the students a basic knowledge relevant to psychotherapy. It is important to the Charta model that psychotherapy is not reduced to a sub-discipline of psychology, medicine or any other academic discipline. Instead, psychotherapy is seen as having an interdisciplinary foundation: the discipline of psychotherapy is influenced by philosophy, pedagogy, communication, social and religious sciences as well as by psychology and medicine (Fäh, 2002).

The middle layer of the pyramid consists of further education in a clinically proven and scientifically recognised psychotherapeutic technique. The Charta standard requires at least five years of integrated further education comprising 200 hours of personal experience, 400 hours of theoretical-clinical further education and 250 hours of supervision (Fäh, 2002).

At the top of the psychotherapy training pyramid is life-long further education, the permanent education of practising psychotherapists (Fäh, 2002).

Psychotherapy in Switzerland is tightly connected with medicine. Specialised physicians can receive the title of *Physician specialised in psychiatry and psychotherapy* if their medical specialisation is followed by six years of work in a clinical-psychological institution and an additional three-year course in psychoanalytic, systemic or cognitive-behavioural training. Regarding the amount of training, this three-year program equals one half of the specialised

education, required by Charta. This is how two camps within psychiatry formed: minimalist and maximalist. Minimalists say that psychiatry is also psychotherapy, therefore the reduced psychotherapeutic training suffices, while the maximalists defend the argument that also psychiatrists need to complete the entire specialised training by the Charta standards (Fäh, 2002).

The polarisation into clinical and non-clinical psychotherapy and the polarisation within the respective psychotherapies, regrettably, diminish the reputation of psychotherapy in the eyes of the Swiss public, since the patients are often confused when they find themselves in the 'jungle' of different opinions on what psychotherapy is according to the experts and because of the inconsistent titles and standards (Fäh, 2002).

### ***Finland – the land with the lowest criteria for the profession of psychotherapist***

In Finland there is a law from the year 1994 that protects the title *psychotherapist* and regulates the profession of psychotherapist as an independent one (Act Concerning Health Care Professionals No. 559/94 and Decree Concerning Health Care Professionals No. 564/94). Everybody that has a Bachelor's degree (which is a first degree diploma from the Bologna System) can join the education. The education can last from three to six years (most of the candidates need five years), but when it comes to the number of hours, they have one of the lowest criteria in Europe, which is only 380 hours. Legal regulation does not determine the content of education and modalities that are acknowledged. The law authorises the Ministry of Health to run the register of psychotherapists and sets certain conditions for performing psychotherapy.

### ***France- awaiting for the implementation of the passed law on psychotherapy***

The law from the year 2004 determines the use of the title *psychotherapist* (Law 2004-806; Regarding Public Health Policy; Art.52 "The usage of the title of psychotherapist"), but the decree on the implementation of the law is still not accepted. The definition of what psychotherapy is, is also not listed. In the decree that is waiting to be accepted, it is stated that psychotherapy is an independent profession, and the standards of training are also defined. Awarding of the title *psychotherapist*, therefore, still does not have practical consequences for either the psychotherapy or ethical control. All the psychiatrists and psychologists and also many psychoanalysts that are members of psychoanalytic associations, have a special status, because they can get the title *psychotherapist* if they finish a three-year training on psychopathology without further special education in psychotherapy. To be accepted into the training of psychopathology one needs a Bachelor's degree. Experts of other professions can file an application in order to gain the title psychotherapist in the Central Council of Health in the Ministry of Health, which also runs the register of psychotherapists. That means that psychotherapy in France is a multiprofessional activity and experts from different professions are able to perform it. But everyone except for the psychologists and psychiatrists has to finish specialised psychotherapy training. Psychotherapy in the frame of public health care can be performed only by doctors and psychologists (Van Broek and Lietaer, 2008).

The national umbrella organisation has an important role (French Federation for Psychotherapy - FFdP), authorised by the EAP and enforces criteria of ECP. It demands the Master's level (the second degree in the Bologna System) to enter the special education for psychotherapy. The appropriate age to enter the training is not specified. Umbrella

Organisation acknowledges around 20 modalities that can be learned in over 30 private institutes. Just as well it has an ethic code that is still not acknowledged (Ginger, 2005).

In the years 2001 and 2006 two studies have been conducted (Ginger 2010) and they showed that 8% of the French population is in psychotherapeutic treatment. The main reasons for the treatment were depression, anxiety, psychological trauma, family or social conflicts. 40% of individuals were included in humanistic psychotherapy (gestalt, TA, person-centred approach, psycho-organic analysis, psycho-synthesis, psychodrama etc.), 30% psychodynamic therapy, 20% behaviour-cognitive and 10% family therapy. On average the therapies lasted for a year with the frequency of one 50-minute session per week. 87% of the patients were ‘satisfied’ or ‘very satisfied’ and only 4% dissatisfied (9% of them did not respond).

In the year 2009 a new decree was acknowledged (Act No. 20009-879 from July 21<sup>st</sup>, 2009), that supplements the regulation from the year 2004, especially in the connection with the register of psychotherapists but it did not bring the main move. Therefore France is still waiting on the legal implementation for regulating psychotherapy as an independent profession (Soulie, 2010).

### ***Hungary - psychotherapy only for doctors and psychologists***

In the beginning of the eighties of the 20<sup>th</sup> century, psychotherapy in Hungary greatly developed. Legal regulation exists just for the doctors and the clinical psychologists that perform psychotherapy. That is how, for example, the new Law on Health Care from 1997 offers in paragraph 103 some instructions for performing clinical psychology and psychotherapy in the field of health:

- “1) Psychotherapy is a therapeutic procedure that is based on numerous methods that have been scientifically proved. Psychotherapy can be executed by experts that have special qualifications for this kind of medical, psychological, or psychotherapeutic work with psychological and psychosomatic disorders, with individuals or groups, in more sessions in a fixed period of time.
- 2) The practice of specialised clinical psychology is for:
  - a) preserving and renewing mental health;
  - b) research and the discovery of the reasons of mental disorders;
  - c) psychodiagnostics of certain disorders;
  - d) Correction of mental disorders with the help of psychological methods.
- 3) Psychotherapy is based exclusively on the voluntary cooperation between the patient and the psychotherapist.
- 4) Before the beginning of every psychotherapeutic process a medical examination is needed. The clinical psychologist has to consult with the doctor whenever the patient’s condition or security requires for it.
- 5) Combined medical and psychotherapeutic treatment can only be offered by a medically trained psychotherapist.” (Kutasi, 2010)

The title *psychotherapist* can be given to doctors that finished their education and passed the final exam from the year 1983 and psychologists from the year 1985. After physicians pass a 12 semester study of medicine and do a 60-month specialization, psychiatrists have to make a 24-month training for a psychotherapist and other specialists 36-month training. Psychologists have to do 48-month long training from clinical and mental hygiene for adults or children, followed by a 24-month psychotherapy training and all that after a 3-year bachelor’s and a 2-

year master's degree. (Kutasi, 2010)

After the political turning point in 1989 it was possible to establish societies without limitations in Hungary. So in this year, the already existing societies connected into the Hungarian Council of Psychotherapy. Today it consists of over 20 different societies and 14 different modalities. The council's formal doctrine is the Strasburg Declaration of Psychotherapy. The Hungarian representative of the council Janos Harmatta was one of the founders of EAP in 1991 and also its first president. The standards of training follow those of the ECP. They also have a Psychotherapist Coordination Committee that joins the representative of the council with the university representatives of psychiatry and clinical psychology that are also active in the programs of training of psychotherapy. In 2002 there were 550 doctors or psychologists psychotherapists. Alongside them there were also over a thousand experts of other professions that performed psychotherapeutic counselling outside of the area of public health care. There are a lot of issues with the financing of psychotherapy. When the number of psychiatric beds reduced in 1997, numerous psychotherapeutic programs in various psychiatric hospitals were abolished. Also, the number of institutes and societies that offer psychotherapy training was reduced. In the system of public health care psychotherapeutic services are underestimated when it comes to the price. In the framework of private practices, doctors and clinical psychologists offer psychotherapy as a payable service ( Harmatta, 2002).

#### ***Latvia - psychodynamically oriented physicians psychotherapists against others***

The history of psychotherapy in Latvia is short and connected with the liberation from the "Russian boot" in the beginning of the nineties. The first psychoanalytic psychotherapy training program came from Sweden in 1991, and eight candidates joined. This group expanded in 1992 which led to the completion of training for 32 candidates. From the year 1993 other psychotherapeutic modalities started spreading out in Latvia.

In Latvia psychotherapy is not an independent profession. The order of the Ministry of Health Care number 11 from 2002 in the chapter "about the conformation of the legal system for medical professions" organizes psychotherapy only for doctors that have to educate themselves for four years to get the title *doctor psychotherapist*, but the number of hours is not set. Even the content of training is not clearly set. Exceptionally, clinical psychologists can get the title psychotherapist only if they perform their activities in the framework of medicine. Only the psychodynamic modality is acknowledged. They do not have a register for *physician psychotherapists*. In 2002 around 200 psychotherapists were working in Latvia, from that only 27 in the public health care in 1997 (see Table 8). The title is granted by a committee that consists of doctors without any psychotherapeutic training, but has the authority to reject anyone. That is why it often happens that unqualified teachers teach, unqualified supervisors supervise and unqualified psychotherapists exercise learning therapy. Psychotherapeutic services are practically not paid (in 2002 the fee for one hour of psychotherapy cost \$2), not from public finances neither by private insurance companies.



Table 8: Experts in the public health care in Latvia (Rancans, 2010)

Specialisation	Absolute number	Per 10,000 inhabitants
Psychiatrists	224	0.98
Paedopsychiatrists	18	0.08
Psychotherapists	27	0.1
Narcologists	74	0.3

Psychotherapists that are not doctors or clinical psychologists are registered in their basic profession, they work privately and call their practice *psychological counselling*, but basically they perform psychotherapy (Plume, 2002).

Further problems of the Latvian psychotherapy are (Rancans, 2010): there is no clear distinction between counselling and psychotherapy, medical institutions have legal problems with hiring psychotherapists, according to the law on health care, psychotherapy can be performed only by medical workers, and the pay in the public sector (even in medicine) is low and therefore not motivational, psychotherapy as a method in public health care is neither appreciated nor understood.

The split of Latvia's psychotherapeutic scene is seen among the two main psychotherapeutic organizations, these are Latvian Association of Psychotherapy, established in 1991, and Latvian Society of Psychotherapy, established in 1998, which is also a member of the EAP. The association connects medicine doctors psychotherapists that are exclusively psychodynamically oriented and work with adults, individually and with groups, and with children and youths. Until the year 2009, 52 members of this society got a licence for psychotherapists through the Latvian medical society. They have the right to perform psychotherapy in public health care. On the other hand, Latvian Society of Psychotherapy connects doctors, psychologists and non-medical professions. The main modalities are psychoanalytic analysis, existential psychodynamic psychotherapy, gestalt, family therapy, psychoanalytic psychotherapy, psychodrama and hypnotherapy. Until the year 2009 128 members received diplomas in psychotherapy through the Latvian Association of Medical Workers. The entry of these graduates in the public health care is not regulated or, in other words, they are not accepted, if they do not have the status of a medical worker from before (Rancans, 2010).

### ***Malta - a small country can be a great example***

Malta is a pleasing example of a country that accepted the legal regulation of psychotherapy on the basis of the Strasburg declaration and EAP standards. That is why the Health Care Professions Act from 2003 set it in the third list, where the professions of complementary medicine<sup>6</sup> are, and declared psychotherapy an independent profession. In the framework of the Council for the Professions Complementary to Medicine of the Ministry of Health it lasted three years to form the criteria for training and giving out licences. The process of coordination went on between the representatives of the University studies of psychology, psychiatric clinic, Maltese Assembly of Psychotherapists and the Maltese Gestalt Institute.

<sup>6</sup> It is interesting that there are as many as 18 professions on this list, in addition to psychotherapy also acupuncture, chiropractic, dietetics, dental hygiene, occupational therapy, nutrition, osteopathy, physiotherapy, radiography etc.

In September 2006, new criteria became functional that required a Bachelor's degree (first degree diploma in the Bologna system) to enter the training. It has to consist of at least 3,200 hours and can last up to four years (as a part time study) or two years (as a full time study) on the postgraduate level of universities or accredited institutes, where they get the postgraduate level acknowledged. All the relevant modalities are acknowledged. Council or the Ministry of Health Care grants the title of *psychotherapist* and runs the register in which included 48 names by February 2010 (Mifsud, 2010).

The key engine for the introduction of this Legal regulation was the Malta Association of Psychotherapists (MAP), established in 1999, which soon after that achieved the status of authorised National Umbrella Organisation in EAP. Ever since the establishment they worked closely with the Ministry of Health. Therefore MAP, even after the introduction of the law, works closely with the Ministry of Health on the regulations of psychotherapy, training and licensing. The success of MAP in organizing the autonomy of the area of psychotherapy as a medical activity and the independence of the profession psychotherapist is evident also in the fact that the first systematic training in psychotherapy, namely gestalt therapy, began in 1995 and that the first generation of 13 gestalt therapists graduated in 1999. In 2002 there were 50 active therapists practicing psychotherapy, since gestalt, Jungian, Adlerian, Rogerian, psychodynamic and behavioural therapy established as well (Oudijk, 2002).

### ***Bulgaria – the postcommunist blossoming of psychotherapy***

In decree No. 1 on medical activity for people who are suffering from mental disorders in 2007, psychotherapy has been mentioned in different ways (but it is not regulated in the real meaning of the word):

#### **“GENERAL TERMS**

1. (1) This decree regulates medical procedures that are offered to people suffering from mental disorders.
- (2) The medical procedures, referenced in the first paragraph, are: diagnostic examination, medicine, and instrumental therapy psychotherapy.
- (2) Health institutions that offer the procedures from the first paragraph must assign in their internal regulations: profile of the health institution, treatment programs and psychotherapeutic methods used.

#### **Medical procedures**

##### **Article 7**

- (1) Psychotherapy is treatment through interaction conditioned by the therapeutic relationship with the patient and/or his/her family and/or a group of patients
- (2) In health institutions from the second paragraph of the previous part, psychotherapy must be performed by psychotherapists that fulfil the conditions of article 8.
- (3) A specific form of psychotherapy can be performed only if it is included in the regulation of the health institution.

##### **Article 8**

Psychotherapy can be performed only by a person who:

1. is a Master of Medicine or Psychology, specialized on the field of clinical psychology or a Master of Social Pedagogy, specialized in clinical social work, or a nurse specialized as a

- psychiatric nurse or as a nurse for social work;
2. finished an education and training in the specific form of psychotherapy;
  3. has clinical experience in psychiatry.

#### Article 19

Requirements for psychotherapeutic programs need to:

1. guarantee the same therapist until therapy is concluded;
2. ensure that the duration of sessions, their frequency and the duration of the treatment fits the chosen method;
3. be carried out in places that are physically and phone accessible;
4. Psychotherapists need to ensure that they have less than 30 sessions a week.” (Atanassov, 2002).

The development of psychotherapy in Bulgaria is still in its early stages, because nobody has had a complete psychotherapeutic training until 1994. In 2001 some training programs in modalities in the connection with their international organizations started (e.g. psychoanalysis, psychodrama, systemic family, positive, cognitive-behaviour etc). (Atanassov, 2002) Considering that the above mentioned decree was an important step in the development of Bulgarian psychotherapy, in spite of the fact that psychotherapy is not defined as an independent profession and does not set standards of training, it does not protect the title and does not demand an obligatory register etc.

Today there are more than 10 modalities in Bulgaria (besides the ones mentioned above there are also Lacanian psychoanalysis, group psychoanalysis, Jungian psychoanalysis, hypnotherapy, Neo-Reichian analytic psychotherapy) and the majority of them is connected into the Bulgarian Association for Psychotherapy (BAP), that was established in 1993 and currently has more than 80 individual and group members. In November 2009 they published the National Register of Psychotherapists that contained 21 names by February 2010. Training takes place in private institutes, but the theoretical part also in the framework of university programs. Psychotherapy mostly takes place in private practices, outside hospitals and is self-paid. (Sokolova, 2010)

Because the above cited decree is deficient, a working group for the preparation of the psychotherapy law was established under the initiative of BAP. There are 12 members in the group, representatives of the Bulgarian parliament, Ministry of Health, National Centre for the Protection of Public Health, BAP and outside experts and lawyers (Sokolova, 2010).

#### ***United Kingdom – psychoanalytic therapists versus the rest***

One of the main steps on the road to make psychotherapy an independent profession in United Kingdom was the founding of the United Kingdom Standing Conference for Psychotherapy (UKSCP) in 1989. UKSCP that changed his name to UKCP - United Kingdom of Council for Psychotherapy in 1993, that still exists today, had a federal structure of eight Sections and each section represented a different psychotherapeutic modality: analytic psychology; behavioural-cognitive psychotherapy; experiential constructivist therapies; family, couple, sexual and systemic therapy; humanistic integrative psychotherapy; hypnotherapy; psychoanalytic and psychodynamic therapy and psychoanalytic therapy for children (Loewenthal and Casement, 2002).

In 1992 a split occurred that still exists today. British Psychoanalytic Society (BPS) thought that the people in UKSCP did not consider their traditions well and therefore the particular influence that the UKSCP should have. Loewenthal and Casement (2002) state two key events: the first one was that the psychoanalysts tried to get the veto right for the UKSCP decisions, which was rejected by the Supreme Court in 1992, and the second one was the failure to elect a psychoanalyst candidate for the management role in UKSCP in the same meeting where they also rejected the veto right. So the psychoanalysts established the British Confederation of Psychotherapists (BCP). It connected psychoanalysts, analytic psychologists, psychoanalytic psychotherapists and psychotherapists for children. Their main goal that they set was the care for standard psychoanalytic psychotherapies.

The current legislation in Great Britain, The Mental Health Act from 2007, does not regulate psychotherapy but only the treatments of patients. A “White Paper” of trust, insurance and safety does exist: legal regulation for health workers that predicts the settlement of the area of psychotherapy and should come into force in 2010. UKCP and BCP as the umbrella organizations run the national registers of psychotherapists. They take care of the registration of psychotherapists, accreditation of training programs and practitioners and for ethical control (Van Broek and Lietaer, 2008). Two other important organizations that influence the area of psychotherapy are the British Psychological Society (BPS) and the British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP) (Loewenthal and Casement, 2002).

***Belgium – many contradictions in a country with highly developed psychotherapy but no law***

Belgium does not have a law that would regulate psychotherapy, no licence granting system, ethical control or an accreditation system for training institutions. And yet the case of Belgium can be informative, since it points out the contradictions that occur in countries with highly developed psychotherapy, but no legal regulation.

It is good, for example, that Belgium universities (Catholic University of Louvain) strive to develop the complete training in the collaboration with private institutes and associations of three main modalities: psychoanalysis, systemic family therapy and cognitive-behavioural therapies. At universities trainees receive theoretical training, while supervised practice and personal experience are provided at institutes and associations. It is a contradiction that only university certificates are valid in the accordance with the higher education legislation, which means that they only support the theoretical knowledge and not practical skills. The certificates of private institutes and associations do not have any credit at all.

The next contradiction is that the candidate needs to have some practical experience before starting psychotherapeutic training, so that he can receive supervision. So on the one side the candidate has to have practical experience, but on the other a question arises - how to perform psychotherapy, if you are not trained to do so?

Many contradictions also come out of the privileged position of psychiatrists. Even though the title *psychotherapist* is not legally protected, the Royal Decree No. 78 from 1967 (Arrete Royal 10. 11. 1967 relatif a l'exercice de l'art de guerir) sets psychotherapy as a part of medicine. So legally only doctors are allowed to perform psychotherapy, but at the same time psychotherapy is not acknowledged as a profession or a title. Psychotherapists are mainly psychologists, psychiatrists and social workers. In the eighties psychiatrists got a legal permit for performing psychotherapy and since then get paid psychotherapeutic services from health and social insurance. When the decision was made, they had to validate their certificates to

prove that they are qualified for the job. An interesting contradicting situation came to pass. Most of their teachers in psychotherapeutic training were not doctors, but psychologists or social workers. They taught psychiatrists and issued certificates for completing the training, so that they could get paid psychotherapeutic services from public funds, but they on their own could not get that money. Nowadays it is easier for psychiatrists because they get approval for the psychotherapy payment without having to prove that they have completed psychotherapy training.

Officially all non-psychiatric professions can only perform psychotherapy under supervision of psychiatrists. Of course nobody follows this rule because it brings out new contradictions. How can a psychiatrist without psychotherapeutic training supervise psychologists or social workers who completed training? Non-medical psychotherapists have a good public reputation and they are socially well off.

There was a front that formed between the psychologists and physicians. Psychologists want autonomy; they do not want to be subordinate to physicians. Most psychologists do not want to be placed among the paramedical personnel because they do not want to be under the supervision of physicians. This is where we can see a major influence of the medical lobby, and the 'identity problem' of those who want to be acknowledged as psychotherapists. That is how in Belgium a question about the influence and social power of physicians is raised again and again: will psychotherapists be independent or will they be co-workers with or dependent on physicians. This debate has been in the centre of attention since Freud, when he clearly stated that psychoanalysis must be open for all non-physicians and that psychoanalysis is not necessarily a method that treats patients. Already Freud saw psychotherapy as a specific, independent area (Foisy, From and Szafran, 2002).

Currently there is an initiative in progress to improve the legal regulation on the area of psychology by determining three professions: clinical psychologist, clinical sexologist and orthopedagogue. Departments for Psychology in Belgium Universities, the Flemish Organisation for Psychoanalytic Therapy, and the High Council for Health Care (recommendation no. 7855) formed a suggestion of training standards for the three professions so that these titles may be obtained by candidates with a completed five year university program, followed by a master's study and practice in health care facilities. Only then could they enrol themselves into an extra two year master's program (a 'master after master' training) in the university framework to obtain the title *psychotherapist* (Avontroodt, 2010).

### **How can the knowledge on the European situation help the psychotherapists to make psychotherapy an independent profession?**

If we look at what is happening across Europe regarding the efforts to establish psychotherapy as an independent profession, it can help in a variety of ways. The comparison can ease the understanding of different psychotherapeutic scenes in different countries, but most of all we can learn from positive examples and avoid making the same mistakes which were already made while trying to establish the legal regulation of psychotherapy.

What can we learn from different European countries?

1. The first lesson is definitely – it is preferable not to have a law than to have a bad law. The legal regulation needs to consider the history and the current state, but also the

future. Laws and regulations that are too narrow quickly become the Procrustean bed of further development, which is evident in countries which tried to regulate psychotherapy in a way that would only suit one or two groups of professions like psychologists (for example Switzerland, Netherlands), psychiatrists (for example Belgium), physicians (for example Latvia), physicians and psychologists (for example Germany, Italy, Hungary). For example, if the “Italian model” had developmental potential twenty years ago, today similar solutions, where legal regulation is serving only physicians and psychologists, means a bad law.

2. The second lesson is - bridge gaps and avoid splits wherever possible. Tensions which can intensify into conflicts are normal, but there were too many unproductive separations and divisions e.g. between medical and non-medical professions (for example Germany, Latvia, Belgium), between modalities (for example Germany, Latvia), between analysts as the representatives of tradition and newer modalities, which represent transition (for example UK), between different professional profiles that represent the first profession of psychotherapists i.e. psychologists as opposed to psychiatrists and physicians (for example Belgium), between physicians and non-physicians, between psychologists and non-psychologists (for example Switzerland), between those who defend studying psychotherapy immediately after graduating from secondary school and those who oppose it etc.
3. The Italian “Lanthaler ordeal” clearly shows that the assessment of education *results* is the most important, while admission to psychotherapy training for a second profession should be widely open to everyone with a university degree or the Bologna Bachelor’s degree.
4. From the comparison between Germany and Austria we can deduce that ‘too many cooks spoil the broth’, since having many regulations (like Germany) can cause unexpected contradictions and hindrances. It is better to have one law (like Austria) than many minute laws which try to solve problems separately.
5. Education is also a field where national pride plays an important role. In the EAP meetings I was surprised on numerous occasions over the group dynamics that was similar to what happens on football matches when the best European teams test their strengths. In this manner, some of the Italian delegates for example fervently praised their legal regulation of psychotherapy and rejected any change whatsoever that would admit experts who are not psychologists or physicians to get the status of psychotherapist. Or when the German delegates praised the status of development of psychotherapy in their country, they were not willing to really consider the Austrian experiences with their law, which was too democratic for their taste. They would not even think about trying to learn something from Austria. Or how some of the British delegates looked suspiciously on everything that originated from the countries from the former Eastern Bloc. So EAP General Secretary, Alfred Pritz, who promoted the criteria that would encourage development in the Eastern countries where psychotherapy is less developed, had serious confrontations with them.

Even in higher education there are huge differences among European countries which are in close connection with national pride. One of the main goals of the Bologna Process was particularly aimed at diminishing the differences, which make it unnecessarily difficult for students to pass from one program to another, and also at

making international recognition of education easier. The importance of the latter is increasing since the mobility of European citizens is also increasing. Unfortunately, the optimistic predictions that accompanied the Bologna Process are being complicated and obstructed because of such nationalist mentality.

6. Limiting the diversity of modalities is not viable. In many countries they tried or are still trying to preserve the privileged status of, especially, psychoanalytic therapy (for example Germany, UK, France) due to historical reasons because its tradition is older than any other modality, or cognitive-behaviour therapy (CBT) (for example Germany, UK) since it is believed to be more scientifically (empirically) supported than others. If some modalities so far invested less effort in research of CBT, this does not mean that they are less effective than CBT. What is more, numerous CBT studies which prove its supremacy over the rest of the modalities have serious methodological flaws. CBT tries to transfer the randomized clinical trial model, which is a golden standard especially in medicine, to psychotherapy, but these efforts are controversial<sup>7</sup> (Kobal, 2005; Schiepek, 2008). An appropriate research methodology which would suit the needs and specificity of psychotherapy is still being developed.
7. On the basis of the here presented international comparison Slovenian psychotherapist can see on which fields Slovenia falls behind the countries whose psychotherapy is more developed (Austria, Germany). On the other hand we can also see where the psychotherapy is less developed (for example Bulgaria, Latvia). The present state in Slovenia is more than appropriate for the passing of the law on psychotherapy. That is why it is so unfortunate that the Ministry of Health, after already accepting the law in the government program in December 2009 (the deadline to present the law in the Parliament was set in May 2011), stashed away a well prepared bill in a drawer during summer 2010. The main reason was the conflict surrounding the adoption of the new law on health care, which is the umbrella law for psychotherapy in Slovenia. The Ministry decided that as long as the new umbrella law is not passed, the law on psychotherapy will not be dealt with. Therefore we find ourselves once again in the waiting room, not knowing what the future will bring.
8. In the case of Malta we can see that a relatively small country can set a fine example. The “EAP back-up” and the ECP standards have proven to be very helpful.
9. Cooperation among universities, associations and institutes (like in Germany, Austria, Belgium, UK, Malta and Italy) shows great results, not to mention that the opening of university studies in psychotherapy science, accessible right after finishing a secondary school, in 2005 at the Sigmund Freud University in Vienna began a new era in the development of psychotherapy. Inadequate legislation can only slow down the development of psychotherapy as an autonomous profession, but it cannot stop it. We

---

<sup>7</sup> Attempts to manualise psychotherapeutic procedures are especially problematic, which can be seen in a study where they tried to determine the influence of therapist's personality factors in cognitive-behaviour psychotherapy (Project MATCH Research Group, 1998, in Norcross, 2002: 5). During research of panic disorder treatment they standardised the treatment program, psychotherapists and clients in order to reduce the influence of a psychotherapist's personality. The treatment program was determined according to a manual and was carefully structured, psychotherapists were equally trained and supervised, and clients were chosen according to strict diagnostic procedures in order to reduce the differences between test patients. Despite all this effort, psychotherapists showed important differences in performance and the range of changes reached in their work with the clients. The influence of a psychotherapist on the effectiveness of psychotherapy moved in the range between 0% and 18%.

can imagine what it would look like if, for example, a new law for medicine were passed which would state that the only way to become a physician is to study some other profession first. In other words, that in order to be allowed to study medicine and become a physician you would need to have finished some other university study, also claiming that physician is such a responsible profession that only older people with more life experience are suitable for it. Any future laws on psychotherapy would therefore need to encourage psychotherapy training as a first profession training. This would motivate associations and institutes, which today offer psychotherapy training as a second profession training, to cooperate with universities and shift the focus of their programs to the education for a first profession.

10. The quantum leap, that occurred in 2005 with the introduction of education of psychotherapy as a first profession at Sigmund Freud University, is a big challenge for European and world psychotherapy since it drastically changed the last point of the Strasbourg Declaration and the entire image of psychotherapy along with it. It often happens that organisations, which used to be the driving force of progress, start to curtail this development. Psychotherapy training became a great business in Europe where private associations and institutes fight for a bigger share of the cake. A more confident decision of academic institutions to offer education for psychotherapy as a first profession will, among other things, fundamentally change business opportunities for those who were 'on the throne' so far, namely associations and institutes. For the past few years in Austria I have been witness to their jeopardised condition which resulted in attacks on SFU. I have also followed the formal and backstage events in EAP, many times full of resistances to the change, which was introduced in European and global psychotherapy by SFU. Since the Slovene market for education in psychotherapy is relatively small, I honestly hope that our associations, connected under SUAP, would not see a threat in first profession training and putting psychotherapy in academic circles, but rather new business possibilities and support for development. This way we could certainly set a good example to numerous European countries.

### **Concluding thoughts about Slovenian psychotherapy**

European, and also Slovene, psychotherapy has found itself on a turning point. One of the basic characteristics of turning points, when old structures collapse and new ones emerge or are being restructured, reconnected in a refreshing new way, is that after the turning point 'nothing is as it used to be'. The time of decisions is filled with vortices, shocks, leaps, instability and chaos while new patterns and structures do not yet have a final form and old patterns temporarily gain in strength before the new ones rise in triumph. Perhaps this is why the psychological lobby in many European countries is trying to gain as much control as possible over the area of psychotherapy, both in training and its implementation, in a non-conversational way. Similar tendencies can be seen in psychiatrists' circles in the medical lobby.

Slovenia also reflects the dynamics in Europe. On November 18<sup>th</sup> 2000, for example, it was possible to read the following appeal for psychiatry to take psychotherapy under its wing in the main Slovenian newspaper Delo: "Considering the increasing number of schools and trainings of psychotherapeutic modalities of doubtful quality, it is imperative that psychiatry forms the norms which would clarify this area and make it easier for people to assess the quality and professional competence of what is offered." (Švab in Bohak, 2002, p. 141)



Another example published in the same newspaper was the appeal against psychoanalysis/psychodynamic modalities and for cognitive-behaviour therapy: “Psychotherapy has already outgrown the limits of psychoanalysis and similar psychodynamic modalities which are abstract, time consuming and never proved to be effective. There are many psychotherapeutic methods and quite a few of them have shown scientific foundation, effectiveness compared to the price (good cost-benefit ratio) and general availability. Those which did are normally shorter, carefully structured and easily measurable. The latter is especially important for health insurance companies and, consequently, the taxpayers. Why would anyone pay for a treatment which [...] has no measured effectiveness [...]. Just like we accept that only medicine is effective which results in a more coherent thinking and behaviour patterns in patients with mental disorders, we could conclude that only psychotherapy which shows changes in brain structure is effective. And it is! Cognitive-behaviour therapy is proven to have effect, just like anti-depressives, on fine structures and consequently on the function of the brain. In other words, word becomes matter only if it touches the genes and their expression in a given environment” (Marušič in Bohak, 2002, p. 141).

Some clinical psychologists in Slovenia raise their voices saying things like these:

- because (clinical) psychology is one of the key foundations of psychotherapy, it has the right to decide on psychotherapy’s fate;
- psychological psychotherapy is more effective and scientifically proven than other psychotherapeutic modalities;
- the Chamber of Psychologists should get the authority to grant psychotherapy licences to psychologists. Psychologists should not allow the Chamber of Psychotherapists to have the authority to grant psychotherapeutic licences etc..

Despite the efforts of some people to hold back the development of psychotherapy to become an autonomous profession or simply do not support this line of development in order to preserve their acquired status and privileges, in Slovenia we were among one of the first countries in Europe in 2006 who followed the example of SFU and enabled Slovene students to study psychotherapy science on a faculty level (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010), which is truly something to be proud of. Regarding the present state in Slovenia it is even more imperative to legally regulate psychotherapy in a way that would define psychotherapy as a part of a health care system and make psychotherapy an independent profession.

Numerous Slovene psychotherapists (regardless of our basic profession, be it physicians, psychologists or something different) believe that psychotherapy is mature enough to liberate itself from those psychologists and psychiatrists who would like to stay psychotherapy’s nannies and caretakers in order to keep it in a submissive role. The time is ripe for psychotherapy to take an independent path of development and for professional psychotherapists of different modalities (regardless of their basic profession) to decide on the identity of psychotherapy as an academic and scientific discipline, as well as an independent profession. And finally, for all those who already acquired the title and with it the responsibilities of a professional psychotherapist to welcome with open hands the new generations of colleagues who have chosen or intend to choose psychotherapy as their first profession.

## Literature

- Atanassov, N. (2002). Bulgaria. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 71–87.
- Avontroodt, Y. (2010). Psychiatry & Psychology in Belgium: Towards a Full Recognized Profession. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Bohak, J. (2002). Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo. V Bohak J, Možina M, ur. *Dialog. Zbornik Prvih študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: SKZP: 13–17.
- Bohak, J. (2004). Mednarodna primerjava stanja. Bohak, J., Možina, M., ur. (2004). *Kompetentni psihoterapevt. Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 139–142.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9), 7–14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4, 38–40.
- Bohak, J., Možina, M. (2002). Slovenia. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 283–299.
- Colden, A. (2008). Common Platform for Psychotherapy Project. Power Point Presentation. Vienna: EAP.
- Fäh, M. (2002). Switzerland. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 310–332.
- Foisy, M.L., From, L., Szafran, W.A. (2002). Belgium. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 39–70.
- Ginger, S. (2005). France. EAP Questionnaire. Vienna: EAP archives.
- Ginger, S. (2010). Psychotherapy: An Independent Profession? A European Challenge! Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Grebo, U., Elmquist, B. (2002). Sweden. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 300–309.
- Hägström, I. (2010). Swedish National Agency for Higher Education. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Harmatta, J. (2002). Hungary. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 165–168.
- Itten, T., Schulthess, P., Stutz, E. (2009). Psychotherapy: A Separate Profession in its Own Right: An Open Letter to Swiss Government. Vienna: EAP archives.
- Krause-Girth, C. (2002). Germany. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 71–87.
- Kobal, L. (2005). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Sodobni tokovi v psihoterapiji: od patogeneze k salutogenezi : [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 84–97.
- Kutasi, A. (2010). The Training Requirements and Recognition of Specialist Qualification in Psychotherapy in Hungary. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Lambert, M. J., Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Lanthaler, H. (2010). Why my Austrian Psychotherapy Training was “not enough” for Italian Legislation – My Story. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Loewenthal, D., Casement, A. (2002). United Kingdom. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 336–370.
- Marušič, A. (2000). Dlje od teorij in bliže ljudem. Delo, 3. februar 2002, str. 20.
- Mifsud, G. (2010). The Position Adopted by the Council for the Professions Complementary to Medicine (Malta) vis-à-vis the Regulation of the Profession of Psychotherapy. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42, št. 9: 15–29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 1, št. 1–2: 83–103.

- Možina, M. (2009). Etika udeležnosti: Problem ni, kdo ima prav ali kaj je res, problem je zaupanje. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 3, št. 3–4: 115–152.
- Možina, M. (2010). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4, št. 1–2: 133–166.
- Možina, M., Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3–4: 119–142.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically Supported Therapy Relationships. V J. C. Norcross (ur.), *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Oudijk, R. (2002). Malta. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 214–217.
- Oudijk, R. (2002). Netherlands. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 310–332.
- Parrini, R. (2002). Italy. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 174–195.
- Plume, A. (2002). Latvia. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 200–203.
- Priebe, S., Wright, D. (2006). The Provision of Psychotherapy: An International Comparison. *Journal of Public Mental Health*, vol. 5, issue 3: 12–22.
- Pritz, A. (2002). Austria. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 27–38.
- Pritz, A. (2009). The Lanthaler Case. A General Secretary Report to All EAP Members. Vienna, march 2009.
- Pritz, A. (2010). Introduction into the Profession of Psychotherapy for Non-Psychotherapists. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Rancāns, E. (2010). Psychotherapy in Latvia: Still Challenges Ahead. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Schiepek, G. (2008). Psychotherapy as Evidence-Based Process Management. A Contribution to Professionalism Beyond Standard Model. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, št. 1–2: 7–19.
- Schindler, S. (2010). Recognition of Psychotherapy Degrees in Switzerland. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Slavković, I., Ginger, S. (2010). Registrar's Report on ECPs and EAPTIs (TAC). EAP meeting in Paris, October 2010.
- Sokolova, I. (2010). Psychotherapy in Bulgaria: Development with Future. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Soulie, M. C. (2010). Legal Status of Psychotherapy in France. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Strauss, B. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Strauss, B. (2010). Development of Psychotherapy Education in Germany and in Europe – Presentation of the Research Results for the German Health Ministry and Perspectives for the Future. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- Švab, V. (2000). Nič ni brezupno. Sobotna priloga Dela, str. 14.
- Van Broeck, N., Lietaer, G. (2008). Psychology and Psychotherapy in Health Care: A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. *European Psychologist*, Vol. 13 (1): 53–63.
- Zuconi, A. (2010). Italian Psychotherapy Today: The Position of CNSP – the Private Schools of Psychotherapy Umbrella Association. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.



**Miran Možina<sup>1</sup>**

## **PSYCHOTHERAPY AS INTEGRAL PART OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE**

### **THEORETICAL BACKGROUND**

#### **Introduction**

In this module following topics will be shortly covered: basic terms, historical development and expansion of psychotherapy, psychotherapy as a profession, fields of activity of psychotherapists, psychotherapists' organisations, training, and economic aspects (1), as well as significance of psychotherapy for public health.

#### **Definitions and explanation of basic terms**

##### *Psychotherapy*

According to European Association for Psychotherapy (Appendix 1 to the Board Minutes, Siracuse 17th to 18th of October 2003) the profession of psychotherapy is defined as (2):

- the practice of psychotherapy is the comprehensive, conscious and planned treatment of psychosocial, psychosomatic and behavioural disturbances or states of suffering with scientific psychotherapeutic methods, through an interaction between one or more persons being treated, and one or more psychotherapists, with the aim of relieving disturbing attitudes to change, and to promote the maturation, development and health of the treated person. It requires both a general and a specific training/education,
- the independent practice of psychotherapy consists of autonomous, responsible enactment of the capacities described in paragraph 1; independent of whether the activity is in a free practice or institutional work.

---

<sup>1</sup> The article was published in Možina, M. (2008). Psychotherapy as integral part of comprehensive health care. V: Kovačić, L. (ur.), Zaletel-Kragelj, L. (ur.). *Management in health care practice : a handbook for teachers, researchers and health professionals*. Laga: Hans Jacobs Publishing Company, str. 642-659.

### *Psychotherapy approaches*

The main psychotherapy approaches and schools are: psychoanalytic-psychodynamic, cognitive behavioural, systemic family, existential-humanistic, person-centered and related experiential approaches, postmodern and integrative approaches. All these approaches can have different modalities: individual, marital, family and group therapies (3). There is an ongoing discussion about whether methods should be applied in a »pure« way of whether »integrative« models are not perhaps better. Nevertheless, many common basic elements can be perceived which today contribute to our understanding of the effectiveness of psychotherapy over and above the specifics of a particular approach or school (1).

### **Historical development and expansion of psychotherapy**

The foundation of modern psychotherapy was systematically developed at the end of 19<sup>th</sup> century and in the first decades of 20<sup>th</sup> century with the work of Sigmund Freud (1856–1939). Psychoanalysis was for many decades the only psychotherapeutic approach, but after the Second World War many new approaches were developed (for example, cognitive behavioural, humanistic, systemic family approaches and many others). Over the last twenty years the term psychotherapy has become an international “supra-term” for different psychotherapeutic approaches to describe a curative influence of the relationship between psychotherapist and patient/client on neurotic, psychotic, psychosomatic and somatopsychic disorders.

Psychotherapy became globalised since it expanded all over the world. It can be estimated that there are about 700.000 psychotherapists worldwide (most of them, about 300.000, in Europe and about 200.000 in North America) (1).

### **Characteristics of psychotherapeutic profession**

#### *Psychotherapy as a profession*

Psychotherapy as an autonomous profession is practised during last 20 years. In 1985 the first Law on Psychotherapy was passed in Sweden, and other European countries followed (for example Italy, Austria, Germany, Netherlands and others). These laws have the effect of promoting the development of psychotherapy as a profession. There are professional regulations in other countries, such as USA, Argentina and

Chile, which, however are subsumed under the vocational group of psychologists, psychiatrists and clinical social workers, and in which psychotherapy as a profession in its own right does not always appear. Within the framework of these professions there have been reimbursements of psychotherapy services from insurance schemes for many years in the USA and Canada (1).

#### *Fields of activity of psychotherapists*

Psychotherapy is practised by most therapists in private practice or in institutions such as psychiatric wards/clinics or counselling offices mostly on two large areas:

- treating mental disorders, and
- encouraging personal growth by clients who have no psychiatric diagnosis.

So, psychotherapy is effective as primary, secondary and tertiary prevention, what will be discussed later on.

Patients are treated usually in sessions lasting one hour, either individually, in groups or in a family context. The most important form used is the psychotherapeutic interview, sometimes in connection with exercises designed to stimulate new experiences with healing effects (1). Psychotherapists have also developed effective practice on the interfaces with social work, schools and management. And increasingly, psychotherapists are being called upon to take care of acute trauma patients in the wake of catastrophes, refugees etc.

#### *Psychotherapists' organisations*

Until far into the 20<sup>th</sup> century, only specialists and those within the inner circle were aware of the existence of different forms of psychotherapy. Not until the founding of umbrella organisations was it possible to extend the scientific and developmental dialogue and thereafter to be perceived in a serious fashion by the public at large. In the meantime, umbrella organisations have been set up on all continents with the aim of developing psychotherapy in their countries and on their continent in general (1). The most representative umbrella organisation in Europe is European Association for Psychotherapy (EAP) (4). The EAP represents 128 organisations (28 national umbrella associations, 17 European-wide associations for psychotherapy) from 41 European countries and by that more than 120.000 psychotherapists. Membership is also open for individual psychotherapists.

Based on the "Strasbourg Declaration on Psychotherapy of 1990" (5), the EAP represents high training standards for a scientifically based psychotherapy and stands for a free and independent practice of psychotherapy. The declaration has following five points:

1. Psychotherapy is an independent scientific discipline, the practice of which amounts to an independent and free profession.
2. Training in psychotherapy takes place at an advanced, qualified and scientific level.
3. The multiplicity of the methods of psychotherapy is assured and guaranteed.
4. A full psychotherapeutic training covers theory, self-experience, and practice under supervision. Adequate knowledge of various psychotherapeutic processes is acquired.
5. Access to training is through various preliminary qualifications, in particular in human and in social sciences.

One of the most important endeavours of EAP at the moment is to create a common platform of Psychotherapy Regulations in the EU, with the eventual goal of central legislature and licensing procedures. Benefits of such platform would be:

- EU-wide recognition of psychotherapy as a profession,
- freedom of movement for psychotherapists,
- uniform training standards and licensing procedures,
- overall increase in quality of psychotherapeutic standards.

### *Training*

The necessary training to become a psychotherapist, which lasts several years, has three main pillars:

- self experience,
- theory, and
- practical work under supervision.

The EAP requires for its "European Certificate of Psychotherapy" a minimum of 3200 hours training, both in introductory (so called propaedeutics) and an approach specific training. Most training takes place in private institutions as a postgraduate training or as a "second profession" education. During last years there is a growing interest of the universities for psychotherapy programmes. For example, in October 2005 private university Sigmund Freud in Vienna opened the



three level (bachelor, master and doctoral) psychotherapy study where different approaches are integrated under the same roof.

### *Economic aspects*

Psychotherapy has also become a market. The fees range from gifts to hourly fees of 100 Euro and more depending on the economy of the country in which psychotherapist practises. In countries with a higher degree of regulation of psychotherapy, public institutions and social securities are providing more and more public money for psychotherapeutic treatment. In many countries in which psychotherapy has not reached this status yet, only the richer patients have access to it (1).

### **Significance of psychotherapy for public health**

As mentioned above, psychotherapy is effective on several levels of disease prevention, being from primary to tertiary.

#### 1. Primary prevention.

The role of psychotherapy in primary prevention is keeping mental disorders from ever occurring. Already Freud's way of doing psychoanalysis had this dimension because he has shown that every person who is interested to improve the quality of her or his life can profit from psychoanalysis before some recognizable mental disorder appears. Freud's message is still modern: "Live more conscious life! Be more aware of the complexity of mental functioning and realize your potential in work and love!" During the last 40 years this message was spread to millions of people in different psychotherapy approaches, especially in working with groups, for example in sensitivity training (6), or encounter groups (7), especially in dealing with endangered and vulnerable population groups (e.g. adolescents, pregnant women, unemployed people, disabled, old people etc.). Many psychotherapists developed programmes that are combined with psychoeducative approach:

- for children and families (8,9),
- for mothers with infants to support them after childbirth with counselling and practical help (10),
- for groups where members learn how to cope with stress or be more assertive in everyday life situations
- for child-abuse awareness and preventive programmes,

- preventing violence
  - somatic disease prevention, since chronic somatic illness increases likelihood for ill mental health
  - drug and alcohol free prevention programmes in endangered groups, etc.
2. Secondary prevention.

The role of psychotherapy in secondary prevention is in early detection of mental disorders and early intervention to reduce the risk of chronicity, disability and suicide. Especially important is this kind of prevention in the field of depression, and alcohol disorders. Psychotherapists are well educated for recognising signs and symptoms of depression and alcohol problems. Early recognition is of course to be followed by evidence based treatment being mostly parallel - psychopharmacological, psychotherapeutic and educational.

Psychotherapists contribute also to health risk assessment. Self examinations and self help are routine techniques to be transferred and encouraged with patients with mental disorders, especially when reoccurring. The educational courses, group and individual counselling on recognising warning signs of disorder and coping strategies are valuable therapeutic tool in the hands of the patient and his or her relatives. Already during 1970's many psychotherapists found ways to spread psychotherapeutic methods in self-help groups (11,12).

## 2. Tertiary prevention.

The role of psychotherapy in tertiary prevention is in the treatment and care for people with clinically expressed mental disorders in acute, primary, or early phase, and chronic, late or rehabilitation phase. Since the prevalence of mental disorders in Europe is increasing (13) and because psychotherapy is especially effective in treating the most common mental disorders (anxiety, depression and substance abuse disorders) (14) the significance of including psychotherapy as integral part of comprehensive health care is also becoming more and more important. During last 30 years psychotherapists have proven the effectiveness of psychotherapy in treating all kinds of mental disorders in general and that different approaches have relative similar efficacy (15).

## **CASE STUDY: Psychotherapy in Austria and Slovenia**

### **Introduction**

In the following section the comparison will be made between developed Austrian psychotherapy services which are integrated in the health system and undeveloped psychotherapy services in Slovenia. The comparison makes clear that psychotherapy must overcome different challenges and develop through different phases to become an integral part of comprehensive health care.

### **Austria: psychotherapeutic service as integral part of comprehensive health care**

#### *Historical perspective*

Pritz outlined the brief history of psychotherapy in Austria (16). Vienna is the cradle where at the end of 19<sup>th</sup> century Freud laid foundations of scientific psychotherapy. Freud called his method “psychoanalysis”. It became popular all over the world and even today it is still often used as a synonym for psychotherapy. Several other psychotherapy methods were developed in Austria as a result of contacts with Freud, for example Individual Psychology, developed by Alfred Adler (1870-1936), and Logotherapy, developed by Viktor Frankl (1904-1997). The era of National Socialism (1938-1945) put an abrupt end to the sensational

development of psychotherapy in Austria but after 1945, signs of new life in psychoanalysis began to stir.

*Towards a new concept*

In the 70's there was a boom in new psychotherapy approaches (for example person-centered psychotherapy according to Carl Rogers, psychodrama, Gestalt therapy, autogenic training, hypnosis, systemic family therapy, etc.). An enthusiastic phase of development ensued, reinforced when departments bearing the word "Psychotherapy" in their title were set up at the medical faculties of the Universities of Vienna, Graz and Innsbruck. Since 1980 there have been regular introductory lectures and seminars at the Departments of Psychology and Pedagogy at the above mentioned universities.

An important step was taken in 1981 with the foundation of the Umbrella Organization of Austrian Psychotherapeutic Associations. This organization first united 7 associations who set their sights on promoting psychotherapy in Austria. The legal situation at that time was such that only medical doctors were permitted to practise psychotherapy as a curative treatment. However, nearly 80 % of those carrying out psychotherapy did not come from medical background, but from other psychosocial professions, in particular psychologists, social workers and teachers. This led to a public discussion about quality control in psychotherapy in combination with the will of the Umbrella Organization to push through legal regulations for psychotherapy as a profession in its own right.

*The beginning of self-standing track*

After intensive and controversial discussions both among public at large and the psychotherapy associations, the Law on Psychotherapy was finally passed of in July 1990. This Law, which requires a 7-year training and enables psychotherapy practised as a profession in its own right, had far-reaching consequences for the development of psychotherapy in Austria. In 1991 the General Social Security Law was changed to include the provision that every Austrian citizen who is in need of psychotherapeutic treatment for an illness must be provided with such treatment as a part of public health service. Since then work is ongoing to ensure that this Law is actually put into practice, and today in all 9 Federal provinces insurance companies have made possible to obtain psychotherapy within public health service (which was before normal for other forms of medical treatment). Today around 5500 trained psychotherapists in Austria are active in the health care service and the social services.

So one of the consequences of the new Law was an exponential growth of the expenditure by Health and Social Insurance for Psychotherapy (source: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 28<sup>th</sup> May, 2002, cited by Pritz (16)) (Table 1). The whole psychotherapy market (private and public together) in 2002 in Austria had a wolume of approximately 200 millions Euros per year.

**Table 1.** Exponential growth of the expenditure by Health and Social Insurance for Psychotherapy in period 1992-2000 in Austria.

<b>Year</b>	<b>Millions Euros</b>
1992	3.20
1993	6.90
1994	8.43
1995	10.54
1996	11.85
1997	12.79
1998	14.17
1999	15.70
2000	16.13

Also, the psychotherapy training is regulated by a law. All education and training institutes and facilities require an accreditation from the Health Ministry for which a Psychotherapy Board is responsible. This Board, made up of representatives of all psychotherapy approaches, university professors and other representatives of psychotherapy, consists almost entirely of psychotherapists, and its members number approximately 60 persons. It is the Board's task to examine the applications for training accreditation, which is granted only after a rigorous examination of scientific qualifications and abilities of the trainers.

#### *Current position in relation to health care system*

Today psychotherapy is integrated in the health care system in whole of Austria. All public health insurance associations have a system of supplementing payment for treatment; in certain cases they underwrite the whole amount. Treatment is carried out in private practises and also in public institutions belonging to the health insurance associations and in counselling offices which are subsidised from public funds, of which there are approximately 500 in the whole Austria. Psychotherapy is expanding within hospitals, too.

#### *International significance*

It is not a surprise that recently Austria as one of the most developed countries in psychotherapy field in the world gave another three very important contributions for the development of globalised psychotherapy: the foundation of the World Council for Psychotherapy, the foundation of faculty study of psychotherapy and the foundation of European Psychotherapy Universities Network.

With the foundation of the World Council for Psychotherapy in 1995, in Zurich, Switzerland, psychotherapy attained a new quality of communication which had never existed previously (17). International professional congresses had been held for many years, but a synoptic view was missing and the importance of overcoming prejudices towards other modalities and developments in the profession had not received enough attention. The unified view creates new insights and new hierarchies of importance; at the same time the situation is stimulating for all questions relating to psychotherapy. At the World Congresses which have been held so far, in 1996, 1999 and 2002 in Vienna, and 2005 in Buenos Aires, approximately 4000 delegates from more than 150 countries took part each time and contributed to the dialogue.

### *Training*

The integration of psychotherapy to the academic world of universities is crucial for its affirmation as the autonomous scientifically based discipline and as the autonomous profession. In October 2005 Sigmund Freud University (SFU) (18) from Vienna started with the faculty study of psychotherapy (the enrollment is possible immediately after the secondary school) which is organized in accordance with Bologna process (three levels - bachelor, master, doctor). This is the first project of faculty study in psychotherapy in the world which enables students to choose psychotherapy as the first profession providing a Bachelor's and Master's degree in psychotherapy science and that also integrates different psychotherapy approaches under the same roof. While psychotherapy training was offered exclusively at postgraduate level by psychotherapy training institutions in the past, SFU blends academic training for psychotherapists with comprehensive research activities previously carried out at various research institutes separately. The University cooperates with a number of psychotherapy training institutions in various areas. The project has also symbolic meaning because it takes place in Freud's town and under his name opens new chapter in the development of psychotherapy.

In 2007 Austrian psychotherapists gave initiative for establishing the European Psychotherapy Universities Network (EPU) (19). EPU has the following mission statement:

- has a pluralistic perspective on emotional topics, psychotherapeutic approaches and practice;

- cooperates in psychotherapy research, psychotherapy education and treatment activities;
- promotes psychotherapy as an academic discipline and profession in its own rights;
- promotes public founding of psychotherapy;
- provides scientifically based information on psychotherapy to the public.

## **Slovenia: psychotherapy in a country in transition**

### *Slovenia in transition*

In the Communist period (1945-1991) Slovenian state welfare system had advantages in securing easy access to child care, education, employment, entertainment, health, housing, maternity leave and pensions on a universal basis. Yet the standard of services was unsatisfactory in many instances, choice was very limited, and inequality was introduced by the privileges given to members of a large number of élites. Formally the Yugoslav Federation had moved to a policy of “self-management” in industry and policy areas such as housing in the 1970’s. In reality, this meant that employees had a lot to say in *how* services were run, but policies and budgets were imposed from above. Nongovernmental organizations were frowned upon, despite the fact that in the pre-Communist period there were many such small scale organisations in operation. Self-management was not introduced even formally to traditional welfare services at that period. In line with other Communist countries, the prevalent mode of handling long-term health and psychological problems was institutionalization. Institutions exist(ed) for people with learning difficulties, physical disability and mental illness, side by side with orphanages. While the physical state of these institutions was reasonable, if poor the social segregation was almost total (20).

Although better off economically than other East European and ex-Soviet Union states, Slovenia has experienced an increase in unemployment and a parallel decrease in growth of real wage and Gross Domestic Product (GDP) in the beginning of the nineties. In spite of the revival of economic growth after 1993, the inequalities of income nevertheless increased, and the unemployment remained relatively high. At the end of the 1990’s Slovenia had ad per capita annual GDP of approximately \$10,000 and the unemployment rate of



approximately 14.5. Under the circumstances of economic restructuring, the system of social security has functioned relatively efficiently. The share of funds devoted to various cash benefits for the population increased from a total of 15.9% of the GDP in 1992 to 17.6% of the GDP in 1999. In 1999 GDP was 20 billion US\$. A cause of greater concern are the data, which are showing a considerable growth in the number of individuals and families whose assets had been so reduced after the 1993 that they were not sufficient for subsistence. At the end of 1990's the investment of money in health care is approximately 7.5% of the GDP and in social welfare system approximately 17.5% of the GDP (21-23).

After the democratic shift private practice in the health and social care system became allowed. Since then the number of private practises has been increasing, posing numerous questions on how to structure and regulate relations between the public and the private sectors.

At the end of the 1990's Slovenia has been confronted with many difficult challenges on the macro level:

- the number of recipients of various cash benefits and other social transfers is rising,
- the share of elderly inhabitants is rapidly increasing,
- there is a growing number of children and young people suffering from violence and sexual harassment,
- due to economic uncertainty short-term conditions for creating a young family are not improving,
- the proportion of people with various addiction problems is on the increase, etc.

#### *The development of psychotherapy in Slovenia*

When psychoanalysis spread greatly after World War One, its influence also reached Slovenia. Especially the generation of young artists, born around 1900, showed great interest in the new science. However, after 1934 interest in psychoanalysis was diminished and no psychoanalytic circle was formed (24). In the "hard years" of Communist period psychoanalytic works were discouraged. For example, the only book related to Freud's work that was translated into Slovenian language in the seventies was Emil Ludwig's *Der Entzauberte Freud* which was extremely critical. During the 1950's and 1960's the conditions for development of psychotherapy slowly improved, especially in the line of psychiatric services. All over former Yugoslavia (which Slovenia

was part until 1991), dispensaries of mental health became part of the outpatient medical service. Professional collaboration among psychiatrists and psychologists in these dispensaries slowly became an everyday need. At first, the task of psychologists was to develop psychodiagnostic measures, but they grew increasingly more involved in the clinical therapeutic work, as well. Among psychiatrists and psychologists, a growing need for additional education emerged. Though possibilities for postgraduate education in Slovenia improved, a systematic psychotherapeutic training was available only abroad.

In Slovenia, psychotherapy as an organized professional movement began at the end of the 1960's when the endeavours of some psychiatrists and clinical psychologists fruitfully joined. The year 1968 was a turning point in the development of psychotherapy in Slovenia when first systematic training of clinical psychologists and psychiatrists interested in psychotherapy started. Thus, the first Slovenian psychotherapy training was designed as a sub-specialization for psychiatrists and clinical psychologists. Since it took place within the health service, it was organized as a psychotherapy section of the Slovenian Medical Society. Renowned Croatian and Serbian psychoanalysts participated as guests. The one-year psychotherapy course (propaedeutics) comprising theory, self-experience, and practice under supervision, soon became an integral part of specialization for clinical psychologists and psychiatrists.

At the end of the 1960's, on the grounds of cooperation with professionals from Austria (Otto Wilfert, Raoul Schindler), sensitivity trainings were introduced to Slovenia, which led to an increase of interest in group dynamics on the part of various professionals (e.g. in education, psychiatric and care-taking institutions). Some Slovenian psychologists fruitfully combined knowledge of group dynamics and psychotherapy with counselling in the context of social work. They also found possibilities to combine psychotherapy and voluntary work in the area of psychosocial help to children and adolescents with psychosocial problems (25).

In the 1970's first psychotherapy publications appeared and new inpatient psychotherapeutic facilities developed in Ljubljana, the capital of Slovenia, such as a psychotherapeutic center, a psychotherapeutic ward in the psychiatric hospital, a center for the treatment of alcoholism, etc. The contacts of Slovenian psychotherapists with psychotherapy associations in the former Yugoslavia (The Association of Yugoslav Psychotherapists was also established in 1968) and abroad

expanded. The psychotherapeutic training (psychodynamically oriented) was advanced and included theory, self-experience in the group, and practice under supervision. The 1970's brought progress in the field of alcoholism treatment as well. Besides the therapeutic-rehabilitative approach which developed in the network of health organizations, there was an extensive growth of self-help groups (so-called "Clubs for alcoholics in treatment"). Psychotherapy (principally group psychotherapy) was given an important role in the integrative approach to treatment and rehabilitation of people with alcohol addiction (26).

In the 1980's a group of Lacanian oriented theoreticians played an important role in popularizing psychoanalytic concepts through intensive translation work and through writing original papers mainly on theoretical psychoanalysis. The leading figure of this group, Slavoj Žižek (27), is nowadays the most popular and translated Slovenian author in the world. He linked psychoanalytic theory with philosophy and the critique of ideology and art.

During the same period, in the 1980's and 1990's, a blossoming of different psychotherapy approaches took place. In the years 1986-90, new psychotherapy approaches or schools began entering Slovenia, usually with initial seminars, designed to offer an introduction and motivate possible candidates for further trainings. The scope of these new offers with qualified foreign teachers increased and so did the number of interested candidates, especially from the ranks of professional helpers, who in psychotherapy saw either a chance to build on their professional competence or an alternative activity for personal fulfilment.

The collapse of communism and the Balkan wars halted the initial development of new approaches. The reasons were that some foreign teachers considered Slovenia – also after the ten days' war in 1991 – a dangerous area, and that the disintegration of Yugoslavia decimated some training groups comprising members of different nations of the formerly uniform state.

The socio-political change in Slovenia in the beginning of 90's coincided with the founding of EAP and its efforts to define psychotherapy as an independent profession on a high professional level. In 1998 the Slovenian Umbrella Organisation of Psychotherapy (28) was founded which united seven associations and became a member of EAP. At the same time Psychotherapists' Society of Slovenia grew out of the above mentioned psychotherapy section of

Medical Society and united individual psychotherapists (mostly psychodynamically oriented clinical psychologists and psychiatrists).

### *Current state of psychotherapeutic service*

#### **Organization**

Individual approaches or schools of psychotherapy in Slovenia are mostly organized as societies, some operate as institutes. The training consists of three basic parts: personal experience, theory and practical work with clients under supervision. However, some of the societies have not been offering their members a sufficient quantity of integral training in accordance with the European Certificate of Psychotherapy (ECP) as yet, therefore it is their priority to supplement their training possibilities and to bring them in accordance with the training standard of the ECP. As far as training is considered, all societies depend more or less on foreign teachers because they do not have enough teaching staff themselves. Therefore, one of the societies' priorities in the near future is: how to develop training programmes with more Slovenian teachers.

#### **Number, structure, and qualifications of psychotherapists**

At the moment it is still difficult to say how many psychotherapists there are in the Umbrella Organisation and in Slovenia in general. The Umbrella Organisation does not have a complete register of psychotherapists of single societies yet. In the register of Psychotherapists' Society there are around 50 psychotherapists and approximately 150 associated members. Most societies only have a small number of fully trained psychotherapists: some of them are "grandparents" and some have completed their training abroad. The majority of members in the societies are without completed training. Besides, most therapists are employed in their original professions i.e. as (clinical) psychologists, psychiatrists, social workers, education workers, and their possibilities to work as psychotherapists differ: they dedicate only a small part of their working hours or a part of their free time to psychotherapy. So psychotherapy training improves their professional competence in their primary professions, but they use it to a much smaller extent to practise psychotherapy in the narrow sense of the word. Thus, only estimates of the total number of psychotherapists are possible for the time being: we believe that in the Umbrella Organisation and in the Psychotherapists' Society there are from 200 to 250 people with the professional identity of a psychotherapist.

Since psychotherapy in Slovenia was founded in the seventies as a sub-specialization for clinical psychologists and psychiatrists, these two professions are still the prevailing among the psychotherapists. Only more recent approaches, in the late eighties, began training other professions as well: social workers, (social) education workers, occupational therapists, teachers and others. In the recent years when the Umbrella Organisation as well as the Psychotherapists' Society have been offering propaedeutics, also representatives of professions other than beside humanities have gained access to a psychotherapeutic training. There is an agreement that basic professions of psychotherapists can be first of all: medicine, psychology, education – pedagogy/andragogy, rehabilitation – occupation therapy, sociology, social work, theology, and anthropology.

## **Research**

There is no scientific research institute for the time being, though there have been initiatives in this direction for quite some time. Given that single societies i.e. approaches have neither sufficient personnel nor financial means for operating such an institute, it is intended to be operated by the Umbrella Organisation and also serve the needs of the individual approaches.

## **Availability of psychotherapeutic service**

Clients can contact a psychotherapist either on their own initiative or upon recommendation of their general practitioner or psychiatrist. Since the demand is much greater than the supply, many clients remain without psychotherapeutic help. Only a minority of them is lucky enough to reach a psychotherapist working for the public health or social care system or in the private practice. Psychiatrists and clinical psychologists who offer psychotherapy as a part of their daily routine are employed mainly in psychiatric hospitals, dispensaries of mental health and counselling centres for children and adolescents. Social workers at Centres of Social Work offer counseling as a part of their daily routine. Many social workers have received training in various forms of psychotherapy and include this knowledge in their counselling but officially they are not allowed to do so and are not paid to do psychotherapy.

After the democratic shift in 1991 the private practice was allowed in the field of medicine, clinical psychology and social work. Today there are approximately 25 private psychiatrists, 5 pedopsychiatrists, and 15 clinical psychologists. The national health insurance allows them psychotherapy and pays them for it. No other professions (social workers, let's say) can be paid to practice psychotherapy. It is also interesting that only psychologists with the specialization in clinical psychology are allowed to do psychotherapy. Many psychologists who are interested in practicing psychotherapy legally, cannot do it because it is very difficult to get a specialization in clinical psychology in the health care system. There is no part state financing system. There are no more than five psychotherapists in Slovenia who earn their living with psychotherapy alone.

The patients who get psychotherapy from psychiatrists and clinical psychologists in the health system are treated free of charge, i.e. the cost is covered by the national health insurance which pays the same for psychotherapy in the public or private sector: 35 Euros for

individual analytic or behavior-cognitive therapy (60 minutes), 100 Euros for family and couple therapy (for 2 therapist, 90 min), 100 Euros for group therapy (10 members, 110 min) with one therapist or 180 Euros if there are two therapists, 30 Euro for relaxation techniques (50 min) and 18 Euros for a so called “superficial measure” (30 min). A few others have the luck of possessing sufficient financial means and may find a psychotherapist practising psychotherapy in his free time. The charges for those clients who pay themselves range from 20 to 60 Euros per hour of psychotherapy. Most of the clients can afford the lowest charge and most of the clients can't afford the highest.

The psychiatric hospitals admit mainly people suffering from psychoses and alcoholism. Alcoholism and suicide were rife in the pre-1990 period, and continue to be the two major social problems associated with personal vulnerability. It is estimated that 80,000 people suffer from alcoholism, a huge proportion in a country of not more than two million inhabitants. They constitute approximately 80 per cent of all psychiatric admissions. Like its neighbour Hungary, Slovenia has the highest European/world rate of completed suicide (around 35 persons per 100,000). Famous Slovene psychiatrist Milčinski (29) laid grounds for suicide treatment in Slovenia and attributed an important part of it to psychotherapy. Since most people with alcohol problems are motivated for symptomatic treatment, only a small part of them is included in the treatment of alcoholism in psychiatric hospitals which is based on sociotherapy and psychotherapy (30). The treatment of psychotic patients is based predominantly on antipsychotic drugs, while psychosocial rehabilitation is insufficient. The regime includes formal occupational therapy, therapeutic communities and group therapy. In reality the psychiatric hospitals present a very medicalized environment with many negative effects of institutionalization, where for example even volunteers are often not allowed to enter. In spite of the fact, that “many psychiatrists and psychologists are well educated, not only in their own field but also in areas as philosophy (many of them are distinguished authors), and although in the past 15 to 20 years many health professionals have received training in various forms of psychotherapy, relatively little effect is seen in the day to day running of psychiatric services” (31). The psychotherapeutic model hasn't brought any essential changes to the predominant medical model in psychiatric hospitals. There are also no psychotherapy wards or clinics for psychosomatic problems.

It is encouraging, though, that psychotherapy has found its way to all Slovenian psychiatric hospitals and that it is gradually developing, although there is still a lot of disbelief if not opposition. In the psychiatric hospital, covering the region of Gorenjska, for example, a ward for behavior-cognitive therapy with eight beds was established in 1998 where mainly anxious-depressive disorders, as well as eating disorders, psychotic and personality disorders, etc. are successfully treated. Given our psychiatric hospitals financing system, this ward is making a loss which is being compensated from the income of classical psychiatric wards. Financially, therefore, there is a paradox - the more involved and high-quality the treatment is, the worse it is paid and vice versa.

In elementary and secondary schools, psychotherapy as a method is officially not allowed. Psychologists, special pedagogues and social workers who work in schools are allowed to use psychotherapeutic elements only in special cases (if there is a need for a brief treatment or a crisis intervention, for example) but they have to direct pupils and families to specialized institutions (counselling centres for children and adolescents, dispensaires of mental health, pedopsychiatric clinics) if they need psychotherapy. In spite of the official guidelines many of the above mentioned professionals take it on themselves to build on their psychotherapeutic knowledge and skills (mostly in Gestalt, reality, behavior-cognitive and family therapy) which help them in their everyday work.

In the Communist period, Catholic Church was excluded from the political arena but it remained a strong and influential institution. After the democratic shift Karitas was established and has organized psychotherapeutic training for its counsellors in the 1990's. At the moment Faculty for Theology is organizing a two-year postgraduate study in marital and family therapy. In the capital, Ljubljana, there is a Franciscan Family Center which has become quite popular during last years. Namely, its leader, father Gostečnik (32), published some books in which he connects in a popular way relational psychoanalysis and systemic psychotherapy with Christian spirituality.



### *Slovenian psychotherapy in a quantum leap?*

The last three years seem to be especially important for the expansion of psychotherapy in Slovenia. Namely, important new projects promise to bring a quantum leap in its development: faculty study of psychotherapy, initiative for Law on Psychotherapy, national network of centers for psychotherapy and psychotherapy journal. The initiatives for these projects were closely connected to the fruitful collaboration of Slovenian umbrella association with EAP and with Austrian colleagues at the Sigmund Freud University.

#### **Faculty study of psychotherapy**

In October 2006 Sigmund Freud University (SFU) from Vienna and Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy have started with the faculty study of psychotherapy (the enrollment is possible immediately after the secondary school) which is organized in accordance with Bologna process (three levels – bachelor, master, doctor) (33). Paralelly the special project team prepared the application for the accreditation of bachelor, master and doctoral degree in psychotherapy Slovenia. The benefits of Slovenian accreditation would be many, for example student status, the possibility of state concession with the reduction of study costs. The innovative potential of the faculty study of psychotherapy is big and is opening many possibilities for the realisation of new goals, for example the reduction of the insufficient number of psychotherapists in Slovenia, the integration of Slovenian psychotherapeutic scene, the improvement of the quality of the practice (for example in the frame of faculty outpatient department), the shortening and the simplification of the psychotherapy education, bigger emphasis on psychotherapy research etc. Potential employability possibilities for masters in psychotherapy science will be in social and health care system, in schools, health tourism, in the field of psychosocial rehabilitation, psychosocial help programmes, palliative care, psychosocial counseling, in public, private, non-profit organisations and international charity organisations.

#### **Initiative for Law on Psychotherapy**

In 2006 the Working group for Law on Psychotherapy from the representatives of Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy and from Psychotherapists' Society was established at the Ministry of Health to prepare a draft of Law on Psychotherapy. After many intensive and controversial discussions it seems that the draft will be

finished in autumn 2008 and will be opened for public discussions. The consensus was reached on some main points that are in accordance with EAP Strassbourg declaration:

### **National network of centers for psychotherapy**

As described above the accessibility of psychotherapy services in Slovenia is low. According to the increasing number of mental disorders Slovenia would need at least 5000 psychotherapists but there are only about 250 psychotherapists with appropriate qualifications and most of them don't work full time as psychotherapists. Also the students of psychotherapy and trainees don't have enough possibilities for supervised practice. So in 2007 the umbrella organization (stimulated by the psychotherapy faculty study project) gave initiative for establishing the National network of centers of psychotherapy. In spring 2008 centers in Ljubljana, Koper and Nova Gorica started to work and in autumn new centers in Celje, Maribor, and Slovenj Gradec will join. The network will offer psychotherapy at a reasonable price (40 Euros a session) and also free service for socially deprived clients. The centers will be connected to psychotherapy faculty project so that the students could practice under supervision. The network counselling phone line already started and different projects which will embed psychotherapy in local communities are planned.

### **Psychotherapy journal**

In 2007 Slovenian Umbrella organization has launched the first specialized journal "Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy" in Slovenian and English language (34). Articles are published from all fields of psychotherapy, as well as interdisciplinary articles and articles from neighbouring fields. The main aim of the journal is to encourage the development of psychotherapy as the autonomous profession on the scientific basis in Slovenia and abroad.

### *Trying to compare psychotherapeutic services in both countries*

It is quite obvious from the comparison between Austria and Slovenia that the development of psychotherapy has some common characteristics. The main phases of development or the main characteristics that stimulated the development were:

- development of different psychotherapy approaches;

- forming of the umbrella organisation that united different approaches for the sake of promoting psychotherapy as an autonomous profession;
- promotion of psychotherapy through publications;
- regulation of the field through the Law on Psychotherapy: regulation of training through accreditation of training institutions, licence system (register of psychotherapists), ethical control;
- integration of psychotherapy in the public health care system;
- building a global network of psychotherapists and psychotherapy organisations;
- integration of psychotherapy training to the academic world of universities and building a network of psychotherapy universities.

In the future Slovenian psychotherapists have many more steps to do to integrate psychotherapy in the health care system. Good Law on Psychotherapy would be the crucial step. Learning from good Austrian example can help them to make a good strategy that would of course also include the special characteristics of Slovenian context.

## **EXERCISE**

### **Task 1**

Make an internet search on “psychotherapy law” and compare different law regulations of psychotherapy in Europe (for example Austria, Germany, Italy, Netherlands, Sweden, UK) and try to propose a model for further development of psychotherapy as an integral part of comprehensive health care in your country.

### Task 2

Make a list of needed mental health services in your local area and explain the need of psychotherapy as an integral part of these services.

### Task 3

Find a psychotherapist in or near your local community and make an interview about his or her practice. Pay special attention to the level of integration of his or her practice in the public health and social care system.

## REFERENCES

1. Pritz A. Introduction into Globalized Psychotherapy. In: Pritz A, editor. Globalized Psychotherapy. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 13-18, 2002.
2. European Association for Psychotherapy. Definition of the profession of psychotherapy. Internet page. Available from URL: <http://www.europsyche.org> (Accessed: Aug 28, 2008).
3. Gurman AS, Messer SB. Essential Psychotherapies: Theory and Practice. Second Edition. New York: The Guilford Press, 2003.
4. European Association for Psychotherapy. EAP – information. Internet page. Available from URL: <http://www.europsyche.org> (Accessed: Aug 28, 2008).
5. European Association for Psychotherapy. Strasbourg Declaration on Psychotherapy of 1990 Internet page. Available from URL: <http://www.europsyche.org> (Accessed: Aug 28, 2008).
6. Schmidbauer W. Sensitivitäts-training und analytische Gruppendynamik. Muenchen: Piper, 1974.
7. Rogers CR. Encounter groups. New York: Pelican Books, 1970.
8. Redl F, Wineman D. Steuerung des aggressiven Verhaltens beim Kind. Muenchen: Piper, 1986.
9. Redl F. Erziehung schwieriger Kinder. Muenchen: Piper, 1987.
10. Stern DN. The Motherhood Constellation : A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. London: Karnac books, 1995.
11. Moeller ML. Selbsthilegruppen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1978.
12. Moeller ML. Anders helfen - Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett-Cotta, 1981.

13. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15: 357-376.
14. Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zu der Profession*. Goettingen: Hogrefe, 1994, 14- 35.
15. Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.
16. Pritz A. Psychotherapy in Austria. In: Pritz A, editor.. *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 27-38, 2002.
17. World Council for Psychotherapy. Internet page. Available from URL: (<http://www.worldpsyche.org/> (Accessed: Aug 28, 2008).
18. Sigmund Freud PrivatUniversität Wien. Über SFU [in German]. Internet page. Available from URL: <http://www.sfu.ac.at> (Accessed: Aug 28, 2008).
19. European Psychotherapy Universitites Network (EPU). Internet page. Available from URL: <http://epu-online.org> (Accessed: Aug 29, 2008).
20. Ramon S. Slovenian Social Work: A Case Study of Unexpected Developments in the post-1990 Period. *Br J Social Wk* 1995, 25: 513-28.
21. Hanžek M, editor. *Human development report. Slovenia 1998*. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analyses and Development and United Nations Development Program; 1998.
22. Hanžek M, editor. *Human development report. Slovenia 1999*. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analyses and Development and United Nations Development Program; 1999.
23. Hanžek M, editor. *Human development report. Slovenia 2000-2001*. Ljubljana: Institute of Macroeconomic Analyses and Development; 2001.
24. Lunaček M. Slovenia. *Psychoanalysis International* 1992, 25: 360-3.
25. Možina M, Stritih B. How to help children and adolescents with psychosocial problems? V: Dyck RG, Mulej M, eds. *Self-transformation of the forgotten four-fifths*. Dubuque: Kendall/Hunt Publishing Company, 1998.

26. Zihlerl S, editor. Collection of papers for the therapist in the self-help groups for alcoholics [in Slovene]. Psihoterapija 9. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo MF v Ljubljani, 1982.
27. Žižek S. The Sublime Object of Ideology. London: Verso, 1989.
28. Slovenian Umbrella Organisation of Psychotherapy. Some facts about. Internet page. Available from URL: <http://marela.uni-mb.si/skzp> (Accessed: Aug 28 2008).
29. Milčinski L. Samomor in Slovenci (Suicide and Slovenes). Ljubljana: CZ, 1985.
30. Kavčič Kumer A. The Approach to the Psychotherapy of Alcoholism [in Slovene]. In: Peternel F, Kramar M, Korenjak R, ur. Srečanja psihoterapevtov 1990-93: Ljubljana: Psihoterapevtska sekcija SZD, 1994, p. 31-40.
31. Zaviršek D, Flaker V. Developing Culturally Sensitive Mental Health Services in Slovenia. Social Work in Europe 1995, 2: 30-36.
32. Gostečnik C. Sodobna psihoanaliza (The Contemporary Psychoanalysis). Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center, 2002.
33. Možina M. V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije (In Slovenia faculty study of psychotherapy has begun). Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, 2007, volume 1, number. 1-2: 83-103.
34. Slovenian Umbrella Organisation of Psychotherapy. Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy. Internet page. Available from URL: <http://marela.uni-mb.si/skzp> (Accessed: Aug 28 2008).

## RECOMMENDED READINGS

1. Pritz A, editor. Globalized Psychotherapy. Vienna: Facultas Universitätsverlag, 2002.
2. Lambert MJ. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th edition. New York: Joh Wiley & Sons, 2004.
3. Norcross JC. Psychotherapy Relationships that Work. New York: Oxford University Press, 2002.
4. Gurman AS, Messer SB. Essential Psychotherapies: Theory and Practice. Second Edition. New York: The Guilford Press, 2003.

5. Wampold BE. The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2001.





## CHALLENGES OF THE DEVELOPMENT OF MENTAL HEALTH CARE IN SLOVENIA<sup>1</sup>

Miran Možina<sup>1</sup>, Igor Okorn<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sigmund Freud University, Ljubljana, Slovenia, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)

<sup>2</sup> Sophia Group, Ljubljana, Slovenia, [igiokorn@gmail.com](mailto:igiokorn@gmail.com)

### Abstract

With the implementation of The Mental Health Act in 2008 and The National Mental Health Programme in 2018, Slovenia made important progressive steps in the development of mental health care in the direction of community-based multidisciplinary approach on the primary level of the health and social care system. One of the main obstacles in the realization is the lack of mental health professionals – psychiatrists, psychologists and psychotherapists. The increase of mental health problems during COVID-19 pandemic, like increased number of suicidal attempts, alcohol abuse, number of criminal attempts of domestic violence and mental health problems of children and adolescents, have further increased the need for the development of various forms of community- based multidisciplinary mental health services on the primary level.

**Key words:** mental health, community-based care, Slovenia, psychiatry, psychology, psychotherapy

### Introduction

Slovenia is a central European country with a population of around 2 million people. Although health care is an universal right, access to some health care services is limited due to lack of providers or long waiting times. Health care services in primary care are mainly provided by primary health care centres (PHCs), which are owned by the local community as well as by independent primary care providers. Doctors in primary care have a list of patients and act as gatekeepers to specialist services (1).

Studies in Slovenia show that men, single people, younger people, people with lower levels of education and those living in regions with a higher suicide rate are less inclined to seek help if they experience mental health problems. Stigmatisation of and discrimination against people suffering mental illness are also evident in the fact that people delay seeking help, which worsens the outcome of treatment and rehabilitation and results in feelings of helplessness. Stigma appears at all levels of society and in all systems. It leads people to dismiss, play down or deny the seriousness of the issue, and to a shortfall in resources for adequate, high-quality, accessible mental health programmes (2).

An important development in recent years has been the reorientation of the health system towards prevention and public health activities, particularly aimed at non-communicable diseases and risk factors, through health promotion centres, model

---

<sup>1</sup> To cite Možina, M., Okorn, I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. *JoGHNP*. Published online January 17, 2022:e2022001. [doi:10.52872/001e.31788](https://doi.org/10.52872/001e.31788)

practices, counselling and screening in primary health care. In 2002, health promotion centers (HPCs) were established within all 61 primary health care centers across the country. They are now the main providers of preventive and health-promotion services, including mental health services (3). These services also aim to tackle geographic barriers to health care and increase equity of access and outcomes for underserved populations (4).

Among health indicators it is known for a long time that Slovenia has high suicide index (5). Every year between 400 and 450 people commit suicide in Slovenia, with the average suicide rate standing at 25 per 100,000 people between 1996 and 2016. This is above the European average, which was 11 per 100,000 people in 2014. Approximately four times as many men commit suicide as women, with older people at greater risk. One very concerning statistic is that suicide is the second most common cause of death for young people aged between 15 and 19, behind road accidents (2).

The COVID-19 epidemic has caused a growth in the number of suicide attempts, in 2020 there were 15% more such attempts than the year before. There has been a 10% increase in the number of criminal offenses of domestic violence, while research among students has shown that 89% of them show signs of depression and anxiety (6).

The second important health indicator is alcohol consumption and abuse. Slovenia is a country of very high alcohol consumption, which is one of the major mental health risk factors (4). Since 2008 an average of 881 people died every year of a disease directly attributable to alcohol, with mental and behavioural disorders caused by alcohol consumption being the second most common cause of alcohol-related mortality. During the COVID-19 pandemic consumption increased, especially among vulnerable groups, which consume even more alcohol than before the pandemic. An average adult in Slovenia, consumes 38 liters of wine, 93 liters of beer and 3 liters of spirit, what places the Slovenia in the most “wet” European Nations. Every second Slovenian is an alcohol abuser, one quarter of 17 year’s teenagers are overdrinking every week. In year 2020, the direct costs in connection with the alcohol consumption reach 50 million Euros. Among the SOS calls there the abuse of alcohol was the trigger for violence and despair (7).

### **Most common mental disorders in Slovenia**

In 2016 in Slovenia approximately one quarter of the Slovenian adult population experienced stress on a daily basis and had problems managing it, that more than 7% had been diagnosed with depression, and that around 7% of adults used sedatives and sleeping pills and 5% used anti-depressants. Between 2008 and 2015, in addition to a rise in the use of medication to treat mental illness and behavioural disorders, there was an increase in the number of visits to primary and secondary healthcare institutions (2). Figure 1 shows the most common mental illnesses at different stages of life.

Figure 1: Most common mental disorders at different stages of life (NIJZ health statistics 2008–2015)(2)

Young children (up to 5)	Older children (6–14)	Adolescents (15–19)	Adults (up to 65)	Elderly (over 65)
Developmental disorders	Emotional disorders	Response to severe stress and adaptive disorders	Anxiety-related disorders	Dementia
Emotional disorders	Conduct disorders	Other anxiety-related disorders	Depressive episodes	Depressive episodes
ADHD	Hyperkinetic disorders	Depressive episodes	Stress-related and adaptive disorders	Anxiety-related disorders
	Developmental disorders (minor)	Eating disorders	Alcohol-related problems Schizophrenia	Stress-related and adaptive disorders

### Mental health care policy

The Mental Health Act was adopted in 2008 and The National Mental Health Programme in 2018 (2). The Mental Health Act represents the first law in the area of mental health (8). The legislation joins the health and social welfare systems into a tightly interwoven entity, primarily focused on individuals' needs and aiming to protect and assure basic human rights. The main components of the Act outline the admission conditions and procedures for:

- treatment in a psychiatric hospital ward under special supervision with and without consent (the latter on the basis of a court order);
- treatment in a secure ward of special residential institutions with and without consent (the latter on the basis of a court order);
- supervised psychiatric treatment; and
- community treatment.

The legislation lays down special treatment methods that may be applied only exceptionally under certain conditions and only in psychiatric hospitals; it also defines the use of special security measures under specific conditions. The law defines the obligations of both the health and social welfare ministries. The latter is responsible for guaranteeing the conditions of secure wards within special residential institutions as well as assuring the network of community care coordinators and the network of professional advocates for people with restricted rights; these advocates work in secure wards.

The treatment processes outlined under the legislation define new stakeholders in the management of mental health patients as well as their roles, obligations, responsibilities and communication pathways. These include (8):

- community care coordinators;
- advocates for people with restricted rights, working in secure wards; and
- multidisciplinary teams (consisting of psychiatrists, community care coordinators, social workers, practical aid nurses, clients and/or their relatives, NGO representatives and others, which are important for the reintegration process).

The Mental Health Act encourages deinstitutionalization with establishing a wide support system to accelerate the safe and monitored transfer of people with mental health problems from institutions to local communities. The role of the regional network of community care coordinators has been very important in this process. Coordinators are employed in state centres for social work and their main task is to help and support people with mental health problems to reintegrate into a community environment as soon as possible after medical psychiatric treatment or special treatment in a residential institution (8).

Since 1990, Slovenia's efforts to strengthen community-based approaches to mental health care have also been supported by NGOs, which have provided many examples of good practice, particularly in devising more individualized and personalized care for people with mental health problems of all age groups (9, 10).

Unfortunately, Slovenian psychiatry is still predominantly hospital based. There are historical, political, professional and service organisation characteristics that impede the development of community psychiatry in Slovenia (11). The network of outpatient clinics was established by the 1970s, but was gradually dissolved after the healthcare reforms in the 1990s when Slovenia gained independence. During the development of community psychiatry the expertise of British community psychiatry assertive community treatment (ACT) was followed. By 2006, in three psychiatric hospitals in Slovenia, teams that included a psychiatrist, a social worker, an occupational therapist and three graduate nurses were established to follow up frequently readmitted patients, most commonly those with a diagnosis of schizophrenia in the community.<sup>10</sup> These teams did not manage to provide 24-hour cover, and they covered only frequently hospitalised patients. Nevertheless, the result of their work was that they managed to reduce hospitalisations by over 50% in selected groups of patients. The number of patients included reached almost 200 in 2012.

Through The National Mental Health Programme 2018-28 there is an intention to strengthen and widen the current network of community-based care and to link programmes aimed at integrated and quality treatment, adjusted to individuals' needs, expectations and social/working abilities. These are to be addressed through coordinated action involving primary care professionals, non-government organisations with service users and carers, the Health Insurance Agency and politicians involved in the planning of health services (2).

## Delivery of mental health services

There are two main groups, for which institutional care is provided: people with mental health problems and people with learning or intellectual disabilities. There are various types of state-run institution providing such care (8):

- psychiatric hospitals (five hospitals plus one unit/department): the one at the University Medical Centre Maribor has a special unit for forensic psychiatry patients;
- special residential institutions for people with mental health problems (five institutions with 1520 residents in 2016);
- special residential–vocational institutions for children with learning or intellectual disabilities, combined with mental health problems and other disabilities (five institutions with 431 children and 795 adults in 2016); and
- residential institutions–care homes for the elderly (55 residential homes with 18 295 residents in 2016): general long-term care homes for older people and not specifically for residents who suffer from dementia or other mental health conditions.

There are also various types of community-based programmes whose common aim is to ensure that users have as independent a life as possible; they are organized by NGOs and public institutions that are aware of the negative effects of institutionalization. These include (8):

- residential units for adults, established by NGOs (46 units for 230 residents in 2016); and
- special residential public institutions, which are downsizing their capacities and establishing smaller units (36 residential units for approximately 200 residents in 2016).

There are also other programmes for people with long-term mental health problems who need coherent care and for people experiencing mental health crises with psychiatric diagnoses of various types; these programmes are co-financed by the state and implemented by NGOs. These are (8):

- occupational day centres established by NGOs (11 units for 118 programme users in 2016);
- occupational day centres established by the state (18 units for 585 programme users in 2016);
- information offices and counselling units (3 units for 1574 programme users); and
- phone counselling (10744 programme users in 2014).

The Social Security Act also provides for other non-institutionalized programmes for people suffering from mental health problems and/or disabilities, such as personal assistance, organized help at home for special target groups and family assistance.

Despite the progress in the development of mental health care in Slovenia, in 2015 the World Health Organization proposed the following strategic improvements in response to the findings (2):

- transferring the focus of mental health institutions and services to the local level and making them more accessible
- setting up emergency children's services responsible for assessment and psychological first aid
- reducing the duration of hospitalization and the number of readmissions to hospital through the community-based monitoring of people suffering from severe mental illness
- expanding the number and capacities of community-based teams on the basis of needs assessments;
- providing further training to professional staff at the primary healthcare level and in social care;
- planning, educating, training and employing professionals in line with national needs;
- increasing the number of clinical psychologists;
- providing trained professionals from recognized;
- schools of psychotherapy with psychotherapy work in healthcare and social care services;
- assessing the needs of residents of social care institutions and the options for their deinstitutionalization;
- reducing institutional capacities over the long term;
- updating legislation and regulations on care for forensic patients who present a danger to the community;
- setting up a secure unit for children and adolescents;
- developing more sector-based psychosocial teams for children and adolescents;
- supporting the gradual introduction of regional interdisciplinary centres to support children with learning difficulties.

### **The National Mental Health Programme 2018-28**

The National Mental Health Programme was passed by parliament on 27 March 2018 with cross-party support. It is the first time in its history that Slovenia has attempted to address this vital area in a comprehensive and integrated manner. The programme lays down the fundamental principles of support and care for the mental health of the individual (and, indirectly, of society as a whole), and sets strategic goals for the ten-year period leading up to 2028. The goals are ambitious. They require intersectoral cooperation and political support, backed up by measures aimed at protecting vulnerable individuals, children, adolescents, adults and older people, as well as their families, and involving all stakeholders and representatives of local environments in the process. A key component of the National Mental Health Programme is its attempt to expand mental healthcare from treatment alone, to encompass activities and measures aimed at preventing mental illness. It emphasizes the importance of promoting mental health as a key aspect of health – one that fosters the well-being and prosperity of the individual, their loved ones, their immediate environment and society as a whole – and incorporates into mental illness treatment the key principles of swift, local access and high-quality integrated care provision based on multidisciplinary approaches. It encourages professionals working in the field to gather their expertise around the individual needing help, as well as their families, and to prioritize the provision of effective, evidence-based health and psychosocial approaches to treatment.

It includes programmes that already constitute examples of good practice, opening a path towards the creation of the new practices that will have to be introduced and developed over the next decade (2).

### **Mental health care for children and adolescents**

Health insurance coverage for children and adolescents is universal in Slovenia. Health care services are delivered at primary care level and cover preventive health care. Prescribed systematic checkups that consist of a staged approach to child and adolescent health are part of the fundamental elements of health care services. The programme of health education included in systematic checkups is currently being revised. Counselling services for children, adolescents and parents are provided in every elementary and secondary school and the provision of diagnostic and therapeutic services is ensured through an additional network of public counselling centres (12).

Primary health care for children and adolescents includes preventive programmes for preschool children and schoolchildren and health promotion for children and adolescents. These preventive programmes for children are regulated by legislation and include:

- preventive well-child visits for preschool children at 1, 3, 6, 9, 12 and 18 months and 3 and 5 years; and
- preventive well-child visits for schoolchildren before school entry, in the first, third, fifth and seventh grade of elementary school and first and third grade of secondary school.

All three-year-old toddlers also have a psychological examination and all five-year-olds are assessed by a speech and language therapist. All of the mentioned examinations consist of a medical examination, obligatory immunization in accordance with the immunization programme and health education.

Every elementary and secondary school in Slovenia has a school counselling office employing a professional in mental health (psychologist, social worker or (social) pedagogue). They specialize in learning issues and preventive services in the school environment and also offer counselling and referral to children, adolescents and parents. In addition, a network of public institutions established as early as 1955 provides diagnostic, counselling and therapeutic services. These are counselling centres for children, adolescents and parents, and are situated in four Slovene cities. The counselling centres integrate the fields of health care, education and social welfare and are professional institutions bringing together a wide variety of experts. The role of these centres is the provision of counselling activities (including assessment, interventions, consultation, supervision, training, prevention and psychological education) and therapy for children, adolescents and parents. These centres are founded and financed primarily by the municipality and by health insurance. All children and adolescents (from 3 to 29 years) have access to the centres, but because of local financing, children and young people from the cities have priority. Usually schools (teachers or advisers) suggest the idea of attendance to parents, but young people sometimes attend on their own volition. Specialists in the centres assess their problems and work with them, their parents and their communities (12).

The National Mental Health Programme 2018-28 launched the establishment of 25 regional mental health centres for children and adolescents, responsible for prevention services and for integrated, multidisciplinary clinic- and community-based treatment (2).

### **Lack of psychiatrists, clinical psychologists and psychotherapists**

One of the main problems in the implementation of The National Mental Health Programme is the lack psychiatrists, clinical psychologists and psychotherapists. In Slovenia, which has 2 million inhabitants, there are 293 psychiatrists, 251 of them are public and 42 private. There are also 61 psychiatrists specialized in child and adolescent psychiatry (53 public, 8 private). As can be seen in the register (RIZDDZ - <https://www.nijz.si/sl/rizddz-register-izvajalcev-zdravstvene-dejavnosti-in-delavcev-v-zdravstvu>), there are also 126 clinical psychologists in Slovenia (113 public, 12 private) and 359 psychologists (348 public, 24 private). According to Eurostat data in 2017, there were 27 psychiatrists per 100.000 people in Germany, 25 in Greece, 24 in Finland, and 23 per 100.000 people in France, The Netherlands and Sweden. In our neighboring Italy there were 17 and in Croatia 16. Somewhere at the bottom of the list, there is Slovenia with 14 psychiatrists per 100.000 people. In 2021 there are still only 14 psychiatrists per 100.000 people in Slovenia. However, there are even less clinical psychologists, about 6 per 100.000 people. In average there are 9 new specialists per year and many who retire. This contributes to long waiting times.

There are approximately 300 psychotherapists, who are qualified by European standards for psychotherapy as autonomous profession, but they are not allowed to work in the healthcare system. Psychotherapy is not regulated by law (13) and the psychotherapeutic profession is not registered. According to the current healthcare regulation psychotherapy is formally still only a service, which can be delivered in the healthcare system by psychiatrists and clinical psychologists, however they do not have the time to practice psychotherapy. Clinical psychologists agree that there are not enough of them, and that psychotherapy is very difficult to access in the healthcare system. The normative of the WHO is one psychotherapist on 1000 citizens, which means that Slovenia would need 2000 psychotherapists, but psychotherapists who are not psychiatrists or clinical psychologists by their primary education cannot get concession for psychotherapeutic services.

The patients who get psychotherapy from psychiatrists and clinical psychologists in the health system are treated free of charge, i. e. the cost is covered by the national health insurance which pays the same for psychotherapy in the public or private sector. A few others have the luck of possessing sufficient financial means and may find a psychotherapist practicing psychotherapy in his free time. The charges for those clients who pay themselves range from 20 to 100 Euros per hour of psychotherapy. Most of the clients can afford the lowest charge and most of the clients can't afford the highest (14). So the time for the psychotherapy law which would define psychotherapy as an autonomous profession and enable the integration of psychotherapy services to the health and social care system is ripe (15).



## Access to mental health services

Most patients with mental health problems first seek help by general practitioners (GP) (16). The shortage of GPs is one of the major health system challenges in Slovenia. In particular, the low numbers of GPs negatively influence waiting times (1, 4). More doctors are currently being trained, and salaries have been corrected to reduce the wage gap in comparison to hospital specialists. Primary care research conducted in the country demonstrated that among GPs there are serious barriers to becoming involved in the treatment and prevention of mental health disorders (17, 18).

Long waiting times have been an enduring challenge, despite efforts to address them, for example through occasional added funding. Survey results show that waiting times are the main reason for self-reported unmet medical needs. On a positive note, little variation in levels of unmet needs among income groups indicates that access to care is generally equitable (4).

When GPs refer patients to psychiatrist urgently, they are checked within 24 hours in the outpatient or on-call clinic. This usually happens with severe mental distress, the threat of hurting oneself or others or their property. The waiting time for a regular referral to psychiatrist is on average two or three months, for a clinical psychologist 6 to 9 months. The waiting time for an appointment with a psychiatrist or a clinical psychologist who also practices psychotherapy in the public system is from a few months to two years. Meanwhile, the waiting lists in private practices are expectedly shorter. Waiting times for children, who are dealt with by pedopsychiatrists and clinical psychologists, especially trained to work with children and adolescents, are even longer. One half of all mental disorders in Slovenia starts before the age of 14, but many of the are overlooked and not referred to a specialized professional. For example, waiting times (on 21. 12. 2021) in Counseling Centre for children and adolescents in Ljubljana are: for psychiatrist 480 days, for clinical psychologist 460 days and for speech therapist 215 days ([https://www.scomlj.si/si/dejavnosti/cakalne\\_dobe.html](https://www.scomlj.si/si/dejavnosti/cakalne_dobe.html)).

## Conclusion

The benefits of community-based multidisciplinary teams for mental health care are well documented and researched. Provision of services in this way increases user satisfaction, increases the number of met needs and improves adherence to treatment (19). This kind of approach gives greater hope for social integration, human rights protection, comorbidity treatment, reduction of stigma, and better access to treatment and rehabilitation. The community-based multidisciplinary approach is now the norm for delivering high-quality mental health services for the benefit of the population (11). The Mental Health Act and The National Mental Health Programme 2018-28 represent a good framework for political decisions and allocation of resources for the development of community-based interdisciplinary approach on the primary level of mental health care. We hope that this framework will be also used to increase the number of mental health professionals (psychiatrists, psychologists and psychotherapists) on the primary level, without whom community-based interdisciplinary approach will not be possible to realize.

## References

- (1) Rotar Pavlič, D. Švab, I. & Brinovec Pribaković, R. (2015). Primary Care in Slovenia. In: D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson & R. B. Saltman (eds.), *Building primary care in a changing Europe: Case studies*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf)
- (2) Maučec, J. et al. (2020). MIRA for Mental Health Programme: National Mental Health Programme. Ljubljana: National Institute for Mental Health. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mira\\_resolucija\\_ang\\_splet.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mira_resolucija_ang_splet.pdf)
- (3) Vinko, M. et al. (2020). Local mental health support in Slovenia during COVID-19: setting up primary health care helplines. Available at: <https://eurohealthnet-magazine.eu/local-mental-health-support-in-slovenia-during-covid-19-setting-up-primary-health-care-helplines/>
- (4) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Slovenia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_sl\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sl_english.pdf)
- (5) Beškovnik, L., Konec Juričič, N. & Švab, V. (2011). Suicide index reduction in Slovenia: The impact of primary care provision. *Ment Health Fam Med*; 8(1), 51–5.
- (6) Kamenarič, K. (2021). Absurdno dolge čakalne vrste, neurejena zakonodaja in čedalje več zdravil [Absurdly long waiting lists, unregulated legislation and more and more medicines]. Available at: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihater-psihiolog-ali-psihoterapevt.html>
- (7) Malovrh, P. (2021). Alkoholizem in Slovenci [Alcoholism in Slovenia], Delo, 31. 12. 2021.
- (8) Albreht, T, Pribakovic Brinovec, R, Josar, D, Poldrugovac, M, Kostnapfel, T, Zaletel M., et al. (2016). Slovenia: Health System Review. *Health Syst Transit*, 18(3), 1–207. Available at: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0018/312147/HiT-Slovenia\\_rev3.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/312147/HiT-Slovenia_rev3.pdf)
- (9) Možina, M. (2002). Can we remember differently? A case study of the new culture of memory in voluntary organisations. *Int. j. soc. welf.*, 11(4), 310-320.
- (10) Švab, V. & Tomori, M. (2002). Mental Health Services in Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 177–188. doi:10.1177/002076402128783226
- (11) Švab, V. & Švab, I. (2013). Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Ment Health Fam Med*, 10(1), 23-28. doi: 10.25149/1756-8358.1001001
- (12) Bevc Stankovič, M. et al. (2007). Slovenia: mental health and well-being for all children. Ljubljana: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia. Available at: [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/74773/Hbsc\\_Forum\\_2007\\_Sloveniapdf.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/74773/Hbsc_Forum_2007_Sloveniapdf.pdf)

- (13) Možina, M. & Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti [Steps to a Slovenian psychotherapy law]. *Kairos – Slovenian journal of psychotherapy*, 2(3–4), 119–142.
- (14) Bohak, J. & Možina, M. (2002). Psychotherapy in Slovenia. In: A. Pritz, A. (ed.), *Globalized psychotherapy* (pp. 283-299). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels.
- (15) Možina, M. et al. (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normative ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji [The time for psychotherapy law is ripe: On innovations regarding the normative regulation of psychotherapy and psychosocial counseling in Slovenia]. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 12(3-4), 7-39.
- (16) Rifel, J., Svab, I., Ster, M. et al. (2008). Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC PsyChiatry*, 8, 96. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2639378/>
- (17) Kersnik J, Poplas Susič, Kolšek M et al. (2009). What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *Journal of International Medical Research*, 37, 1561–9.
- (18) Poplas Susič, T., Kersnik, J. & Kolšek, M. (2010). Why do general practitioners not screen and intervene regarding alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122, 68–73.
- (19) Semrau, M., Barley, E. A., Law, A. et al. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10, 217–25. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060.x



## **Uvodnik o družbenih dimenzijah psihoterapije**

### *Editorial about social dimensions of psychotherapy*

Tokratna številka naše revije prinaša mešanico člankov: nadaljevanje tematskega sklopa psihoterapija in duhovnost iz prejšnje številke (članka Bohaka in Giargiula), članka Kotnika in Lojka, ki sta povezana z naslovno temo letošnjih študijskih dni SKZP in ostalo, kar se je počasi nakapljalno iz raznih koncev in prinaša raznolike teme (članki Laubreuterja, Kordeša in sodelavcev, Podgornikove in Bratine). Načrtovali smo več člankov na temo študijskih dni, a čas je prehitel nekaj avtorjev, tako da bodo sledili v naslednji številki.

Letošnji študijski dnevi SKZP prinašajo poleg naslovne teme o konceptu osebnosti v različnih psihoterapevtskih pristopih še podtemo o družbenih dimenzijah psihoterapije. V tem vidim zanimiv kontrapunkt, saj, kot sem že pisal v članku o etiki udeležnosti (Kairos 3-4, 2009, str. 143), menim, da je osebno politično in da je politično osebno: “[...] psihoterapevt z eno nogo stoji v intimnem svetu dialoga s pacientom, z drugo pa v socialnem kontekstu, v družbi. Psihoterapevt, ki ni družbeno angažiran, informiran, udeležen, je [...] jalov, psihoterapija, ki ni odzivna na družbena dogajanja in spremembe, pa na stranpoti. Učinek psihoterapije je le v majhni meri odvisen od tehnik in metod dela, veliko bolj pa od psihoterapevta kot osebe, in od konteksta, v katerem poteka terapija. Če psihoterapija v družbi nima svoje avtonomije, kot je to npr. v Sloveniji, naj bo del tvoje poklicne dejavnosti, da si zanjo aktivno prizadevaš, vzemi stvari v svoje roke, prevzemi odgovornost za spremembe, ne čakaj, da ti kaj bo padlo iz neba [...]”.

Eden mojih glavnih motivatorjev za ta dodatni napor pri angažiranju za družbeno uveljavitev psihoterapije je Alfred Pritz, generalni tajnik Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) in rektor Univerze Sigmunda Freuda. Je človek z neverjetno življenjsko energijo, veliko socialno inteligenco in izjemno motivacijo, ki je po mojem mnenju po Freudu za družbeno uveljavitev psihoterapije napravil največ. Arena njegovega političnega delovanja je globalna, saj potuje po vseh celinah sveta in spodbuja družbeno uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica in akademske discipline na vseh kontinentih. 6. februarja letos je pred sestanki delovnih teles EAP na Dunaju poslal odprto pismo vodstvu EAP z naslednjo vsebino:

“[...] Leta 1990, pred 22 leti, ko se je začela EAP, je bilo poznavanje psihoterapije v Evropi zelo omejeno.

To se je dramatično spremenilo. Danes, zahvaljujoč EAP in drugim organizacijam, je seznanjenost o položaju psihoterapije v evropskih državah veliko večja.

Večja je seznanjenost o legalnem položaju in različnih psihoterapevtskih pristopih, o sistemih socialne varnosti in organizacijskih vidikih psihoterapije. Pridobili smo si tudi izkušnje z zakonodajo Evropske skupnosti.

Večja je tudi seznanjenost s temami, ki so problematične in nerešene:

- o neurejenih zakonskih temeljih psihoterapije kot samostojnega poklica v vsaj 16 državah Evropske skupnosti in v vseh ostalih evropskih državah, ki niso članice skupnosti;
- o nezadovoljivem stanju glede javnega financiranja psihoterapije;
- o pomanjkanju raziskovanja psihoterapije na evropskih univerzah in o premajhnem vlaganju javnih sredstev v raziskovanje;
- o nejasnih odnosih med psihoterapevti, psihologi in psihiatri.

Tudi še nismo prišli do resničnega soglasja o različnih psihoterapevtskih pristopih, o njihovi veljavnosti in položaju, ki naj bi ga imeli v temeljnem psihoterapevtskem izobraževanju itn.

Po drugi strani je presenetljivo, da je v skladu z regulativo Evropske skupnosti iz leta 2005 prišlo do boljše izmenjave psihoterapevtov med evropskimi državami, ki imajo urejeno zakonodajo o psihoterapevtski dejavnosti.

In med vsem tem, na čelu in repu tega razvoja, je EAP, ki je pomembno prispevala k točkam, ki sem jih omenil zgoraj. EAP je prva definirala evropski standard za psihoterapevtsko izobraževanje in od leta 1996 je več kot 6000 psihoterapevtov prejelo Evropsko diplomu iz psihoterapije. EAP je tudi postavila in preko svojih delovnih teles uveljavila merila za ocenjevanje psihoterapevtskih šol v Evropi. Številna druga delovna telesa so veliko let aktivna v EAP in si prizadevajo za razvoj psihoterapije [...] EAP je postala prostor srečevanja za delegate psihoterapevtskih organizacij iz cele Evrope in širše.

Vendar si moramo priznati, da je politični vpliv EAP zelo omejen: v Franciji in Švici so bili npr. sprejeti zakoni v Evropi, ki so v popolnem nasprotju s tem, za kar si prizadevamo. In čeprav se srečujemo več kot 20 let, v državah, kjer ni zakonske regulative za psihoterapevtsko dejavnost, ni prišlo do premikov (izjema je Malta). Prav tako EAP ne poznajo v številnih psihoterapevtskih organizacijah, ki so ostale zunaj njene mednarodne mreže. Nadalje so zaradi omejenih virov EAP njeni stiki s komisijo Evropske skupnosti, ki bi lahko uredila pravni položaj psihoterapije v skupnosti, preveč redki.”

Nato se Pritz v pismu loti notranjega delovanja EAP in ugotavlja, da so se med delegati sicer razvila številna dragocena prijateljstva, vendar se je EAP preveč zbirokratizirala. S tem pa je počasi usahnil prostor za politične debate o nadaljnjem razvoju psihoterapije v Evropi. Če ne bomo predvideli razvojnih trendov v prihodnosti, bomo postali še bolj jalovi, zaskrbljeno opozarja Pritz. Nato poziva k obravnavanju naslednjih vprašanj:

- “1. Nujno je, da se birokratska vprašanja rešujejo ločeno od tistih sestankov, kjer se pogovarjamo o razvoju psihoterapije. Birokracija je namreč le administrativno uveljavljanje tistega, za kar smo se odločili pred leti.
2. Moramo se osredotočiti na nove trende za univerzitetno izobraževanje iz psihoterapije in kako se na to odzivajo inštituti in društva, ki izobražujejo v neakademski sferi. Ni dovolj, da akademizacijo psihoterapije ignoriramo ali ji nasprotujemo.
3. Moramo pogledati, kaj zdravstveni sistem počne s psihoterapijo in moramo pogledati, kaj počnejo psihoterapevti v naših družbah. Moramo zavzeti stališče do ‘duševnih problemov’ Evrope.
4. Moramo očarati naše kliente in javni sferi.”

Ali se Pritzov klic tiče tudi SKZP, ki je članica EAP? Se tudi v Sloveniji in v SKZP dogaja

kaj podobnega, na kar opozarja v svojem pismu? Ali so lahko njegovi predlogi, kako naprej, koristni tudi za SKZP in za slovensko psihoterapevtsko sceno in njen razvoj v slovenski družbi?

Moj odgovor na vsa vprašanja je – da. Od ustanovitve SKZP je minilo 14 let in v tem času se je seznanjenost slovenske javnosti o psihoterapiji pomembno povečala. K temu je v veliki meri pripomogla tudi SKZP, ki je postala vse bolj prepoznavna na slovenski psihoterapevtski sceni:

- s študijem propedeutike od leta 1999 naprej;
- z vsakoletnimi študijskimi dnevi od leta 2001 naprej;
- z uvajanjem Evropske in Slovenske diplome za psihoterapijo v Slovenijo, ki jo je do zdaj prejelo okoli 40 kolegov in kolegic;
- z zborniki študijskih dni in od leta 2007 naprej s prvo slovensko strokovno in znanstveno revijo za psihoterapijo *Kairos*;
- z razvijanjem fakultetnega študija psihoterapije v sodelovanju z Univerzo Sigmunda Freuda od leta 2006 do 2008.

Navznoter smo od leta 1998 postopno razvili bolj strpen dialog med različnimi psihoterapevtskimi pristopi, ki smo se povezali v SKZP. Prvim študijskim dnevom smo leta 2001 dali prav tak naslov – Dialog. In od takrat naprej se članice SKZP predstavljamo preko različnih tem, gostov, okroglih miz in se vse bolj spoznavamo. Tako bodo letos različne šole predstavile svoje poglede na koncept osebnosti.

V dialogih v delovnih telesih SKZP in preko naših delegatov v EAP smo postopno večali našo seznanjenost o legalnem položaju psihoterapije v Evropski skupnosti in zunaj nje. Bolj smo se seznanili z organizacijskimi vidiki psihoterapije in si odprli oči za številne problematične in nerešene teme, katerih seznam je v Sloveniji še veliko daljši, kot ga zgoraj navaja Pritz. V slovenski družbi je psihoterapija še vedno marginalna dejavnost in razlike v stopnji njenega razvoja v primerjavi npr. s sosedama Avstrijo in Italijo, ki imata zakonsko regulativo, so zelo velike. To velja na kateri koli točki primerjave, od razvitosti posameznih psihoterapevtskih šol preko položaja psihoterapije v zdravstvenem sistemu do akademizacije psihoterapije

Podobno, kot opozarja Pritz, v okviru SKZP kljub temu da smo leta 1999 začeli s študijem propedeutike, vse do danes nismo našli resničnega soglasja, kaj so vsebine in kakšna naj bo organizacijska struktura tega temeljnega izobraževanja. Debata o tem poteka še danes, ko npr. Študijska komisija SKZP išče konsenz, kakšni so vstopni pogoji za uvodni/temeljni študij za sorodne in nesorodne poklice, kakšne kompetentnosti naj bi razvijal edukant v času temeljnega in v času specialističnega študija, kaj so skupne vsebine različnih psihoterapevtskih pristopov in ali bi organizirali te vsebine skupaj, kar je zaradi majhnosti slovenskih psihoterapevtskih šol včasih povezano celo z vprašanjem preživetja, to je z ekonomsko viabilnostjo teh šol.

Leta 1998, ko smo začeli, je bilo Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS) alfa in omega na slovenski psihoterapevtski sceni. Po nekajletnih prizadevanjih od leta 1995 do 1998, da bi SKZP predstavljala skupno streho tudi za ZPS, nismo našli skupnega jezika in smo morali kreniti po lastni poti. Polarizacija z ZPS je danes vsekakor manjša, a možnosti za sodelovanje obeh najpomembnejših krovnih psihoterapevtskih organizacij so še vedno veliko premalo izkoriščene.

Eden najbolj jalovih izkupičkov naših prizadevanj pa je gotovo na področju zakonske ureditve psihoterapevtske dejavnosti in s tem povezane registracije poklica psihoterapevt. Nismo torej uspeli na ključni točki, kateri smo se zavezali ob ustanovitvi SKZP – da bi uveljavili psihotera-

pijo kot samostojen poklic in avtonomno dejavnost. Leta 2006 smo se delegati SKZP in ZPS povezali v okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti na Ministrstvu za zdravje. Dve leti smo se veliko kregali in se skoraj onemogočili. Leta 2008 smo se znašli na skrajnem robu, ko je že grozil razpust delovne skupine, pa je med nami k sreči preskočilo v bolj konstruktivno smer. Oblikovali smo kvaliteten osnutek zakona, ki so ga tudi tuji strokovnjaki ocenili kot najboljši predlog zakona v Evropi v tistem trenutku.

Žal pa niso bili takega mnenja nekateri kolegi in kolegice v SKZP, ki so dobili delovno gradivo na vpogled. Vzbudili so se veliki strahovi in nezaupanje, ki so šli celo tako daleč, da zanje ni bila v redu niti temeljna predpostavka, na kateri je slonelo celotno besedilo osnutka zakona – da je psihoterapija zdravstvena dejavnost in da je psihoterapevt zdravstveni poklic. V vročih debatah niso k pomiritvi strahov pomagale niti primerjave z drugimi evropskimi državami, kjer je črno na belem jasno dejstvo, da je psihoterapija v vseh državah, kjer imajo zakonsko regulativo, umeščena v področje zdravstva.

Zunaj SKZP so se odločno uprli delovnemu gradivu tudi nekateri klinični psihologi s stališčem, ki je značilno tudi za številne psihologe po drugih evropskih državah: Edina znanstvena psihoterapija je t. i. psihološka psihoterapija, ki je kvalitativno drugačna, boljša od različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. od psihoanalize, sistemske, humanistične, integrativne, vedenjske psihoterapije itn.). To pomeni, da morajo imeti psihologi, ki so hkrati psihoterapevti, tudi lastno zbornico, avtonomijo pri podeljevanju licenc itn. S tem pa pade ideja o psihoterapiji kot samostojnem poklicu, saj mnogi psihiatri potem po zgledu psihologov zagovarjajo ti. medicinsko psihoterapijo, ki jo lahko izvajajo samo oni itn.

Nauk te zgodbe je preprost – slovenski psihoterapevti se med seboj nismo uspeli dogovoriti za skupno rešitev, za konsenz, na osnovi katerega bi lahko sploh šli v odločilno bitko navzven, da bi prepričali politiko in javnost, da je nujna zakonska ureditev psihoterapije. Bolj pomembno nam je bilo, da obračunavamo med seboj in da zamudimo priložnost, da bi dosegli nekaj, kar bi vsem pomagalo k nadaljnjemu razvoju.

Od leta 2010 do danes se tako na sestankih SKZP spet ukvarjamo z malimi temami in z drobno birokracijo, kar je sicer tudi pomembno, vendar smo pozabili, čemu smo se zavezali ob ustanovitvi – uveljavitvi psihoterapije kot samostojnega poklica. Tako kot EAP smo spet postali jalovi brez vitalnih projektov, ki bi temeljili na neki novi viziji psihoterapije. Ni res svežih idej. Hodimo po poteh, ki so bile začrtane pred mnogimi leti, npr. kako se bodo posamezni psihoterapevtski pristopi oz. šole še malo bolj stabilizirale v znanih okvirjih. V javne nastope ne vlagamo veliko energije in smo daleč od tega, da bi očarali naše kliente in možne partnerje za družbeno promocijo psihoterapije.

Poglejmo na primer, kako smo se psihoterapevti javno (po)kazali v debatah o družinskem zakoniku, ki se je dogajala v preteklih mesecih od izida zadnje številke Kairoso. Nobenega skupnega nastopa, nobene očarljive angažiranosti SKZP kot celote. Le tu in tam kakšen posameznik, kot je npr. kolega Bogdan Žorž, pa še ta je bolj apeliral na psihologe, ki so prav tako kot strokovna skupina zatajili glede poglobljene angažiranosti in uglašene skupnega nastopa. Na eni od okroglih miz, kjer sem sodeloval, in se konfrontiral z neverjetnimi konstrukti kritikov zakonika, je po koncu pristopil eden od največjih gromovnikov. Širom po Sloveniji se je predstavljal kot psihoanalitik in se skliceval na Freuda, ki se je gotovo obračal v grobu od zadrege, ko je poslušal njegove "citate". Prišepnil mi je tole na štiri oči: "A vas so pa poslali, da bi mene ustavil, ali ne? Jaz bi tudi vas lahko ustavil, pa nisem. Jaz bi namreč lahko povedal, da ste dvakrat ločen,



pa nisem...” Bil sem tako presenečen, da sem ostal brez besed. Torej bomo za geji in lezbijkami naslednja tarča ločeni?

Po eni strani se mi je kljub grenkemu porazu na referendumu zdelo dragoceno, da je v javnih debatah o zakoniku prišel na dan ves primitivizem, ki drugače tli po bolj zaprtih socialnih krogih ali je bolj skrit za leporečjem. Tur je počil in gnoj je pritekel na dan. Po drugi strani pa me je bilo tega seveda tudi sram. V pridobivanju podpore proti zakoniku so se izjemno okrepili mehanizmi razpihovanja strahu in nezaupanja, ki so tako značilni za slovensko skupinsko dinamiko. Tako da je kolega Tomaž Erzar enkrat zapisal, da smo Slovenci prestrašeni do kosti. Zgodovina se ponavlja. Menjajo se teme, vzorci komunikacije med zagovorniki in nasprotniki pa se ponavljajo. Kot bi bili zakleti. Kot v grških tragedijah, kjer se protagonistom kljub najboljšim namenom dogajajo najhujši življenjski porazi in zlomi. Ker se nekaj prenaša iz generacije v generacijo. Nekaj, kar je očem nevidno, privlači junake in jih zaplete v usodna razmerja. Grki so to imenovali ananke, nujnost. Razumeli so, da se lahko v velikih zgodbah vleče rdeča nit nujnosti iz generacije v generacijo. Če se je npr. začelo z Atreusovo ženo, ki je spala s Thyestesom, so lahko nato spremljali tri generacije groze do finala Ajshilove trilogije Oresteja. Za razliko od starih Grkov pa mi v naših novih in novih družbenih polarizacijah in dramah nezaupanja ananke velikokrat spregledamo.

Dragoceno mi je bilo, ker smo ob javnih polemikah povezanih z referendumom, kdor je seveda hotel in zmoget, lahko bolj očitno zagledali ananke, tisto, kar nas kot nekaj neizogibnega hromi. Drugače se mi velikokrat dogaja podobno kot mnogim, ki poskušajo prodreti s čim novim, kar zahteva malo širše povezovanje in konsenz. Da se namreč vedno znova podira, kar gradimo, pa je težko zagledati tako jasno, kaj je tisti hudič, ki spretno ruši in ruši. Dobrih namenov in obilice argumentov ni manjkalo ne na strani zagovornikov ne na strani nasprotnikov družinskega zakonika. Hudič se skriva vmes, v komunikaciji med enimi in drugimi. Problem ni, kdo ima prav, problem je v (ne)zaupanju. Korenine tega nezaupanja pa imajo dolgo, večstoletno zgodovino. Zaradi nezaupanja se ne slišimo in ne moremo resnično tehtati argumentov v dialogu. Zaradi nezaupanja se izčrpavamo v monologih, vprašanja, okoli katerih bi se morali dogovoriti, pa ostajajo nerešena. Potem zamujamo v ukrepih in tonemo v mrak doline šentflorjanske.

Najbolj pa sem bil žalosten in razočaran, da toliko ljudi ni prišlo na referendum. To je zame še večji problem. Nasprotniki zakonika so se namreč aktivno zavzeli, so veliko naredili za to, v kar so pač verjeli. Politična apatičnost večine pa je prav tako del ananke. Ni od danes. Kako živo se je spomnim iz socialističnih časov.

Tudi jaz sem naredil veliko premalo. Predvsem kot psihoterapevt nisem dal dovolj iniciativ, da bi se povezal s kolegi in kolegicami. Da bi skupaj prispevali k bolj poglobljeni strokovni debati o temah družinskega zakonika, da bi iskali načine, kako z našim znanjem, izkušnjami, predvsem pa z angažiranostjo očarati ljudi, kot poziva Pritz. Po drugi strani vem, da bi se odzval, če bi me kdo povabil. Edini, ki me je, je bil Bogdan Žorž, ki je poslal v krog kolegov SKZP svoje odprto pismo in sva potem izmenjala nekaj zanimivih sporočil. Hvala. V taki skrajni suši družbene angažiranosti našega profesionalnega kroga je bila taka kapljica vredna še toliko več.

Drage kolegice, dragi kolegi iz SKZP in iz celotne slovenske psihoterapevske scene. Ste že ugotovile oz. ugotovili, da vas tudi s to številko želimo očarati? Da vas sodelavci revije že od leta 2007, ko je Kairos začel izhajati, zapeljujemo? Da upamo, da z njo zapeljujete tudi vi naprej druge, ki je še ne poznajo?

Glede na število člankov, ki jih z glavnim urednikom Bojanom dobiva, vidiva, da se po milimetrih večja število piscev člankov, sem in tja se pojavi tudi kakšen nov naročnik. Kako zapeljivo za naju, ki ob takih drobnih dogodkih začutiva nov elan za vztrajanje v nehvaležnih vlogah urednikov.

Kairos je bil spočet in živi z upanjem, da bo pripomogel k temu, na kar nas nagovarja tudi Alfred Pritz v svojem pismu. Da bi zagledali širšo sliko, da bi se družbeno angažirali, da bi psihoterapevtke in psihoterapevti stopili iz roba bolj v središče družbe. Morda nam bo pa le uspelo, ali ne?

---





Miran MOŽINA\*

## V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije

**Ključne besede:** bolonjski proces, bakalavreat in magisterij psihoterapevtske znanosti, Univerza Sigmunda Freuda, Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, akreditacija, zaposlovanje psihoterapevtov

**Povzetek:** Na poti uveljavljanja psihoterapije kot samostojne znanstvene discipline in kot samostojnega poklica je posebnega pomena njeno vključevanje v akademski univerzitetni svet. Slovenska krovna zveza za psihoterapijo je v sodelovanju z Univerzo Sigmunda Freuda (USF) iz Dunaja oktobra 2006 začela s fakultetnim študijem psihoterapije takoj po maturi po sodobnem bolonjskem tristopenjskem programu. Vzporedno s tem je USF sklenila sporazum z novoustanovljeno Fakulteto za uporabne družbene študije v Novi Gorici, ki je omogočil, da je posebna delovna skupina pripravila in februarja 2007 vložila elaborat za akreditacijo dodiplomskega in podiplomskega študija psihoterapije v Sloveniji. Prednosti slovenske akreditacije bi bile številne, npr. status študenta, možnost za pridobitev koncesije in s tem znižanje šolnin. Inovacijski potencial fakultetnega študija psihoterapije je velik in zato odpira številne možnosti za uresničevanje novih ciljev, npr. zmanjšanje pomanjkanja psihoterapevtov, povezovanje razdrobljene psihoterapevtske scene, večje možnosti za kvaliteto prakso (npr. v okviru fakultetne svetovalnice), skrajšanje in poenostavitev izobraževanja iz psihoterapije, večji poudarek na raziskovanju psihoterapije idr. Potencialne zaposlitvene možnosti diplomantov bodo v socialnem in zdravstvenem varstvu, v šolstvu, zdravstvenem turizmu, na področju rehabilitacije, programov psihosocialne pomoči, paliativne oskrbe, psihosocialnega svetovanja, še posebej na področju hitro rastočih storitvenih dejavnosti, v javnih, zasebnih, neprofitnih organizacijah, v mednarodnih ustanovah (npr. dobrodne in karitativne organizacije).

## Faculty Study of Psychotherapy Has Started in Slovenia

**Key words:** bologna process, bachelor and master degree in psychotherapy science, Sigmund Freud University, Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy, accreditation, employability of psychotherapists

**Summary:** The integration of psychotherapy to the academic world of universities is crucial for its affirmation as the autonomous scientifically based discipline and as the autonomous profession. In October 2006 Sigmund Freud University (SFU) from Vienna and Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy have started with the faculty study of psychotherapy (the enrollment is possible immediately after the secondary school) which is organized in accordance with Bologna process (three levels – bachelor, master, doctor). Paralelly SFU signed the agreement with Faculty of Applied Social Studies in Nova Gorica which enabled to the special project team to prepare and in February 2007 to apply for the accreditation of bachelor and master degree in Slovenia. The benefits of Slovenian accreditation would be many, for example student status, the possibility of state concession with the reduction of study costs. The innovative potential of the faculty study of psychotherapy is big and opens many possibilities for the realisation of new goals, for example the reduction of the insufficient number of psychotherapists in Slovenia, the integration of Slovenian psychotherapeutic scene, the improvement of the quality of the practice (for example in the frame of faculty outpatient department), the shortening and the simplification of the psychotherapy education, bigger emphasis on psychotherapy research etc. Potential employability possibilities for masters in psychotherapy science will be in social and health care system, in schools, health tourism, in the field of psychosocial rehabilitation, psychosocial help programmes, paliative care, psychosocial counseling, in public, private, non-profit organisations and international charity organisations.

### Uvod

Duševne motnje in psihosomatske bolezni so v zadnjih desetletjih v razvitih družbah vedno bolj pogoste in bolj opazne. To je spodbudilo družbene zahteve po izdatnejši psihoterapevtski oskrbi prebivalstva, ki naj jo izvajajo primerno izobraženi in specializirani strokovnjaki. Po najstrožjih evropskih ocenah naj bi psihoterapevtske storitve nujno potrebovalo

5 % prebivalstva, nekoliko manj nujno pa do 20 %. Če za katerega od poklicev lahko rečemo, da je poklic prihodnosti, je to gotovo psihoterapija. Za to govori dejstvo krhkosti in neodpornosti globaliziranega človeka na duševne motnje in življenjske zaplete kakor tudi njegova prebujajoča zavest, da si s psihoterapijo lahko razreši marsikakšen notranji konflikt in si izboljša kvaliteto življenja.

Na politično zakonodajni ravni je v zadnjih petnajstih letih v številnih evropskih državah družbenim zahtevam po večji ponudbi psihoterapevtskih storitev sledilo zakonsko urejanje psihoterapije in seveda so se ob tem pojavile tudi potrebe po čim boljši, ekonomsko in znanstveno preverjeni ponudbi na tem področju.

Hkrati so se okrepile tudi zahteve družbe do znanosti in želje po tem, da bi na področju psihoterapije prišlo do izboljšav pri poučevanju in raziskovanju. S temi družbenimi pričakovanji in prizadevanji so zdaj povezane tudi težnje po posebni ponudbi na področju psihoterapevtskih znanj na univerzah v različnih državah.

Izobraževanje, potrebno za bodočega psihoterapevta, se od dežele do dežele zelo razlikuje, vendar lahko prepoznamo temeljne elemente, skupne vsem. Tri stopnje izobraževanja, ki jih je sprva poznala psihoanaliza, so postale standard za vse psihoterapevtske edukacije: lastna izkušnja, teorija in praksa. Doseženo je tudi soglasje, da je za bodočega psihoterapevta potrebno več let izobraževanja. Na žalost se univerze še ne zavedajo svoje izobraževalne vloge na tem področju, zato se v večini primerov vrši izobraževanje v privatnih ustanovah in v civilnem, neprofitnem sektorju, npr. v društvih, običajno kot podiplomski študij ali kot nadaljnje izobraževanje. Študij obsega običajno več tisoč ur. Tako zahteva na primer Evropska zveza za psihoterapijo (EAP = European Association for Psychotherapy), katere standarde zastopa pri nas Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), za evropsko diplomu iz psihoterapije najmanj tri tisoč dve sto ur obsežen študij, in sicer za oboje: za splošna, osnovna znanja iz psihoterapije in za specialno edukacijo v enem izmed psihoterapevtskih pristopov. Ob tako zahtevnih izobraževalnih standardih in normativih je zato že nekaj časa naraščalo protislovje, da namreč ne moremo govoriti o psihoterapiji kot samostojni znanstveni disciplini, dokler ne postane ena izmed univerzitetnih disciplin, dokler je ni mogoče študirati tako, kot je možno študirati medicino, psihologijo ali socialno delo, se pravi na univerzi.

Sosednja Avstrija je dober primer evropske države z razvito psihoterapijo, za katero na tem področju zaostajamo najmanj desetletje ali dve. Od leta 1990 ima psihoterapevtsko dejavnost urejeno z zakonom (ki ga pri nas še ni), ki je izredno spodbudil razvoj psihoterapije. Izobraževanje psihoterapevtov v duhu tega zakona organizirajo predvsem zasebni inštituti. Tudi v Avstriji kot v drugih državah EU je zadnja leta vedno večja ponudba izobraževanja iz psihoterapije tudi na ravni univerz, zaenkrat izključno na podiplomski ravni (npr. univerzitetni programi v Grazu, na Dunaju, v Salzburgu, Innsbrucku in na Podonavski univerzi v Kremsu), saj je opazna potreba po odpravljanju zaostanka pri raziskovanju psihoterapije. Do tega je nedvomno prišlo tudi zato, ker se psihoterapevti pretežno izobražujejo izven univerz.

Tudi v Sloveniji sta zaenkrat dve izobraževanji iz psihoterapije, ki sta organizirani znotraj univerze na podiplomski ravni:

- enoletni podiplomski študij iz psihoterapije v okviru Medicinske fakultete v Ljubljani in
- magistrski in doktorski znanstveno-raziskovalni študij na Teološki fakulteti v Ljubljani.

Prvi poteka že od leta 1972 in je bil sprva obvezen za vse specializante psihiatrije in klinične psihologije. Danes je odprt tudi za druge visokošolske diplomante (npr. za medicinske sestre, socialne delavke) in je po svojem namenu, ciljnih, obsegu ter vsebinah podoben študijskemu programu Propedeutika, ki ga od leta 1999 organizira SKZP. Predstavlja torej splošni uvod v psihoterapijo, preden potem diplomanti teh programov nadaljujejo svoje specialno izobraževanje iz psihoterapije v okviru enega od priznanih psihoterapevtskih pristopov (npr. TA, gestalt, sistemska terapija, psihoanaliza idr.).

Zasluga za drugi študij pa gre ustvarjalni skupini okoli patra Christiana Gostečnika, ki se je v tujini (v glavnem v ZDA) izobraževal iz novejših, predvsem relacijskih in sistemskih pristopov (avtorjev Mitchella, zakoncev Scharff, Sterna, Schorea idr.). Te novejše pristope je uspešno združil ter integriral v relacijski družinski oz. sistemsko relacijski model (Gostečnik, 2002, 2004) in jih pripeljal v Slovenijo. Tako so s sodelavci (npr. zakonca Erzar) najprej leta 2001 ustanovili specialistično podiplomsko, s strani Univerze v Ljubljani priznano izobraževanje iz zakonske in družinske terapije na Teološki fakulteti, leta 2004 pa še magistrski in doktorski podiplomski program iz zakonske in družinske terapije. To je prvi univerzitetni podiplomski (magistrski in doktorski) znanstveno-raziskovalni študij v Sloveniji s področja psihoterapije. Teološka fakulteta pri izvajanju podiplomskega izobraževanja sodeluje tudi s strani uporabnikov popularnim Frančiškanskim družinskim inštitutom (praksa, staž) ter pri znanstveno-raziskovalnem delu z Enoto za razvojno-raziskovalno dejavnost Frančiškanskega družinskega inštituta. Podiplomski program na Teološki fakulteti ter Frančiškanski družinski inštitut tako predstavljata velik doprinos k znanstveno-raziskovalnemu razvoju psihoterapevtske stroke pri nas, predvsem zakonske in družinske terapije.

Šele leta 2005 pa se je začelo novo poglavje v akademskem izobraževanju iz psihoterapije – fakultetni študij psihoterapije kot dodiplomski študij, ki ga lahko izbere vsak takoj po maturi. V celotni zgodovini razvoja psihoterapije gre za eno najbolj revolucionarnih idej, ki je za mnoge še težko prebavljiva. Bohak (2006a) se ob tem sprašuje: »Ker je bila psihoterapija do nedavnega drugi poklic za drugo poklicno obdobje, je bilo treba premagati mnogo ovir in odporov. Kako naj pozabimo na podobo psihoterapevta kot sivolasega modreca in dopustimo, da začne ta znanja osvajati bolj ali manj zeleni maturant, ki se bo po šestih letih kompetentno posvečal našim problemom?«

## Študij psihoterapije takoj po maturi – najprej na Dunaju in nato pri nas

Oktobra 2005 se je okoli 200 študentov vpisalo v fakultetni študij psihoterapije na zasebni Univerzi Sigmunda Freuda (USF; [www.sfu.at](http://www.sfu.at)) na Dunaju. Ker nas z njenim rektorjem, prof. dr. Alfredom Pritzem, veže dolgoletno plodno sodelovanje in prijateljstvo (glej sliko 1), smo številni psihoterapevti v Sloveniji (in tudi drugod po svetu) skočili v zrak od navdušenja – avstrijski kolegi so namreč odprli novo poglavje v razvoju psihoterapije (Bohak, 2006b). Kot prvi na svetu omogočajo možnost študija psihoterapije takoj po maturi po sodobnem bolonjskem tristopenjskem programu (tri leta prva – dodiplomska, dve leti druga – podiplomska, dve leti tretja stopnja). Po zaključku prve stopnje študenti dobijo diplomu z nazivom Bakalavreus psihoterapevtske znanosti, na drugi stopnji naziv Magister psihoterapevtske znanosti in na tretji Doktor psihoterapevtske znanosti. Če študent zaključi triletni študij za psihosocialno svetovanje, pa pridobi naziv »Svetovalec na psihosocialnem področju«.



*Slika 1: Prof. dr. Alfred Pritz (levo) in mag. Janko Bohak sta dolgoletna sodelavca in prijatelja. Od začetka 90-tih let prejšnjega stoletja je Pritz generalni tajnik Evropske zveze za psihoterapijo (EAP – European Association for Psychotherapy) in je Bohaku nudil stalno oporo, da je leta 1998 povezal velik del slovenskih psihoterapevtskih društev v Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo (SKZP). Ta je od leta 1999 pooblaščen krovna organizacija EAP.*

Z ustanovitvijo USF na Dunaju je poudarjena samostojnost psihoterapije kot znanstvene discipline, po drugi strani pa so se tako povečale možnosti za povezovanje kvalitet dosedanjega psihoterapevtskega izobraževanja s kvalitetami akademskih zahtev. Pot do akreditacije fakultetnega študija psihoterapije v Avstriji je bila zahtevna: najprej so Pritz in kolegi zamenjali poskušali najti nišo za ta študij na Dunajski univerzi. Ko je bil leta 2002 v Avstriji sprejet zakon, ki je omogočal ustanavljanje zasebnih univerz, so se odločili, da bodo poskušali po tej poti, vendar je bil leta 2003 njihov elaborat na Avstrijskem akreditacijskem svetu za visoko šolstvo zavrnjen. Uspelo je v drugem poskusu dve leti kasneje. Pomemben jezikovni zahtevki so bila pozitivna strokovna mnenja recenzentov elaborata, ki jih je izbral avstrijski akreditacijski svet. Eden od recenzentov je bil tudi znani nemški psihoterapevt Wolfgang Mertens (glej opombo 1). V prilogi dodajam večji del njegovega mnenja (v prevodu Janka Bohaka), saj uravnovešeno (tudi realno kritično) prikaže dobre in šibke strani USF.

V SKZP smo sklenili čim prej slediti dobremu avstrijskemu zgledu, podobno, kot so storili tudi v Parizu, Madridu, Berlinu, Amsterdamu, Moskvi, St. Petersburgu, Krakovu, New Yorku in Peking, kjer nastajajo podružnice USF. Z našimi izkušnjami s študijem propedevtike, s katerim smo začeli leta 1999 in ga je do zdaj zaključilo pet generacij slušateljev, smo bili relativno dobro pripravljeni. Tako smo v šolskem letu 2006/07 v kombinaciji s študijem propedevtike odprli ta študij tudi pri nas (kot skupni projekt USF in SKZP). Vanj se je vpisala prva generacija (okoli 70 študentov) (glej slike 2, 3, 4, 5 in 6) (Več o pogojih vpisa, predmetniku študija idr. je na spletni strani SKZP <http://marela.uni-mb.si/skzp>)



*Slika 2: V Ljubljani se je 7. oktobra 2006 začel fakultetni študij psihoterapije, ko je 76 vpisanih v prostorih OŠ Mirana Jarca prisluhnilo prvemu predavanju (študij je organiziran kot izredni ob petkih in sobotah).*





*Slika 3: Svečani trenutki ob začetku fakultetnega študija psihoterapije – mag. Janko Bohak (levo) in mag. Miran Možina sta imela otvoritveni predavanji.*



*Slika 4: dr. Leonida Kobal Možina (desno) je prevzela strokovno in organizacijsko vodstveno vlogo v projektu fakultetnega študija psihoterapije.*



*Slika 5: Brez dobre tajnice ni dobrega projekta. Za to je dokaz tudi naša »super« tajnica SKZP in projekta fakultetnega študija psihoterapije Irena Poštrak.*



*Slika 6: Jernej Vidmar že veliko let organizacijsko in strokovno pomaga pri študiju propedeutike in sedaj tudi pri fakultetnem študiju psihoterapije.*

Prva dva letnika študija sta podobna dosedanji propedeutiki, v tretjem letniku prve stopnje pa študenti izberejo enega od psihoterapevtskih pristopov (npr. integrativno terapijo, sistemsko družinsko terapijo, gestalt, logoterapijo, transakcijsko analizo, psihoanalitično terapijo itn.), če se odločijo za nadaljevanje študija na drugi stopnji. Lahko pa se študenti v tretjem letu prve stopnje odločijo tudi za smer psihosocialno svetovanje, zaključijo s študijem po treh letih in pridobijo kvalifikacijo za svetovalno delovanje na psihosocialnem področju. V številnih nevladnih organizacijah (npr. v Sloveniji je dobro razširjena mreža svetovalcev za duševne stiske po telefonu) je potreba po takih svetovalcih velika, je pa tudi to področje pri nas zakonsko neurejeno.

V prvo stopnjo, ki traja šest semestrov, so vključene *osnove psihoterapevtske znanosti*: znanstvene osnove biopsihosocialnega razvoja človeka, psihopatologija in psihosalutologija, dosežki nevroznanosti pomembni za psihoterapijo, osnove znanstveno utemeljenih psihoterapevtskih metod – to je le nekaj ključnih tem. Poleg tega študent na prvi stopnji pridobi znanje o raziskovalnih metodah ter pregled etičnih, pravnih, gospodarskih in splošnih družbenih

okvirjev, ki so pomembni za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti.

Glede na celotni obseg študija, ki se v bolonjskem sistemu vrednosti s kreditnimi točkami (en letnik prinese 60 kreditnih točk), študenti opravijo dobro polovico pri nas, ostali del pa v okviru intenzivnih enomesečnih *poletnih šol* (ki vključujejo predavanja, vaje, seminarje in učno terapijo v malih skupinah) na Dunaju. Velika dragocenost teh šol je, da so mednarodne, saj se jih udeležijo študenti iz vseh podružnic USF. Program poletnih šol je po eni strani določen s predmetnikom, hkrati pa je tudi odprt in fleksibilen glede na interese udeležencev in glede na aktualne teme. Študenti imajo edinstveno priložnost srečati vodilne svetovne strokovnjake na področju psihoterapije. Prve poletne šole julija in avgusta 2006 se je že udeležilo 17 naših slušateljev, ki so v preteklih letih pri nas opravili študij propedeutike. Vrnili so se navdušeni.

Pomemben del študija je seveda *praksa*, ki na prvi stopnji poteka v treh oblikah:

- kot *praksa v raznih psihosocialnih ustanovah* z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami psihosocialne pomoči ljudem;

- kot *učna psihoterapija (osebna rast, delo na sebi, osebna izkušnja)*, v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse je edinstvena posebnost študija psihoterapije, saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi klienti;

- kot *praksa pri izkušenih psihoterapevtih* pristopa, ki so ga izbrali v tretjem letniku študija, kjer so študenti najprej opazovalci, nato pa (predvsem na drugi stopnji) postopno prevzemajo vse bolj aktivno vlogo in v zadnji fazi vodijo pogovore pod supervizijo izkušenih učiteljev.

In nenazadnje naj omenim t. i. *tutorske skupine*, ki omogočajo individualizacijo študija, saj povečujejo možnosti, da se študentje v malih skupinah lahko izrazijo, da slišijo in so slišani v svojem procesu učenja. V tutorskih skupinah lahko npr. reflektirajo teoretična znanja, pripravljajo in predstavljajo eseje (o prebrani literaturi, poletnih šolah), poročila o praksi, evalvirajo študij itn.

Večkrat se pojavlja vprašanje, ali študij zadošča kvantitativnim kriterijem, npr. v primerjavi s kriteriji Evropske diplome za psihoterapijo (EDP), ki sem jih že omenil zgoraj. Odgovor je preprost: fakultetni študij psihoterapije na vseh treh temeljnih stebrih psihoterapevtskega izobraževanja (teorija, praksa pod supervizijo, učna terapija) *presega* zahteve EDP za več kot tretjino, torej za več kot 1300 ur.

## **Podružnica Univerze Sigmunda Freuda ali Šola za psihoterapijo na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici?**

Za fakultetni študij psihoterapije je posebno živ interes pokazala novoustanovljena Fakulteta za uporabne družbene študije (FUDŠ) v Novi Gorici. Po usklajevalnih pogovorih je 3. oktobra 2006 prišlo do svečanega podpisa pogodbe o sodelovanju med USF, SKZP in FUDŠ (glej sliko 7). Glavni rezultat te pogodbe je bila ustanovitev Projektne skupine FUDŠ v Novi Gorici pod mojim vodstvom za izdelavo elaborata za akreditacijo dodiplomskega in podiplomskega fakultetnega študija psihoterapije na Svetu za visoko šolstvo. Februarja 2007 smo elaborat vložili na Svet in je trenutno v postopku. Za oblikovanje vloge za akreditacijo je USF Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici velikodušno (zastonj) odstopila avtorske pravice za svoj program, ki smo ga seveda morali (sicer v manjši meri) prilagoditi zahtevam našega akreditacijskega postopka oz. zahtevam Zakona o visokem šolstvu.



*Slika 7: (od leve) Rektor Univerze Sigmunda Freuda, prof. dr. Alfred Pritz, dekan Fakultete za uporabne družbene študije (FUDŠ) v Novi Gorici, doc. dr. Borut Rončević, in predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, mag. Miran Možina, 3. oktobra 2006 ob otvoritvi FUDŠ v Novi Gorici podpisujejo pogodbo o sodelovanju, ki naj bi povečala možnosti za akreditacijo fakultetnega študija psihoterapije v Sloveniji.*

Upamo na pozitivno odločitev Sveta, saj bi bile prednosti slovenske akreditacije številne, npr.:

- študentje bi lahko pridobili status študenta in z njim povezane ugodnosti;
- diplomanti bi prejeli slovenske visokošolske oz. univerzitetne diplome;
- odprla bi se možnost za pridobitev koncesije za fakultetni študij psihoterapije, kar bi izdatno zmanjšalo šolnino in odprlo možnost študija tudi za tiste, ki si zaradi relativno visoke šolnine sedaj študija ne morejo privoščiti;
- možne bi bile sinergije (tako vsebinske kot materialne, npr. delitev stroškov za skupne službe, bolj ekonomično izkoriščanje prostorov) z drugimi študijskimi programi FUDŠ in v okviru raziskovalnih projektov FUDŠ (npr. skupno javljanje na razpise, iskanje financirjev);
- izkoristili bi lahko geografski položaj Nove Gorice za pridobivanje študentov in visokošolskih učiteljev iz sosednje države, s še posebnim poudarkom na zamejskih Slovencih, in sodelovali na izobraževalnem in raziskovalnem področju z institucijami iz drugih držav (npr. v prostoru Alpe Adria).



*Slika 8: »Quo vadis, slovenska psihoterapija?« se sprašujemo (od leve) Janko Bohak, Alfred Pritz in Miran Možina po otvoritvi Fakultete za uporabne družbene študije (FUDŠ) v Novi Gorici 3. oktobra 2006. Fakultetni študij psihoterapije odpira nove možnosti razvoja slovenske psihoterapije, katere glavni problem je veliko pomanjkanje primerno usposobljenih psihoterapevtov glede na potrebe slovenskega prebivalstva. Bo še naprej organiziran kot privatni program v okviru podružnice Univerze Sigmunda Freuda ali kot akreditiran slovenski program po avstrijskem zgledu na FUDŠ v Novi Gorici?*

Vendar tudi če do akreditacije v Sloveniji (še) ne bo prišlo, bomo s projektom fakultetnega študija psihoterapije seveda nadaljevali pod okriljem podružnice USF, ki bo imela sedež v Ljubljani (glej sliko 8).

### **Cilji fakultetnega študija psihoterapije v Sloveniji**

S fakultetnim študijem psihoterapije bodisi v okviru slovenske podružnice USF ali v okviru Šole za psihoterapijo FUDŠ v Novi Gorici, si prizadevamo uresničiti naslednje cilje:

1. Prispeval bo k reševanju trenutno največjega problema slovenske psihoterapije – k *zmanjšanju primanjkljaja dobro izobraženih in usposobljenih psihoterapevtov*. Kot sem že omenil zgoraj, po najstrožjih evropskih ocenah naj bi psihoterapevtske storitve nujno potrebovalo 5 % prebivalstva, nekoliko manj nujno pa do 20 %. Po najnižji oceni je to v Sloveniji 100.000 ljudi. En psihoterapevt lahko s polnim delovnim časom obravnava 15–30 pacientov, z večjimi ali manjšimi variacijami odvisno od njegovega psihoterapevtskega pristopa in od pogostosti srečanj. Ob tej predpostavki bi v Sloveniji potrebovali 5000 psihoterapevtov, ki bi se v delovnem času polno posvečali psihoterapiji. V Sloveniji je trenutno okoli 200 diplomiranih psihoterapevtov, ki se jim vsako leto v najboljšem primeru pridruži okoli deset do dvajset novih. S tako dinamiko psihoterapevtskega izobraževanja nikdar ne bomo mogli zadovoljiti potreb. Hkrati je pomembno

dejstvo, da večina slovenskih psihoterapevtov ostaja zaposlenih v svojem prvem poklicu (npr. v psihiatriji, socialnem delu) in se le v manjšem delu svojega časa posvečajo psihoterapiji. Dodiplomski in podiplomski študij psihoterapije bi v opisano situacijo prinesel postopen premik na bolje, a še vedno bomo potrebovali nekaj desetletij, preden bomo glede razmerja med številom psihoterapevtov na število prebivalcev dosegli razvite evropske države (Bohak, 2006b).

2. Prispeval bo s svojim *pionirskim poslanstvom*, saj *prvič* v Sloveniji omogoča fakultetni študij psihoterapije *po bolonjskem sistemu*. Študijski programi tako nudijo univerzitetno izobraževanje tistim, ki so si brez predhodne psihoterapevske izobrazbe (npr. takoj po maturi) zastavili ta cilj. Obenem pa dajejo možnost onim, ki so si že prej pridobili neuniverzitetno izobrazbo na področju psihoterapije (npr. izobraževanja v okviru raznih društev, inštitutov), da dokončajo redni ali izredni študij in si tako izboljšajo svoje poklicne možnosti.

3. Prispeval bo k *intenziviranju sodelovanja s tujimi strokovnjaki in k povezovanju razdrobljene slovenske psihoterapevske scene*. Kljub svoji majhnosti je ta podobna številnim vrtičkom, okoli katerih lahko hitro zrastejo visoke ograje. Fakultetni študij psihoterapije je največji projekt v zgodovini slovenske psihoterapije, ki ga je možno uresničiti le s povezovanjem s tujimi strokovnjaki in sodelovanjem in z dialogom večine slovenskih psihoterapevtov, ki smo aktivni v okviru mednarodno priznanih terapevtskih pristopov. Zato je dober test za to, ali smo sposobni stopiti skupaj in še naprej presegati majhne konflikte in rivalstva, kot nam je do zdaj uspevalo v okviru SKZP. Zaenkrat načrtujemo enajst pristopov: psihoanalitična terapija, sistemska psihoterapija, integrativna relacijska psihoterapija, transakcijska analiza, gestaltterapija, relacijska družinska terapija, integrativna terapija (Petzold), logoterapija, realitetna terapija, kognitivno vedenjska terapija, izkustvena družinska terapija (se bodo pa lahko še dodajali glede na razvoj psihoterapije v Sloveniji). To pa hkrati seveda ne pomeni, da bodo ti pristopi izgubili svojo identiteto, ki so jo veliko let gradili v povezovanju z evropskimi združenji t. i. psihoterapevtskih šol. Prav obratno, ker bodo predstavniki različnih psihoterapevtskih pristopov prisiljeni stalno razmejevati med vsebinami, ki so jim skupne in vsebinami, ki so specifične (ker sta dodiplomski in podiplomski program tako zasnovana – na skupni in na specifični del), bodo imeli možnost oboje razvijati na novi ravni medsebojnega dialoga – povezovanja in razmejevanja.

Prav tako kvalitetni fakultetni študij ne bo mogoč brez intenzivnega *sodelovanja med ožjim timom fakultetnih učiteljev in izven fakultetnimi psihoterapevtskimi društvi in inštituti*. Še posebej si je nemogoče predstavljati kvalitetno izpeljavo prakse in učne terapije, ki bosta v veliki meri potekali izven fakultete.

4. Prispeval bo k uveljavljanju priznanih slovenskih psihoterapevtov v akademskem svetu in odprl možnost *akademske kariere* mlajšim, še neuveljavljenim terapevtom. V Sloveniji imamo veliko kvalitetnih strokovnjakov na področju psihoterapije, vendar se večina od teh ne posveča izključno psihoterapiji, niti pri kliničnem niti pri pedagoškem ali raziskovalnem delu. Fakultetni študij psihoterapije bo odprl novo nišo za zaposlovanje in bolj usmerjeno delovanje teh strokovnjakov na kliničnem, pedagoškem in raziskovalnem področju. Hkrati bo odprl možnost akademske kariere mlajšim strokovnjakom, ki že imajo visokošolsko izobrazbo in se usposablja iz psihoterapije izven univerzitetnega prostora v okviru raznih društev in inštitutov ali so tako usposabljanje pred kratkim končali.

5. Prispeval bo k razvijanju boljših možnosti za *kvalitetno prakso*:

- v ustanovah, kjer nudijo razne oblike *psihosocialne pomoči*. Za dosedanje rodove slovenskih psihoterapevtov, ki so se izobraževali po raznih društvi in inštitutih, so bile možnosti za opravljanje take prakse relativno skromne oz. izjemne. Če so bili edukanti dosedanjih psihoterapevtskih izobraževanj zaposleni v takih ustanovah, je bila situacija seveda lažja, vendar pa so praktične izkušnje nabirali samo na svojem delovnem mestu in si niso nabrali dovolj raznolikih izkušenj o številnih oblikah psihosocialne pomoči. Fakultetni status študija psihoterapije bo tudi boljše izhodišče za bolj sistematično ureditev prakse v okviru psihiatričnih

ustanov, ki so bile za študente propedeutike in za edukante psihoterapije iz raznih društev in inštitutov do zdaj relativno nedostopne;

- v okviru *fakultetne svetovalnice* bodo študenti z ramo ob rami z izkušenimi psihoterapevti lahko nabirali praktične izkušnje. Postopno bodo ob prisotnosti učiteljev iz vloge opazovalcev prehajali v vlogo terapevtov pod supervizijo učiteljev, ki jih bodo v živo opazovali pri terapevtskem delu. To bo velika prednost in veliko olajšanje za študente glede na zunaj univerzitetne izobraževalne ustanove, ki nimajo na voljo take ambulante, zaradi česar morajo študenti pogosto dolgo čakati, preden jim inštitut ali društvo lahko zaupa prvega klienta v diagnostiko in obravnavo. Večkrat je bil tudi problem, da so edukanti psihoterapije težko razvijali lastno psihoterapevtsko prakso v matičnih ustanovah zaradi nenaklonjenosti vodstva ali kolegov. Tako so morali svojo dejavnost skrivati. Fakultetni študij psihoterapije bo prispeval k večji legalnosti in legitimnosti praktičnega psihoterapevtskega usposabljanja.

6. Prispeval bo k *uvajljanju in profiliranju poklica psihoterapevt*, saj bo intenziviral potrebo po registraciji tega poklica v Sloveniji in po pravni zakonski ureditvi psihoterapevtske dejavnosti na medresorski način, ne le na področju zdravstva, kjer je do zdaj edino reguliran za zdravnike oz. psihiatre in klinične psihologe. Diplomanti bodo namreč zaposljivi na raznih področjih (podobno kot psihologi), npr. v socialnem varstvu, šolstvu, gospodarstvu, turizmu itn. (glej v nadaljevanju o zaposljivosti psihoterapevtov).

7. Prispeval bo k izdatnemu *skrajšanju in poenostavitvi izobraževanja iz psihoterapije* za tiste, ki se bodo odločili za ta študij takoj po maturi. Prvič bo v Sloveniji možno izobraževanje za psihoterapijo kot prvi poklic. Do zdaj je bilo pri nas namreč možno vključiti se v psihoterapevtsko izobraževanje samo kot v izobraževanje za drugi poklic, potem ko so kandidati dosegli višješolsko ali visokošolsko izobrazbo.

V zvezi s to možnostjo je tudi v Sloveniji največ pomislekov, da bodo namreč diplomanti osebno nezreli, premladi, da ne bodo imeli dovolj izkušenj. Mertens v svojem strokovnem mnenju (glej prilogo) nanje odgovori s tehtnimi protiargumenti: »Dandanes se vedno manj mladih ljudi – kljub velikemu zanimanju – odloča za poklic psihoterapevta. To je po eni strani gotovo povezano z dolgotrajnim časom izobraževanja, po drugi strani pa z visokimi stroški izobraževanja ter v primerjavi s tema dvema dejavnikoma s sorazmerno skromno finančno nagrado, pa tudi s še vedno nezadovoljivim družbenim ugledom tega poklica [...] Skrajšanje celotne dolžine študija, kot ga načrtuje USF, bi lahko delovalo proti pojemajočemu zanimanju za poklic psihoterapevta. Ni ti treba postati 30 ali 35 let star, da opravljaš ta poklic, marveč lahko začneš z njim že v dvajsetih letih. To bi utegnilo privedi do tega, da si posamezen psihoterapevt v času svojega življenja pridobi več kompetenc, morda pa lahko razvije več zanimanja za raziskovanje svoje poklicne dejavnosti, kot se to dandanes dogaja.«

K temu naj dodam še nekaj argumentov:

- za sprejem v fakultetni študij psihoterapije se z vsakim opravi intervju in seminar v mali skupini kandidatov. To je prvo sito, kjer se lahko odkrije osebno neprimerne kandidate;

- drugo in tretje sito poteka s pomočjo t. i. "poročevalnega (reporting) sistema" – v tretjem letniku in na drugi stopnji, ko supervizorji poročajo o študentovem terapevtskem delu s klienti. Če ima študent težave, lahko povečajo obseg tega dela oz. upočasnijo študentovo pot do diplome, dokler ne razvije potrebnih kompetenc. V skrajnem primeru lahko pride tudi do tega, da se študentu predlaga prekinitve študija;

- učna terapija pomaga študentu, da pospeši svoj proces osebnega zorenja;

- bodoči socialni delavci, socialni pedagogi, zdravniki, psihologi, teologi in policisti tudi začnejo s študijem po srednji šoli in poleg tega niti nimajo učne terapije oz. dela na sebi. Če je možno tako odgovorne poklice študirati takoj po srednji šoli, zakaj ne bi bilo mogoče psihoterapije;

- raziskave o učinkovitosti psihoterapije kažejo, da so mladi terapevti v povprečju enako

uspešni in učinkoviti kot izkušeni. Njihove prednosti pred izkušenimi so v veliki motiviranosti in zagnanosti.

8. Prispeval bo k *raziskovanju na področju psihoterapije in k povezovanju raziskovanja in poučevanja s prakso*. Raziskovanje psihoterapije v Sloveniji praktično ni. Izobraževalni programi iz psihoterapije po društvih in inštitutih v Sloveniji ne usposablajo za raziskovalno dejavnost na področju psihoterapije. Njihov glavni kriterij za pridobitev diplome je obvladanje teoretičnih znanj, praktična usposobljenost za terapevtsko delo in učna terapija. V okviru fakultetnega študija psihoterapije pa je velik poudarek tudi na učenju raziskovalne metodologije in na raziskavah v okviru diplomskih nalog tako na prvi kot na drugi stopnji študija. To kvaliteto poudarja tudi Mertens kot eno bistvenih (glej prilogo): »Za razliko od univerz, na katerih prevladuje poučevanje bazičnih predmetov na račun njihove praktične uporabe, in za razliko od zunaj univerzitetnih izobraževalnih inštitutov in društev, v katerih je poleg posredovanja teorije v središču uvajanje v prakso, medtem ko je raziskovanje običajno zapostavljeno zaradi preskromne državne podpore, namerava USF ta področja združiti pod eno streho.«

9. Prispeval bo k nadaljnjemu *interdisciplinarnemu in transdisciplinarnemu razvoju psihoterapije*, kar je v skladu s svetovnimi trendi na področju psihoterapije (integracija različnih psihoterapevtskih pristopov, nastajanje novih transdisciplinarnih teoretskih okvirjev in novih paradigem), saj ponuja raznoliko zasnovan predmetnik in sodelovanje predavateljev različnih disciplinarnih profilov v pedagoškem procesu in sodelovanje z različnimi izobraževalnimi institucijami v Sloveniji in v tujini skladno z bolonjskimi načeli.

10. Prispeval bo v primerjavi s študiji za druge pomagajoče poklice v Sloveniji (npr. medicina, socialno delo, socialna pedagogika) kvalitativno novo obliko praktičnega usposabljanja, t. i. *učno terapijo* (osebna izkušnja oziroma osebnostna rast, delo na sebi), v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži.

11. Prispeval bo z možno *širitvijo študijskih programov na drugi stopnji*. Končan študij prve stopnje bo dobra osnova tudi za druge podiplomske magistrske študije iz psihoterapije, npr. za psihoterapijo otrok in mladostnikov, ki na Dunaju že poteka.

12. S *tkanjem mreže učnih baz za opravljanje prakse* študentov po ustanovah, ki nudijo razne oblike zdravstvene in psihosocialne pomoči, bo prispeval k intenziviranju sodelovanja s široko paleto praktikov na vseh področjih in odpiral nove možne niše za njihovo zaposlovanje. V tkanju mreže učnih baz bo pomembno tudi spodbujanje strokovnega razvoja številnih praktikov, ki kvalitetno in motivirano izvajajo razne oblike psihosocialne pomoči in psihoterapije in ki bodo od fakultete preko raznih ugodnih ponudb za izobraževanje dobili spodbude za nadaljnjo strokovno rast.

13. Prispeval bo k *popularizaciji psihoterapije*, k posredovanju informacij o psihoterapiji zainteresirani javnosti in k zmanjševanju stigme ljudi, ki se obračajo po psihoterapevtsko pomoč.

## Zaposlitvene možnosti diplomantov fakultetnega študija psihoterapije

Večkrat se pojavi vprašanje o možnostih zaposlitve diplomantov druge stopnje, ki bodo po mojem mnenju relativno široke zaradi kombinacije interdisciplinarnega profila, vrste uporabnih znanj in praktičnih veščin. Potencialne zaposlitvene možnosti vidim v socialnem in zdravstvenem varstvu, v šolstvu, zdravstvenem turizmu, na področju rehabilitacije, programov psihosocialne pomoči, paliativne oskrbe, psihosocialnega svetovanja, še posebej na področju hitro rastočih storitvenih dejavnosti, v javnih, zasebnih, neprofitnih organizacijah, v mednarodnih ustanovah (npr. dobrodelne in karitativne organizacije).

V tem okviru želim posebej izpostaviti naslednje:

- Da diplomant druge stopnje po kvantitativnih (kot sem že poudaril zgoraj) in kvalitativnih kriterijih zadošča dogovorjenim *evropskim standardom in normativom za samostojno opravljanje*



*psihoterapevtske dejavnosti*. Kar se pričakovanih kompetenc tiče so zahteve tako visoke, da zadoščajo za samostojno psihoterapevtsko delo. Pametna ureditev bi bila, da bi diplomanti opravili še staž (npr. enoletni) in nato opravili državni izpit. Če bomo v naslednjih letih na državni ravni psihoterapevtsko dejavnost zakonsko regulirali in registrirali poklic psihoterapevt, bi to pomenilo, da bi lahko diplomant kar se izobrazbe in usposobljenosti tiče (morda še z dodatnim letom staža in državnim izpitom), kandidiral za pridobitev licence za samostojno opravljanje psihoterapevtske dejavnosti. Po naši zakonodaji bi licence podeljevala Zbornica psihoterapevtov. Tisto, kar bi v Sloveniji odločilno povečalo možnosti zaposlovanja psihoterapevtov, je prav ta trojna rešitev: zakon, registracija poklica in fakultetni študij psihoterapije. Akreditacija dodiplomskega in podiplomskega programa psihoterapija pa bi lahko predstavljala odločilen premik k tej celostni rešitvi.

- Stanje v *slovenski psihiatriji* pa tudi v *ambulantah splošne medicine* kaže, da se večja število ljudi, ki iščejo pomoč zaradi raznih psihosomatskih težav, stresa in anksiozno depresivnih motenj in ki bi rabili poleg medikamentozne terapije tudi psihoterapevtsko pomoč ali večkrat tudi bolj psihoterapijo kot zdravila. Psihoterapevtska pomoč lahko koristno dopolnjuje medicinsko-psihiatrično zdravljenje in obratno. Zaradi pomanjkanja kvalitetne psihoterapevtske pomoči se večajo čakalne dobe v psihiatričnih ambulantah. Za zaposlovanje psihoterapevtov so zato na tem področju velike možnosti.

- V Sloveniji tudi primanjkujejo *stacionarne oblike psihoterapevtske pomoči* (npr. *psihoterapevtski oddelki*), na kar spet kažejo dolge čakalne dobe za psihoterapevtsko obravnavo na takih oddelkih slovenskih psihiatričnih bolnic. Če pogledamo primer Nemčije, so postale v zadnjih dvajsetih letih zelo popularne tudi t. i. psihosomatske klinike, ki so v glavnem privatne in kjer so prevladujoč profil med zaposlenimi psihoterapevti. Podobno bi se lahko razvijali tudi psihoterapevtski oddelki in klinike pri nas.

- Raziskave so potrdile pomen in mesto psihoterapije v *psihosocialni rehabilitaciji ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami* (npr. psihotične motnje), kjer lahko psihoterapevti učinkovito pomagajo bolnikom in njihovim svojcem tudi po zaključeni psihiatrični hospitalizaciji v okviru različnih nevladnih organizacij, klubov in društev.

- Dokler psihoterapija ni zakonsko regulirana, bo večina psihoterapevtov lahko opravljala psihoterapijo v *privatnem sektorju*. Čeprav v Sloveniji poklic psihoterapevta ni registriran, pa je registrirana psihoterapija v Standardni klasifikaciji dejavnosti pod šifro 85.141 – zdravstvena dejavnost, ki je ne opravlja zdravnik. Tako lahko vsak danes registrira s. p. ali d. o. o. pod to šifro. To ima slabo stran, saj ni nobenega nadzora nad tem, kdo se razglašča za psihoterapevta in je veliko prostora tudi za šarlatane. Ima pa tudi dobro stran, saj se bodo lahko diplomanti druge stopnje odločali za tako obliko zaposlovanja in bodo za to tudi primerno usposobljeni. Take privatne oblike psihoterapevtske dejavnosti bodo seveda na začetku v glavnem samoplačniške, saj izkušnje razvitih evropskih dežel kažejo, da je pot do koncesij za psihoterapevtsko dejavnost relativno dolga (v Avstriji je npr. trajalo deset let po sprejetju zakona, da so zavarovalnice začele sklepati pogodbe z regionalnimi psihoterapevtskimi združenji). Zaenkrat je pri nas s strani zavarovalnice plačana (sicer slabo v primerjavi z drugimi psihiatričnimi in klinično psihološkimi storitvami) psihoterapija samo v zdravstvu, če jo opravljajo psihiatri ali klinični psihologi.

- Situacija v razvitih evropskih deželah kaže, da se le 10 % psihoterapije dogaja v okviru zdravstva, pretežni del pa na drugih področjih, kar potrjuje smiselnost strateške usmeritve študija na drugi stopnji, ki bo omogočal kvalitetno izobraževanje za diplomante, ki se bodo zaposlovali pretežno *zunaj zdravstvene dejavnosti*, saj so tam največje zaposlitvene možnosti.

- Na *centrih za socialno delo* in v *socialnem varstvu* se je pokazalo, da se psihoterapevtska pomoč lahko dobro povezuje s socialnim delom. Tudi tu je možno področje zaposlovanja diplomantov druge stopnje, čeprav je trenutna strategija razvoja socialnega varstva v javnem sektorju temu nenaklonjena.

- Na *Svetovalnih centrih za otroke, mladostnike in starše*, na *Kriznih centrih za mlade*, v *stanovanjskih skupinah* za mladostnike so prav tako zaželeni strokovnjaki s psihoterapevtskimi znanji.

- V mnogih evropskih državah se psihoterapevti zaposlujejo v *neprofitnem sektorju*. V Nemčiji je npr. izredno dobro razvita mreža psihoterapevtskih centrov in svetovalnic Karitasa za posameznike, skupine in družine.

- Psihoterapevti so zelo uspešni tudi v *preventivnih programih*, npr. sistemski pristop za preprečevanje nasilja na šolah, programi za preprečevanje stresa in izgorelosti.

- Psihoterapevti se bodo lahko zaposlovali tudi v *delovnih organizacijah*, kjer gre za visoko stopnjo obremenjenosti in stresa in bi lahko nudili psihoterapevtsko pomoč še preden bi se razvila duševna ali psihosomska motnja.

- V Sloveniji ima psihoterapija že dolgo tradicijo (več kot trideset let) na področju *zdravljenja alkoholizma*, v zadnjih letih pa tudi na področju *zdravljenja odvisnosti od drog*. Psihoterapevti so nujni v stacionarnih in ambulantnih programih, saj lahko pomagajo individualno, skupinam in družinam.

- V okviru gibanj za izboljšanje kvalitete življenja se je psihoterapija uveljavila tudi kot sredstvo oz. medij za *spodbujanje osebnostne rasti* ne le kot način zdravljenja. V razvitih deželah je veliko privatnih psihoterapevtov, ki nudijo razne oblike seminarjev za izboljšanje kvalitete življenja. Lahko pa se psihoterapevti zaposlujejo tudi v okviru *zdravstvenega turizma* (npr. v zdraviliščih, antistresni programi).

- Velike možnosti zaposlovanja so na področju *psihoterapije parov, zakonskih konfliktov, mediacije, spolnih motenj* in na področju *družinske terapije*.

- V *programih rehabilitacije kroničnih telesnih bolezni* (npr. na centrih za pomoč sladkornim bolnikom, bolnikom z multiplo sklerozo, epilepsijo, po srčnem infarktu itn.) imajo psihoterapevti prav tako lahko pomembno vlogo in možnosti zaposlovanja.

- So pa še druga področja, na katerih so psihoterapevti prav tako aktivni in se lahko zaposlujejo. V zadnjih dvajsetih letih je izredno v porastu potreba po *superviziji* za ljudi v pomagajočih poklicih in mnogi psihoterapevti so dejavni kot supervizorji. Drugi dajejo na voljo svoje znanje in spretnosti ljudem v svetovalnih situacijah najrazličnejših vrst (npr. svetovanje v menedžmentu, svetovanje po svetovnem spletu), vedno pogosteje pa tudi kličejo psihoterapevte, da pomagajo oskrbeti *akutne travme ljudi, neposredno po katastrofah* (npr. po letalskih nesrečah).

Velik interes, ki ga je fakultetni študij psihoterapije vzbudil v Sloveniji, kaže, da gre za perspektiven projekt, ki je kljub nekaterim odporom pozitivno nagovoril številne in bo pomagal tudi utirati nove možnosti zaposlovanja psihoterapevtov.

## Epilog – slovenska psihoterapija na prelomnici

Slovenska psihoterapija, ki se povezuje s sodobnimi evropskimi in svetovnimi tokovi, se danes nahaja na pomembni prelomnici (Možina, 2006): vedno bolj se namreč uveljavlja kot samostojna znanstvena disciplina in kot samostojen poklic. Na družbeni ravni gre za zahteven prehod od marginalne v avtonomno družbeno dejavnost, ki nujno zahteva tudi sodoben zakon o psihoterapevtski dejavnosti in fakultetni študij po bolonjski shemi. Ni več daleč čas, ko se bo v paleti t. i. pomagajočih poklicev tudi v Sloveniji (kot se je to že zgodilo po nekaterih evropskih državah) psihoterapevt postavil ob bok poklicem, kot so psiholog, zdravnik oz. psihiater, socialni delavec, socialni in specialni pedagog, delovni terapevt idr. Po drugi strani se z uvajanjem fakultetnega študija psihoterapije v Sloveniji napoveduje svež veter v vrstah slovenskih psihoterapevtov, saj se bo povečal podmladek. Hkrati pomeni ta študij spodbudo za razvoj psihoterapevtske znanosti in bolj odločen vstop psihoterapije v akademski svet. Vse te spremembe slovenske psihoterapije so povezane z dogajanjem v evropskem prostoru, še posebej v državah evropske unije, kjer v Bruslju v okviru platform za organiziranje novih poklicev,

potekajo tudi aktivnosti za reguliranje poklica psihoterapevt v državah EU. □

#### Opomba

<sup>1</sup> Prof. dr. Wolfgang Mertens, profesor psihologije na Inštitutu za psihologijo Univerze v Münchnu, je eden najbolj znanih nemških psihoanalitikov. Napisal je več knjig iz področja psihoanalize, tudi nekaj temeljnih, ki so v Nemčiji popularni kot učbeniki: *Metafore in spoznavne metode: Uvod v psihoanalitično spoznavno teorijo*, *Razvoj psihoseksualnosti in identiteta spola*, *Psihoanaliza: zgodovina in metode*, *Poklic psihoanalitika*, *Kompendij psihoanalize*, *Psihoanaliza in nevroznanosť v dialogu*, *Sanje in interpretacija sanj*, *Leksikon psihoanalitičnih izrazov*. Hkrati je znan tudi kot raziskovalec na področju psihoterapije: npr. *prospektivne dolgotrajne študije o procesu in izidu globinsko psiholoških in psihoanalitičnih terapij* idr.

Fotografije prispevala Irena Poštrak

## Literatura

Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9), 7–14.

Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4, 38–40.

Gostečnik, C. (2002). *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.

Gostečnik, C. (2004). *Relacijska družinska terapija*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski inštitut.

Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42 (9), 15–29.

Prof. dr. Wolfgang Mertens, 31. maja 2005

**Priloga****Izvedeniško mnenje o prošnji za akreditacijo zasebne Univerze Sigmunda Freuda, Fakultetni program za psihoterapijo, Dunaj**

Izvedeniško mnenje temelji na prošnji za akreditacijo Univerze Sigmunda Freuda (USF), Dunaj, iz dne 3. novembra 2004 ... in zavzema stališče do sledečih točk:

1. Izjava o poslanstvu, širini in inovacijskem potencialu
2. Kvaliteta poučevanja
3. Kvaliteta raziskovanja

**Izjava o poslanstvu, širini, inovacijskem potencialu itn.***Inovacijski potencial:*

USF nedvomno kaže inovacijski potencial z ozirom na svoj cilj – povezati raziskovanje in poučevanje s prakso. Za razliko od univerz, na katerih prevladuje poučevanje bazičnih predmetov na račun njihove praktične uporabe, in za razliko od zunaj univerzitetnih izobraževalnih inštitutov, v katerih je poleg posredovanja teorije v središču uvajanje v prakso, medtem ko je raziskovanje običajno zapostavljeno zaradi preskromne državne podpore, namerava USF ta področja združiti pod eno streho. To predpostavlja dobro premišljeno izbiro učnega osebja in med seboj dobro usklajeno kurikularno načrtovanje raziskovanja, poučevanja in prakse. Financiranje načrta se zdi spričo relativno visokih šolnin dokaj realistično. Dosedanji »poskusni tek« kaže, da zainteresirani študentje sprejemajo visoko šolnino, tako da s finančne strani ta cilj nima ovir.

Nadalje je inovativno, da že od začetka načrtujejo stik s pacienti. To omogoča univerzitetna ambulanta. Nasproti zunaj univerzitetnim izobraževalnim ustanovam, ki (v Avstriji) nimajo na voljo ambulante, zaradi česar morajo študenti pogosto dolgo čakati, preden jim inštitut lahko poveri prvega pacienta v diagnostiko in obravnavo, predstavlja ustanova USF v tem oziru veliko olajšanje za študente.

Inovativno je tudi množstvo psihoterapevtskih metod, izobraževanje za raziskovanje in zaključek študija v mlajši starosti.

*Širina:*

Glede vsebinske širine študija psihoterapije lahko rečem, da naj bi bila po klasičnem pojmovanju odnosa med bazičnimi in uporabnimi predmeti psihoterapija le uporaba osnovnih predmetov, kot so psihologija motivacije in emocij, razvojna psihologija, socialna psihologija, klinična psihologija, kognitivne znanosti, nevrobiologija, psihopatologija, itd. in naj ne bi kazala prave širine.

Vendar pa se danes vedno bolj uveljavlja stališče, da psihoterapevtska znanost ni le deduktivna uporaba zakonitosti bazičnih predmetov, marveč proizvaja s svojimi metodami tudi od teh predmetov neodvisna spoznanja (ki naj bi sicer bila kompatibilna z njimi). Takšno pojmovanje ustvarja drugačno izhodišče za umestitev področja psihoterapije, ki pridobi s tem neprimerno večjo kompleksnost. Medtem ko potekajo raziskovanja bazičnih predmetov praviloma v poenostavljenih laboratorijskih pogojih, pa ima psihoterapevtska znanost opravka s predmetom, ki ne kaže le »temeljne kompleksnosti«, marveč je tudi v veliki meri odvisen od konteksta in je procesnega značaja, zato ga je treba konceptualizirati dinamično in ne linearno. To zahteva načelno nove metode, ne le eksperiment ali opazovanje v kontroliranih pogojih, marveč tudi metode introspektivnega in reflektivnega opazovanja in analizo intersubjektivnega

in interaktivnega pogovora med psihoterapevtom in njegovim pacientom/klientom glede na zavestne in nezavedne, jezikovne in nejezikovne, simbolične in subsimbolične elemente.

Toda psihoterapevtska znanost je v programu fakultetnega študija na začetku le v enem predmetu, kar se zdi na prvi pogled preozko za konstituiranje fakultete za psihoterapijo. Ta ugovor lahko ovržemo z argumentom, da moramo predmet psihoterapije sicer pojmovati v njegovi metodični in konceptualni samostojnosti, da pa se zato nič manj ne poslužuje spoznanj psihologije, medicine in kulturoloških znanosti oz. da mora te sklope znanj neprestano upoštevati glede na njihova najnovejša dognanja.

Širina predmeta pa se oblikuje tudi iz različnih kulturnih, nacionalno in filozofsko zgodovinsko pogojenih šol ali modelnih predstav in njim pripadajočim metodologijam in metodam, kot so na primer ameriška vedenjska terapija in kognitivna terapija, kontinentalno evropska psihoterapija in psihoanaliza; znotraj psihoanalize pa spet bolj iz ameriškega pragmatizma izvirajoča interpersonalna (relacijska) psihoanaliza, bolj anglosaška teorija objektivnih odnosov ali pa bolj v »tragičnem« utemeljena klasična psihoanaliza itd. Razlik med njimi ne moremo negirati in jih spraviti pod isto streho, kot je to storil Graweja.

Vendar pa to ne izključuje – in to je tudi prednostni cilj Zasebne USF – da ne bi mogli sine ira et studio študirati in empirično raziskovati različnih podob o človeku, filozofskih predpostavk, metodoloških in vsebinskih paradigem. Širina načrtovanih modulov in izbirnih predmetov predstavlja dobro izhodišče za poglobljanje. V okviru magistrskega študija so predvideni tile izbirni obvezni predmeti: analiza eksistence, integrativna gestaltterapija, individualna psihologija, psihoanaliza/psihoanalitična terapija, na osebo osredotočena psihoterapija, sistemska družinska terapija, vedenjska terapija. Če bo uspelo kooperativno raziskovanje psihoterapevtskih znanj za ravnanje, brez znanih preprirov med »šolami«, bi s tem pridobili nadaljnji inovativni potencial te načrtovane ustanove. To pa seveda predpostavlja dobrohoten in novega učenja sposoben učni kader, ki bo sposoben neprestane refleksije in konstruktivnega razreševanja skupinsko dinamskih razlik. Dejstvo, da je jedrno učno osebje pridobilo že mnoge izkušnje o tem problemskem področju v drugih institucijah in da so tudi preostali docenti dejavni na drugih področjih in v drugih ustanovah, bo pripomoglo k doseganju tega cilja. Poleg tega so skoraj vsi nosilci vloge za akreditacijo zbirali izkušnje v interdisciplinarnih projektih.

Možna je tudi širitev študijskega programa. Izhajajoč iz središča psihoterapevtske znanosti so možni nadaljnji podiplomski magistrski študiji, npr. globinsko psihološka terapija otrok in mladostnikov ali nevropsihološko usmerjeno kognitivno pospeševanje razvoja.

Na ugovor, da predstavlja USF razmeroma majhna skupina, ki jo pri poučevanju in raziskovanju sicer podpira 70 do 80 zunanjih učiteljev, a mora nositi večji del administrativnih dejavnosti, ki jih spričo velikosti načrtovane ustanove in številnih aktivnosti z drugimi institucijami ne bo malo, prosilci realistično odgovarjajo. Jedrni tim, odgovoren za študijski program bakalavreata in magisterija (prof. dr. Giseler Guttmann, univ. doc. Gerhard Benetka, dr. Brigitte Sindelar, prof. dr. Michael Buchholz, univ. doc. dr. Johannes Reichmayr, dr. Jutta Fiegl in vodja ambulante častni profesor dr. Alfred Pritz) realistično ocenjuje obremenitve in čas administrativnih zahtev. Nadalje smo opozorili na to, da zahteva znaten inovacijski potencial več refleksije in sodelovanja vseh udeležencev, ne nazadnje zato, ker mnogi zunanji opazovalci pozorno in kritično spremljajo dejavnosti USF.

#### *Poklicna podoba, zaposljivost diplomantov:*

USF ima jasno poklicno podobo in vizijo zaposljivosti: z bakalavreatom je po eni strani možno pridobiti osnove za nadaljnji magistrski študij, po drugi strani pa je mogoče zaključiti študij za psihosocialno svetovanje (pri čemer lahko prejmeš z nadaljnjim študijem enega semestra poklicni naslov »diplomiran življenjski svetovalec«). V magistrskem študiju pa dobi študent po desetih semestrih možnost, da dela kot psihoterapevt – po ustreznem priznanju s strani

ministrstva in po izpolnjenem 27. letu starosti.

Delitev v bakalavreat in magisterij ustreza mednarodnim standardom univerzitetnega študija, sledi bolonjskem sistemu in konceptu univerze v Bochumu, Porurje. S skrajšanjem izobraževanja se na splošno lahko strinjamo.

### *Predpostavke za pridobitev naslova psihoterapevt*

Dvomi nastopijo, ko primerjamo program z nemškimi in s švicarskimi razmerami glede na pridobitev naziva psihoterapevt: v navedenih deželah mora kandidat najprej končati osnovni študij medicine ali psihologije; šele nato se lahko loti študija psihoterapije. Čas izobraževanja traja praviloma 10 do 12 let. Ali ni potem psihoterapevska kompetenca na osnovi širše in intenzivnejše izobrazbe, večjih življenjskih izkušenj in praviloma daljše lastne terapevske izkušnje znatno večja? In ali se zunaj univerzitetni izobraževalni inštituti v Avstriji upravičeno ne bojijo poplitvenja psihoterapevskega izobraževanja?

Proti tem, na prvi pogled upravičenim pomislekom lahko v prid konceptu USF navedemo tele argumente: Oba osnovna študija ne zagotavljata avtomatično boljše kvalifikacije za študij psihoterapije. Mnogi celo menijo, da ta dva študija s svojo naravoslovno objektivistično metodiko prej deformirata empatične, refleksivne in introspektivne kompetence in morajo študenti psihoterapije znova razviti sposobnosti razumevanja, ki presegajo zavestni in vsakdanji pomen lastnih psihičnih vsebin in medosebnih odnosov – kar je zlasti pomembno za psihoanalitično globinsko hermenevtiko. Še pomembnejša od teh argumentov pa je okoliščina, da se dandanes vedno manj mladih ljudi – kljub velikemu zanimanju – odloča za poklic psihoterapevta. To je po eni strani gotovo povezano z dolgotrajnim časom izobraževanja, po drugi strani pa z visokimi stroški izobraževanja ter v primeri s tema dvema dejavnikoma s sorazmerno skromno finančno nagrado, pa tudi s še vedno nezadovoljivim družbenim ugledom tega poklica.

Nadalje je nesmisel – in tu mislim na nemške razmere – da se v drugem delu študija psihologije pridobljena psihološka znanja iz klinične psihologije (podobno velja za medicino) ne upoštevajo pri nadaljnjih študijskih vsebinah psihoterapevskega izobraževanja in jih je treba pretežno iz poklicnih in družbenih razlogov dvakrat absolvirati.

Skrajšanje celotne dolžine študija, kot ga načrtuje USF, bi lahko delovalo proti pojemajočemu zanimanju za poklic psihoterapevta. Ni ti treba postati 30 ali 35 let star, da opravljaš ta poklic, marveč lahko začneš z njim že v dvajsetih letih. To bi utegnilo privedi do tega, da si posamezen psihoterapevt v času svojega življenja pridobi več kompetenc, morda pa lahko razvije več zanimanja za raziskovanje svoje poklicne dejavnosti, kot se to dandanes dogaja.

### *Tekmovanje z zunaj univerzitetnimi izobraževalnimi inštituti*

Intenzivno smo razpravljali tudi o možnosti, da bi ustanovitev USF z zapeljivo ponudbo krajše poti do naziva psihoterapevta utegnili spodkopati angažirana prizadevanja zunaj univerzitetnih inštitutov. To bi lahko imelo škodljive posledice za te inštitute, ki si v ne vedno preprostih družbenih razmerah prizadevajo za prenašanje poklicnih znanj mlajšim kolegom.

Opozorilo s strani USF, da so ti zunaj univerzitetni inštituti preveč »šolski«, v svojih programih premalo napredni in zaradi pomanjkljive preglednosti vzbujajo strah, ni mogoče povsem oporekati, prav tako pa ne smemo spregledati angažiranega prizadevanja tistih inštitutov, ki jim ni v ospredju komercialni interes. Kljub načelnim možnostim prihodnjega sodelovanja z zunaj univerzitetnimi psihoterapevtskimi inštituti pa vidim v tem tudi priložnost za poživljajočo tekmovalnost: privatni avstrijski inštituti bi bili z ustanovitvijo USF prisiljeni, da preučijo svoje učne vsebine in metode, da se v večji meri odločajo za raziskovalne projekte, da razvijejo nove povezovalne strukture in se v smislu Kernbergovih prizadevanj institucionalno in organizacijsko posodablajo itd.

Navsezadnje pa ne morem v celoti razrešiti pomislekov do razmeroma kratkega časa izobraževanja v magistrskem programu za zahteven poklic. Kljub temu se mi zdi pozitivno prizadevanje, da zanimanje za poklic psihoterapevta znova prebudijo tudi s tem, da čas izobraževanja (v primerjavi z Nemčijo in Švico) skrajšajo in omogočijo zgodnejši vstop v poklic. Ta mikavnost bo pripomogla k temu, da bodo kandidati lažje prenesli visoke šolnine. Z ohranjanjem minimalnih standardov, predpisanih v zakonu, pa se nikjer ne ponuja nekaj, česar ne bi bilo mogoče izpolniti. Pozitivna v primeri z zunaj univerzitetnimi izobraževalnimi inštituti je predvidena povezanost prakse z istočasnim raziskovanjem. Nemčija in Švica sta edini deželi v Evropi, v katerih sta medicina ali psihologija vstopni pogoj; pa tudi v Nemčiji so že prizadevanja, da bi čas psihoterapevskega izobraževanja skrajšali. Poleg tega je absolventom USF dano na voljo, da si do svojega 28. leta starosti pridobijo še nadaljnjo kvalifikacijo na zunaj univerzitetnih inštitutih.

Ta ocena postavlja v drugo luč številna stališča s strani univerz in zunaj univerzitetnih inštitutov.

### *Že vzpostavljeno sodelovanje*

Ne glede na cehovske in poklicno politične prepire pa lahko USF pokaže, da je že vzpostavila sodelovanje z Glavno zvezo nosilcev avstrijskega socialnega zavarovanja kakor tudi nadaljnje dogovore z izvajalci zdravstvenih storitev, npr. z Dunajskim združenjem za psihoterapevtsko oskrbo, z Deželno psihiatrično kliniko Sigmunda Freuda v Gradcu in s Spodnje avstrijskim združenjem psihoterapevtskih ustanov. Cilj tega sodelovanja je med drugim tudi posredovanje rezultatov raziskovanja v korist zdravstva, zlasti glede na prihranke zdravstvenega sistema, ki so možni z ustrezno in pravočasno psihoterapevtsko oskrbo.

Poleg tega se je USF že dogovorila za raziskovalne projekte na univerzitetni ravni (npr. z univerzo v Sheffieldu, s profesorjem Kapfhammerjem v Gradcu, s profesorjem Bänninger-Huberjem v Innsbrucku, z banko raziskovalnih podatkov v Ulmu (Mergenthaler/Kächele) kakor tudi z nekaterimi zunaj univerzitetnimi izobraževalnimi ustanovami, ki so prav tako zainteresirane za sodelovanje.

### *Poimenovanje*

Ali je upravičeno, da se ime Sigmunda Freuda uporabi za Privatno univerzo Sigmunda Freuda? Bi ne bilo mnogo manj poklicno političnega razburjanja, če se načrtovana ustanova ne bi oglaševala z imenom ustanovitelja psihoanalize? Se z ugledom imena snubi za nekaj, kar lahko izobraževanje le približno izpolni, saj predstavlja globinsko psihološka oz. psihoanalitična smer le eno izmed izbirnih možnosti študija? Kritike, zakaj se raje ne imenuje Zasebna univerza Lesterja Luborskega ali Hansa Struppa (oba sta znana ameriška raziskovalca psihoterapije), po eni strani zavračajo, da bi lahko bilo veliko število ustanov z imenom Sigmunda Freuda, ob katerih se ne bi nihče spotikal, po drugi strani pa, da se Zasebna univerza Sigmunda Freuda s svojo refleksivno zahtevnostjo dejansko čuti zavezana ustanovitelju globinsko psiholoških šol.

Prosilec se zavezuje, da bodo v primeru akreditacije v vsakem primeru od prvega zimskega semestra predavanja iz obveznega izbirnega predmeta psihoanaliza/psihoanalitična terapija. V ta namen pripravljen kurikulum upošteva Smernice psihoanalitičnih strokovnih združenj. Poleg tega bodo poučevali ustrezne aplikacije psihoanalize (kot npr. analiza otrok, psihoanalitično delo z mladostniki, psihoanalitična skupinska terapija).

V skladu s poimenovanjem zasebne univerze bo psihoanaliza pojmovana kot vir in izvor (*fons et origo*) vseh naslednjih psihoterapevtskih metod in bo imela ustrezno mesto v splošnem študijskem delovanju.

## Kvaliteta poučevanja

Primerljivost z učnimi vsebinami univerzitetnega študija

Na ugovor, da so predmeti po starem pojmovanju vstopnih študijev (psihologija, medicina) v učnem načrtu USF nezadostno zastopani, odgovarjajo, da si bodo študenti v prvih štirih semestrih pridobili določene osnove, priznavajo pa, da je zlasti medicinskih vsebin relativno malo. Kljub temu pa bodo študenti dobili osnovna znanja iz psihopatologije na psihiatriji – tudi z udeležbo na ambulantnih konferencah – iz nevro psihologije in nevrobiologije v zadostni meri.

### *Postopek selekcije*

Izražena je bila skrb, da bi mešanje privatno ekonomskih interesov s problemi ugotavljanja primernosti lahko imelo za posledico nezadostno skrb pri odločitvah o selekciji kandidatov. Zato so izvedenci predlagali, da bi za zagotavljanje zadostne objektivnosti glede ugotavljanja primernosti absolventov psihoanalitičnega izbirnega obveznega predmeta pritegnili učne analitike in supervizorje priznanih psihoanalitičnih inštitutov. Na to so po eni strani odvrnili, da mora obdržati USF suverenost izobraževanja, strinjali pa so se s priporočilom, da naj bi večina učnih analitikov in supervizorjev izvirala od zunaj, kar bi olajšalo kasnejše vključevanje v psihoanalitična združenja. Dosegli smo konsenz, da bosta sodelovali obe strani.

Kljub temu se je izvedencem zdelo, da ni dovolj poskrbljeno, da bi neprimeren študent pravočasno zvedel, da ni primeren za poklic psihoanalitičnega psihoterapevta. Bo povezava komercialnih interesov z odgovornostjo za dovolj dobro oceno primernosti premočna in bo prihajalo do neustrezne selekcije? Da bi odgovorno ravnala s to možno dilemo, se USF zavezuje k tej dopolnitvi:

»Supervizor poda na koncu vsakega semestra mentorju poročilo o študentovem napredku. V poročilu naj bo posebej omenjeno, ali so kakšna znamenja, ki ogrožajo uspešno obvladovanje izbirnega obveznega predmeta psihoanaliza/psihoanalitična terapija. To bi naj pomagalo, da bo študent lahko čim prej spoznal svojo morebitno neprimernost. Supervizorjevo poročilo se študentu pregledno predstavi.

Za učne analitike in supervizorje se pritegne učne analitike in supervizorje psihoanalitičnih strokovnih združenj.«

Ta dopolnila pa po mnenju izvedenca ne veljajo le za izbirni obvezni predmet Psihoanaliza/psihoanalitična terapija, marveč prav tako za druge izbirne obvezne predmete. Le tako bo USF upravičila svojo odgovornost izobraževanja študentov v zahteven poklic ter v naprej preprečila očitek, da postavlja v ospredje komercialne interese. S sodelovanjem z učnimi analitiki in supervizorji psihoanalitičnih strokovnih združenj ne bo zagotovljena le kontrola kvalitete, marveč se bo USF s tem odprla do zunaj univerzitetnih inštitutov, ki se bodo potem lažje odločali za sodelovanje, kar bi bilo zaželeno iz različnih razlogov.

### *Kurikularne psihoanalitične vsebine:*

Na predlog izvedencev se USF obveže, da bo dodala tale dopolnila k študijskemu načrtu Psihoanaliza/psihoanalitične terapije: »600 ur praktičnega dela s klienti mora vsebovati: dve analizi (najmanj tri ure na teden) v času 250 seans. Te analize je treba gosto supervidirati.«

## Kvaliteta raziskovanja

### *Inovativen raziskovalni potencial*

Izvirno in tradicionalno empirično raziskovanje psihoterapije, kot je zastavljeno v raziskovalnih načrtih, zlasti prof. Buchholza, moramo posebej pohvaliti. Enako pozitivno ocenjujemo stike z mednarodno uglednimi raziskovalci psihoterapije, kot sta prof. Eva Bänninger in prof. Horst Kächele. Organizacijski talent gospoda dr. Pritza, ki ga je že pokazal pri organizaciji treh



svetovnih kongresov in pet projektov EU, se je izkazal tudi pri pridobivanju denarnih sredstev. Prav tako zasluži priznanje izkušnje raziskovalnih projektov gospodov Benetka, Buchholza in Guttmana.

Pri ogromni količini transkripcij protokolov seans za raziskovanje psihoterapevtskega procesa bodo pomagali študenti, ki se bodo zavezali za transkripcijo določenega števila ur terapije. To se nam izvedencem zdi realistično.

## Sklepna ocena

Moji začetni pomisleki so bili med pogovori in naknadnih »izboljšavah« v veliki meri – čeprav ne povsem – razrešeni. Brez dvoma gre za znaten inovacijski potencial, širina študija psihoterapije je zagotovljena, za poklic, za katerega izobražuje USF, je veliko povpraševanje. Na osnovi avstrijskega zakona o psihoterapiji je skrajšanje izobraževanja možno; skrajšanje študija v drugih deželah bi lahko načelno tudi pozdravili. Zato bi utegnila USF spodbuditi nujno modernizacijo zunaj univerzitetnih inštitutov in bi pripomogla k zgostitvi psihoterapevtskega izobraževanja.

Poimenovanje lahko sprejmemo z naknadno izboljšavo, da bodo v vsakem študijskem letu ponudili izbirni obvezni predmet psihoanaliza/psihoanalitična terapija. Finančni načrt je v glavnem realističen, zainteresirani očitno sprejemajo relativno visoke stroške izobraževanja. Študijski načrti ustrezajo strokovnim in formalnim zahtevam – in če odmislimo posebne razmere v Nemčiji in v Švici tudi mednarodnim standardom.

Načrtovana študijska ponudba, še posebno ker bo v naslednjih letih tekla vzporedno z raziskovalnimi projekti (tudi zahtevno kvalitativno raziskovanje), daje soliden vtis. Raziskovalni načrti so uresničljivi, če začetni angažma vseh sodelujočih ne bo znatno popustil. Povezanost z drugimi ustanovami je dobra, izkušenj v pridobivanju sredstev s tretje strani je dovolj. Učiteljski kolektiv jedrnega tima pokriva vsaj 50 % vseh poučevanih vsebin in sestoji iz izkušenih, angažiranih oseb, naklonjenih reformam. Prosilci se zavedajo, da je treba zagotoviti neodvisnost in nevtralnost selekcijskih odločitev učiteljev USF, ki opravljajo tudi supervizijske naloge, delno tudi z zunanjimi strokovnjaki; zagotovljeno je tudi sodelovanje z zunaj univerzitetnimi ustanovami.

Prostori na Schnirchgasse so za pouk zelo primerni; njihovo velikost in površino bodo lahko, če bo treba, še povečali.

Na osnovi svoje ocene priporočam Avstrijskemu svetu za akreditacijo, da ugodí prošnji Zasebne univerze Sigmunda Freuda Dunaj za akreditacijo. □

Prevedel Janko Bohak



Janko BOHAK

## ***Dolga pot do akreditacije Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani***

Poznate Jančarjev roman *To noč sem jo videl?* V njem mojstrsko opisuje usodo glavne junakinje pred in med drugo svetovno vojno, ki jo nazadnje tudi pogoltno. Pravzaprav je ne opisuje on kot avtor, ampak jo slika iz zornega kota in doživljanja štirih (ali celo petih oseb), vpletenih v dogajanje. Njegovo mojstrstvo je v tem, kako se zmore vživeti v doživljanje in zorni kot dogodkov, v katere je vpletena in v katerih išče svojo srečo glavna junakinja.

Tega romana sem se spomnil, ko sem se pripravljaj na pisanje tega zapisa, in ob tem pomislil: Saj to bo vendar samo moj zorni kot videnja te dolge poti! Kako bi bilo, če bi se s kratkim zapisom na to temo odzvali še po en študent vsake generacije, pa še kdo od učiteljev, predstavnica študentskega referata, pa Alfred in Miran? Gotovo bi bili zapisi zelo različni, in morda bi kdo od bralcev celo podvomil, da opisujemo isto zgodbo.

Zgodba, kakor jo bom predstavil jaz, se je začela 28. oktobra 2005 na rektoratu Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju (SFU). Pravzaprav se je začela že nekaj let prej, ko smo razmišljali, kako bi triletnemu študiju propedeutike pri Slovenski krovni zvezi za psihoterapijo (SKZP) dali status, ki si ga glede na kvaliteto študija zasluži, tako da bi jo vzela pod streho neka akademska študijska ustanova. Med tem časom je začel Alfred Pritz s sodelavci ustanavljati prvo univerzo za psihoterapijo – ne samo v Avstriji, ampak na svetu. V neformalnem pogovoru o tem, kako priprave napredujejo, smo mu omenili našo željo po umestitvi naše propedeutike v akademski okvir. Dal nam je upanje, da bomo zadevo rešili takoj, ko bo uspela akreditacija Univerze Sigmunda Freuda. Ko so predavanja na univerzi potekala že drugo leto, so bili izpolnjeni vsi pogoji za akreditacijsko vlogo. A prav na letnem simpoziju Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) leta 2004 v Beogradu ga je zadela novica, da je akreditacija zavrnjena. Svojo prizadetost je izrazil, ko sva si po naključju nalagala na krožnik iz istih posod samopostrežne restavracije: »Veš, da so me pokosili!« A Alfred bi ne bil Alfred, če bi se predal. V pritožbi je utemeljeno zahteval obnovev postopka z drugimi, psihoterapevtsko bolj izvedenimi ocenjevalci – in uspel. Maja 2005 je Avstrijski akreditacijski svet akreditiral Univerzo Sigmunda Freuda na Dunaju. Zgodba, ki se je osem let kasneje ponovila v Ljubljani.

In nekaj mesecev kasneje je prišel 28. oktober 2005. Ker sva z Alfredom nekaj zadev glede priznanja dorekla že pred tem, sem se z nemškimi prevodi naše propedeutike napotil sam na Dunaj. Presenetilo me je, da me ni pričakal Alfred sam, ampak skupaj s Heinzem Laubreuterjem, ki je njegova desna roka. Po pregledu in nekaterih vprašanjih o našem programu in možnostih njegovega priznanja je sledilo vprašanje, ob katerem mi je zastal dih: »In kako bi bilo, če bi vam ponudili celoten program našega študija?« Da toliko zaupata slovenskim psihoterapevtom, ali prav slišim?! Ko sem prišel k sebi in smo se pogovarjali dalje, smo se tudi strinjali, da moram

najprej preveriti pripravljenost slovenskih psihoterapevtov, ali sprejmejo izziv in se lotijo zahtevnega in odgovornega zalogaja. Ko sem prinesel domov nezaslišano novico, so jo tudi kolegi doživeli kot veliko priznanje in odgovornost do ponujenega izziva, a zanj se seveda lahko odločimo po temeljitem pogovoru glede podrobnosti realizacije. In tako se je zgodilo, da smo čez nekaj tednov potovali na pogovor predstavniki skoraj vseh pristopov znotraj SKZP kar s tremi osebnimi avtomobili.

Možnost, da bodo naši študenti propedeutike tudi študenti SFU, je bila v SKZP sprejeta z velikim odobravanjem. Manj navdušujoča je bila misel, da bi bilo smiselno, da posamezni pristopi prenesejo svoje izobraževanje v nov okvir s skupnim programom, razen praktičnega dela na specialistični stopnji. Tu so vzkalile prve bojazni glede izgube avtonomije izobraževanja, morda pa tudi glede delne izgube dohodkov društev in inštitutov, v katerih so potekala izobraževanja iz psihoterapije. Do naslednje jeseni 2007 so se te bojazni tako razbohotile, da se je le nekaj pristopov odločilo za popolno sodelovanje z novonastalim organizacijskim okvirjem, nekaj jih je sklenilo sodelovati s posebno pogodbo. Kljub vsem nedorečenostim se je v prvi letnik fakultetnega študija psihoterapije oktobra 2006 vpisalo šestinsedemdeset študentov.

Da mora izobraževanje potekati v Ljubljani, je bil samoumeven konsenz. Kdo naj ga vodi? Na Dunaju so sicer želeli, da ga vsaj nekaj let vodim jaz (ker sva se z Alfredom poznala od leta 1992), a čutil sem, da jim v tem ne bom mogel ustreči, saj nisem univerzitetni učitelj, nimam dovolj organizacijskih spretnosti, se ne počutim kot dovolj trpežen vlečni konj, nazadnje pa niti ne živim v Ljubljani in me nič ne mika, da bi se tja preselil. Vse to pa ima Miran Možina in vse to je pokazal kot *spiritus movens* študija propedeutike. Bil je celo pripravljen zapustiti varne državne jasli, to je svojo službo asistenta na Fakulteti za socialno delo, in se podati na negotovo in neuhojeno pot.

Še pred začetkom predavanj se je ponudila možnost, da dosežemo slovensko akreditacijo v okviru Fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici (FUDŠ). Ko sva s tem predlogom prišla k Alfredu, je bil njegov prvi odziv: »Jaz sem proti!« Od nekdanj si je želel in videl izpostavo SFU-ja v slovenski prestolnici kot samostojno izobraževalno entiteto, je pojasnil. Kmalu pa tudi uvidel, kako ima naša želja priti čim prej do akreditacije svojo pragmatično težo, in se strinjal z našim predlogom. Čas je kmalu pokazal, da pot do slovenske akreditacije preko FUDŠ ne bo tako kratka, kot smo si obetali ob podpisu tripartitne pogodbe med SFU, SKZP in FUDŠ na lepi slovesnosti 3. oktobra 2006 v Novi Gorici. In nazadnje je pokazal še to, da je iz te španovije najbolje izstopiti.

Na tej sedem let dolgi poti so mnogi izgubljali zaupanje v vodstvo študija, da bo sploh kdaj prišlo do akreditacije. Čeprav niso imeli znatnejših pripomb na kvaliteto študija. A potreba po varnosti in fantazije, kaj vse jim bo z akreditacijo zagotovljeno, so bile močnejše. In zelo človeško ter razumljivo je za ljudi, ki investirajo toliko osebnega, časovnega in finančnega angažmaja v zahteven študij, da hočejo imeti v roki nekaj oprijemljivega. Pa četudi se bo to izkazalo za iluzijo.

A v veliki večini smo dobivali čudovite študente; užitek in ponos je družiti se z njimi in biti njihov učitelj. Vem, da ne le zame. Kako poživljajoča je npr. njihova radovednost, iz katere se je porodilo zame toliko navdihujočih vprašanj! Prepričan sem, da bi nam takšne študente zavidalo mnogo kolegov iz drugih študijskih programov, če bi vedeli ali lahko verjeli, da takšni študenti še obstajajo.



Slika 1: Pred slovesnostjo ob akreditaciji Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani 20. junija 2013 so se predstavniki SKZP in fakultete dogovorili o nadaljnjem sodelovanju in medsebojni podpori. Stojijo od leve: Alfred Pritz, Martin Lisec, Janko Bohak, Damjan Sever, Lan Pečjak, Meta Furlani, Damijana Voglar, Martin Bertok, Leon Lojk, Boba Lojk, Emil Benedik, Gregor Žvelc. Čepijo od leve: Alen Latini, Blaž Ules, Miran Možina, Tomaž Flajs, Milena Vidmar.



Slika 2: Na slovesnosti, ki se je je udeležilo okoli 200 gostov, od študentov do vodstva in podpornikov projekta, je bilo veliko sproščenega smeha. Alfred Pritz (na levi), rektor SFU, je mojster anekdot in šal in je znal nasmejati vse prisotne, vendar mu tudi Janko Bohak (na sliki stoji) ni ostal dolžan. Proti desni še Miran Možina, direktor fakultete, Katarina Možina, vodja študentskega referata, in Igor Okorn, prvi študent, ki je doktoriral iz psihoterapevtske znanosti na SFU.

Ob sklepu naj izrazim še svoje globoko prepričanje: Če bi ne bilo Alfreda na Dunaju in Mirana v Ljubljani, bi ne bilo »majhne slovesnosti in velike zabave« 20. junija 2013, s katero smo na ustvarjalen in prisrčen način skupaj proslavili »dolgo pričakovani trenutek«, ko je 10. maja 2013 Nacionalna agencija za kvaliteto v visokem šolstvu Republike Slovenije akreditirala našo fakulteto. In Slovenija bi bila še naprej brez prve fakultete za psihoterapevtsko znanost!

---







**Miran Možina<sup>1</sup>**

**Tako mladi pa že psihoterapevti:**

**Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani**

## Uvod

Podobno kot v Avstriji tudi v Sloveniji fakultetni študij psihoterapevske znanosti, ki v letu 2016 praznuje svojo desetletnico, v vsem tem času burka duhove v strokovnih krogih, ne le med psihoterapevti, ampak tudi med psihologi, zdravniki in drugimi zdravstvenimi in socialno varstvenimi poklici, ker odpira možnost neposrednega študija psihoterapevske znanosti takoj po maturi, torej izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic. Glavni pomisleki se osredotočajo okoli vprašanja mladosti študentov, njihove (ne)zrelosti in (ne)izkušenosti. Zagovorniki izobraževanja iz psihoterapije za drugi poklic poudarjajo, da so mladi ljudje v svojih zgodnjih dvajsetih letih premalo zreli in izkušeni, da bi se lahko ustrezno izkazali v vlogi psihoterapevta. Zato se zavzemajo, da naj bodoči psihoterapevti vstopajo v izobraževanje šele po zaključeni univerzitetni izobrazbi (dosežena sedma stopnja izobrazbe) oziroma po končani drugi bolonjski stopnji izobraževanja, ki naj bi potem trajalo najmanj pet let (uvod posvečen osnovam psihoterapije in nato specializacija iz določenega uveljavljenega, znanstveno potrjenega psihoterapevskega pristopa).

Ker sem sam moral do poklica psihoterapevta narediti velik ovinek preko študija medicine in specializacije iz psihiatrije, sem v neposrednem študiju psihoterapije vedno videl nov, dobrodošel, nujen in neizogibni razvojni korak (Možina, 2006). Ta moj pogled temelji na izkušnji, da se med hojo po ovinku nisem moral učiti samo veliko nepotrebnih znanj, ampak da je drža, ki so me jo učili na medicinski fakulteti in v okviru specializacije iz psihiatrije, za psihoterapijo celo kontraproduktivna, ovirajoča. Tako sem se moral odnaučiti medicinskega pristopa, da sem se lahko naučil psihoterapevskega. Če namreč prvi zahteva distancirano, k objektivnosti in gotovosti naravnano držo, je za drugega pomembno podoživljanje pacientovega subjektivnega sveta (podobno vidi razliko med psihologijo in psihoterapijo van Deurzen-Smithova (van Deurzen-Smith, 1995)) in razvijanje gotovosti v negotovost (Možina, 2010a).

Tako sva se na podlagi dolgoletnega prizadevanja za psihoterapijo kot samostojen poklic in avtonomno akademsko disciplino novembra 2005 z Jankom Bohakom, takrat predsednikom Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP), z navdušenjem sprejela vabilo SFU Dunaj, da pomagava odpreti fakultetni študij psihoterapevske znanosti SFU tudi v Sloveniji (Bohak, 2006ab, 2013). V letu 2006 je potem v meni dozorela odločitev, da se popolnoma posvetim samo temu projektu, saj je bilo zanimanje študentov za študij večje, kot smo pričakovali. Na eni strani sem se takrat po dobrih desetih letih službe kot asistent na Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani jasno zavedal, kaj za razvoj psihoterapije kot akademske discipline pomeni možnost študija psihoterapije takoj po maturi. Na drugi strani sem junija 2006 od Janka Bohaka prevzel funkcijo predsednika SKZP, tako da sem lahko ob podpori vseh članov SKZP ponudil organizacijsko in vsebinsko podporo SFU Dunaj za izvedbo tega projekta (Možina, 2007). Ko se danes, po desetih letih, oziram nazaj na prehojeno pot, vidim, da je bila

<sup>1</sup> Tekst je bil objavljen leta 2016 kot spremna študija h knjigi Jutte Fiegl Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.

veliko težja, kot sem si predstavljal na začetku, saj je prišlo do velike prelomnice v mojem poklicnem in osebnem življenju (Možina, 2006). Kljub temu, da me je takrat rektor SFU, prof. dr. Alfred Pritz, opozarjal, da bomo naleteli na veliko odporov in ovir, si vseeno nisem predstavljal, da nam bo akreditacija Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana) po skrajnih naporih uspela šele maja 2013 (Bohak, 2013).

Ker še nimamo zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki bi definiral psihoterapijo kot avtonomno dejavnost, psihoterapevta kot samostojni poklic in postavil normative za izobraževanje in izvajanje psihoterapije, obstaja danes v Sloveniji veliko poti do naziva psihoterapevt, ki lahko zmedejo nepoučene, velikokrat pa celo relativno dobro informirane. Še bolj pogosto so seveda zmedeni uporabniki psihoterapevtskih storitev, ki kaj lahko naletijo na nekvalitetno pomoč samooklicanega psihoterapevta, ki ni nujno le šarlatanski "alternavec", ampak tudi psihiater ali psiholog, ki nima ustrezne psihoterapevtske izobrazbe, predvsem pa mu manjka učna terapija in psihoterapevtska, do pacienta eksistencialno odprta, sopotniška drža.

Zato je naše prizadevanje na SFU Ljubljana za akademizacijo psihoterapije v Sloveniji tesno povezano tudi s politično akcijo za njeno normativno ureditev, to je za sprejetje zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Od leta 2006 do 2010 sem bil član Delovne skupine Ministrstva za zdravje za pripravo tega zakona (Možina in Bohak, 2008). V predlogu, ki smo ga pripravili in ki je žal obležal v predalu ministrstva, predstavlja študij psihoterapevtske znanosti SFU najkrajšo, neposredno pot do psihoterapevtskega poklica.

Ob izidu knjige Jutte Fiegl *Tako mlad pa že psihoterapevt* (2016b), ki je nastala na podlagi empirične raziskave o študiju psihoterapevtske znanosti na Privatni univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju (SFU Dunaj), v tem članku želim prikazati, kako se je ta študij od leta 2006 do 2016 razvijal v Sloveniji. Ker ga želim skupaj z idejo o izobraževanju iz psihoterapije za prvi poklic umestiti v širši okvir, najprej na kratko opišem ključne faze razvoja psihoterapije v Sloveniji, ki je od svojih začetkov leta 1968 dozorela za akademizacijo psihoterapije. Nato prikažem slovenski zemljevid izobraževanj iz psihoterapije za samostojni poklic, tako akademskih kot neformalnih (neakademskih). Ker študij psihoterapevtske znanosti ni edini študijski program, ki ima za cilj akademizacijo psihoterapije, podajam v članku njihovo primerjavo z dveh vidikov: koliko izpolnjujejo kriterije Evropske zveze za psihoterapijo (European Association for psychotherapy – EAP) za samostojni poklic in v kolikšni meri so akreditirani kot visokošolski programi v Sloveniji. Članek nadaljujem s kratkim pregledom razvojnih faz študija psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana, z odgovorom na glavno kritiko v zvezi s starostjo študentov in njihovo (ne)izkušenostjo oziroma (ne)zrelostjo ter ga zaključim z epilogom o širšem pojmovanju akademizacije psihoterapije.

### **Akademizacija psihoterapije v luči razvoja celotnega področja psihoterapije v Sloveniji**

Da bi lažje razumeli sedanje stanje akademizacije psihoterapije v Sloveniji, se je dobro ozreti na ključne faze v razvoju slovenske psihoterapije, ki so (povzeto po Možina, 2011):

- **faza zamujenih priložnosti (1900 do 1960):** v primerjavi z Avstrijo v tem obdobju ni prišlo do razvoja psihoanalize kot organiziranega družbenega gibanja. Ko se je po prvi svetovni vojni psihoanaliza iz svoje dunajske zibelke hitro širila po Evropi, je v Sloveniji nagovorila le nekaj umetnikov, v znanstvenih krogih pa so jo odklanjali;

- **razvoj psihoanalitskega izobraževanja pomeni rojstvo slovenske psihoterapije in njena otroška leta (1960 – 1980):** po nekajletnem obdobju priprav v krogih nekaterih psihiatrov in kliničnih psihologov se je, predvsem iz njihove potrebe po dodatnem izobraževanju, slovenska psihoterapija rodila leta 1968, ko je bila ustanovljena Psihoterapevtska sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu. Ta je v sodelovanju s hrvaškimi in srbskimi psihoterapevti predstavljala okvir za prvo sistematično slovensko izobraževanje iz psihoterapije, ki je bilo zasnovano kot subspecializacija za psihiatre in klinične psihologe. V sedemdesetih se je psihoterapevtska praksa razvijala predvsem v psihiatričnem dispanzerju v okviru ljubljanske Poliklinike, nato pa tudi v dispanzerjih za psihohigieno pri Zdravstvenih domovih (npr. v Mariboru in Kranju). Svoje mesto je psihoterapija (predvsem skupinska) našla tudi v programih zdravljenja alkoholizma, razmahnila pa se je tudi izdajateljska dejavnost iz psihoterapije v slovenskem jeziku (npr. v sedemdesetih izidejo tudi prvi prevodi Freudovih del);
- **razvoj različnih psihoterapevtskih pristopov (od 1980 do danes),** npr. skupinska analiza, integrativna geštalt terapija, vedenjsko kognitivna terapija, hipnoterapija, psihodrama, razvojna analitična psihoterapija, geštalt terapija, transakcijska analiza, realiteta terapija, sistemska psihoterapija, logoterapija, izkustvena geštalt družinska terapija, psihodinamska psihoterapija, integrativna relacijska terapija, relacijska družinska terapija, jungovska (psih)analiza idr. V okviru teh pristopov so se glede na evropske kriterije in standarde razvila izobraževanja do različnih stopenj;
- **integracija psihoterapije v sistem javnega zdravstva (od osemdesetih let do danes):** Od osemdesetih let dvajsetega stoletja je v t. i. Zeleni knjigi določeno, da lahko v okviru slovenskega javnega zdravstva opravljajo psihoterapevtske storitve klinični psihologi in psihiatri. Z razvojem je postal ta okvir preozek, saj psihoterapija ni več metoda, ki bi jo lahko izvajali le oni, ampak samostojen poklic. Poleg tega mnogi med njimi niso ustrezno psihoterapevtsko educirani. S sprejetjem zakona o psihoterapevtski dejavnosti bi se lahko te anomalije popravile, saj bi bile podane možnosti za njeno integracijo v sistem javnega zdravstva kot samostojnega poklica. To seveda ne pomeni, da klinični psihologi in psihiatri ne bi smeli opravljati psihoterapije, vendar le tisti, ki bi na podlagi izpolnjenih kriterijev za profesionalnega psihoterapevta pridobili licenco;
- **oblikovanje krovnih psihoterapevtskih organizacij (od 1998 do danes),** ki preko posameznikov ali organizacij povežejo različne psihoterapevtske pristope za uveljavitev psihoterapije kot avtonomnega poklica. V Sloveniji je do tega prišlo leta 1998 z ustanovitvijo Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP), po drugi strani pa delno prevzema vlogo krovne organizacije tudi Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS), ki se je istega leta oblikovalo iz Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva;
- **integracija izobraževanja iz psihoterapije v akademski svet (od 2001 do danes)** in razvijanje mreže fakultet oziroma univerz, ki imajo psihoterapevtske programe. V Sloveniji je glede tega prišlo do bistvenih premikov v zadnjih 15 letih, tako da trenutno (julij 2016) na treh fakultetah obstajajo programi na področju psihoterapije oziroma z znatnim deležem psihoterapevtskih vsebin: dodiplomski in magistrski študij psihoterapevtske znanosti ter magistrski študij psihoterapije otrok in mladostnikov na SFU Ljubljana, magistrski, doktorski in specialistični študij relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani (TF) ter dodiplomski in magistrski študij psihosocialne pomoči na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici (FUDŠ);

- **reguliranje področja z zakonom o psihoterapevtski dejavnosti (od leta 2006 do danes)**, ki ureja izobraževanja in usposabljanja preko akreditiranja izobraževalnih ustanov in programov, sistem licenc (register psihoterapevtov) in etični nadzor (Možina, 2010c). Najbolj resen poskus za pripravo zakona je bil od leta 2006 do 2010, ko je pod okriljem Ministrstva za zdravje Delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pripravila kvaliteten osnutek (Možina in Bohak, 2008), ki pa žal ni šel v parlamentarno proceduro. Do novih iniciativ za zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji je prišlo januarja 2016, ko sta v ta namen podpisali memorandum o sodelovanju SKZP in ZPS (glej <http://www.skzp.si/2016/01/18/podpis-memoranduma-o-sodelovanju-med-skzp-in-zps/>) in julija 2016, ko so se povezale omenjene tri fakultete (SFU Ljubljana, TF in FUDŠ) v t. i. Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja.

Na podlagi tega kratkega prikaza ključnih zgodovinskih mejnikov lahko zaključimo, da je v skoraj 50 letih razvoja slovenska psihoterapija napravila bistveni kvalitativni premik k samostojnemu poklicu in avtonomni akademski disciplini, ki zato kar kliče po zakonski ureditvi. Fakultetni študij psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana je k temu prispeval pomemben delež in odpira pomembne nove razvojne možnosti (glej sliko 2).

### **Kakšne so trenutno v Sloveniji poti do naziva psihoterapevt, ki zadoščajo evropskim standardom za samostojen poklic?**

Dokler nimamo zakona o psihoterapiji, ima vsaka diploma z nazivom psihoterapevt le simbolični status, torej je brez pravne ali javno formalne veljave. Z njo npr. diplomant ne more kandidirati za službo, saj psihoterapija ni registriran poklic. Ko pa bomo imeli zakon, bo pomembno, da bo diploma ustrezala kriterijem za pridobitev licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti.

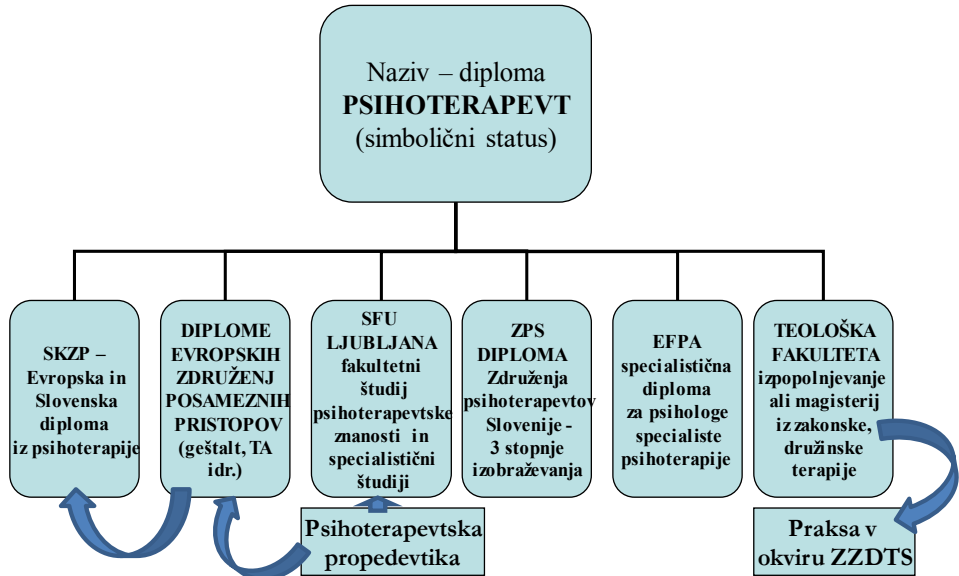
Na sliki 1 so zajete tiste poti do naziva psihoterapevt, ki so v Sloveniji možne danes in ki zadoščajo evropskim standardom za samostojen poklic:

- SKZP kot s strani EAP pooblaščen nacionalna akreditirajoča organizacija podeljuje Evropsko in Slovensko diplomo iz psihoterapije (EDP in SDP). Po eni strani ju lahko dobijo staroste, to so psihoterapevti, ki so pridobili strokovno znanje s prakso ne pa nujno z izobraževanjem (angl. »grandparenting«) in so se uveljavili kot pionirji v razvoju psihoterapije na Slovenskem. Po drugi strani pa ju lahko dobijo tisti psihoterapevti, ki so zaključili izobraževanje v psihoterapevtskem pristopu, ki ima evropsko akreditirajočo organizacijo priznano s strani EAP (npr. Evropska konfederacija psihoanalitskih terapij ECPP, ki povezuje psihoanalitske terapevte; Evropsko združenje za družinsko terapijo EFTA, ki povezuje sistemske psihoterapevte itn.). EAP podeljuje tudi status inštituta za izobraževanje iz psihoterapije (angl. EAP training institute – EAPTI), ki sta ga v Sloveniji dobila Inštitut za geštalt terapijo GiTa in Inštitut za realitetno terapijo, katerih diplomanti imajo direktno pravico do Evropske diplome iz psihoterapije;
- diplome v Evropi priznanih psihoterapevtskih pristopov, ki imajo evropsko akreditirajočo organizacijo (npr. diploma iz TA, ki jo priznava EATA /Evropsko združenje za transakcijsko analizo/, diploma iz geštaltske terapije, ki jo priznava EAGT /Evropsko združenje za geštaltsko terapijo/ itn.);

- zaključen petletni študij psihoterapevske znanosti, ki poteka na SFU Ljubljana - triletna prva in dvoletna druga stopnja po bolonjskem sistemu. SFU Ljubljana omogoča tudi enoletni študij psihoterapevske propedeutike, ki je vsebinsko usklajen s prvim letnikom fakultetnega študija psihoterapevske znanosti. Po zaključeni propedeutiki se lahko edukanti vključijo v specialistične študije psihoterapije, ki trajajo štiri leta. V okviru SFU Ljubljana se lahko vpišejo v študije psihoanalize, sistemske psihoterapije, geštalt terapije, kognitivno vedenjske terapije, jungovske psihoanalize, hipnopsihoterapije;
- diploma Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) po zaključeni tretji oziroma specialni stopnji izobraževanja za psihoterapevta;
- Evropsko združenje društev psihologov (EFPA) izdaja Specialistično diplomu za psihologe specialiste psihoterapije (glej [http://www.klinicna-psihologija.si/klip\\_psihoterapija\\_kot\\_evropski\\_projekt\\_psihologov](http://www.klinicna-psihologija.si/klip_psihoterapija_kot_evropski_projekt_psihologov)). V specializacijo lahko vstopijo kandidati z diplomu EFPE iz psihologije ali tisti, ki imajo enakovredno petletno univerzitetno usposabljanje in eno leto prakse s supervizijo. Nato se izobražujejo in usposabljaajo iz psihoterapije najmanj tri leta, če usposabljanje poteka s polnim delovnim časom, in seveda dlje, če študirajo ob delu, dokler ne izpolnijo zahtevanih minimalnih kvantitativnih kriterijev: 150 ur supervizije, 500 ur psihoterapevske prakse pod supervizijo, 400 ur teorije, terapevske metodologije in tehnike, 100 ur osebne izkušnje. Poleg tega ima EFPA tudi postopek za staroste;
- zaključen magistrski študij ali program izpopolnjevanja iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani in nato še najmanj tri leta psihoterapevske prakse pod supervizijo, ki poteka pod okriljem Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS) po raznih centrih, ki po Sloveniji izvajajo to vrsto terapije.

**Slika 1 – Poti do naziva psihoterapevt v Sloveniji (stanje julija 2016)**

## Poti do naziva psihoterapevt v Sloveniji (stanje julija 2016)



V Sloveniji je trenutno okoli 300 psihoterapevtov, ki izpolnjujejo evropske kriterije. Večina psihoterapevtov je zaposlenih v svojem prvotnem poklicu, npr. kot (klinični) psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi in imajo zelo različne možnosti za psihoterapevsko delo. Običajno posvečajo psihoterapiji samo manjši del svojega delovnega časa ali pa le del svojega prostega časa.

### Akademizacija in zakonska ureditev psihoterapije v Sloveniji

Ključni premik v akademizaciji psihoterapije v Sloveniji, ki se je zgodil v zadnjih 15 letih, je po eni strani tesno povezan s prof. dr. Christianom Gostečnikom in krogom njegovih sodelavcev, ki so leta 2001 na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani začeli z dvoletnim specialističnim programom zakonske in družinske terapije in ga nato leta 2004 nadgradili v magistrski in doktorski program.

Po drugi strani pa je ključen doprinos sedanjega rektorja SFU Dunaj, prof. dr. Alfreda Pritza, ki je že veliko pred ustanovitvijo SFU, v devetdesetih letih, preko Evropske zveze za psihoterapijo (EAP), ki jo je ustanovil in dolga leta vodil, v Slovenijo širil idejo o psihoterapiji kot samostojnem poklicu (glej sliko 2). Preko EAP je pomagal, da je leta 1998 prišlo do ustanovitve SKZP, ki je idejo o psihoterapiji kot samostojnem poklicu začela širiti organizirano (tako je npr. leta po avstrijskem vzoru organizirala študij psihoterapevske propedeutike). Podlaga te ideje je ustanovitvena listina EAP z imenom Straßburska deklaracija in zajema pet glavnih točk:

1. »Psihoterapija je samostojna znanstvena disciplina, njeno opravljanje predstavlja samostojen in svoboden poklic.
2. Psihoterapevtsko izobraževanje se opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni.
3. Zajamčeno je mnoštvo psihoterapevtskih postopkov.
4. Popolna psihoterapevtska izobrazba obsega teorijo, lastno izkušnjo in prakso pod supervizijo. O drugih psihoterapevtskih postopkih je treba pridobiti zadostna znanja.
5. Dostop do izobrazbe je mogoč prek različnih predizobrazb, zlasti prek humanističnih in socialnih znanosti.« (Statut EAP, 1990)

Prelomno pa je bilo leto 2006, saj se je v partnerstvu SKZP in SFU Dunaj začel projekt fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti. Skupaj s Fakulteto za uporabne družbene študije iz Nove Gorice smo poskušali tudi doseči slovensko akreditacijo študija (Možina, 2007). Hkrati pa se je iz predstavnikov SKZP in ZPS na Ministrstvu za zdravje oblikovala Delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti.

SKZP je leta 2006 predstavljala dober okvir oziroma odskočna deska za akademizacijo in normativno ureditev psihoterapije. Žal pa so se hitro začeli problemi ravno okoli projekta fakultetnega študija, tako v EAP kot v SKZP, ki trajajo še danes. Večina v EAP in SKZP namreč ni pripravljena na spremembo pete točke Straßburske deklaracije, ki bi se z uvedbo fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti morala razširiti: poleg visokošolske stopnje (študij za drugi poklic) naj bi bila dovolj za vstop v izobraževanje iz psihoterapije tudi srednješolska stopnja (študij za prvi poklic).

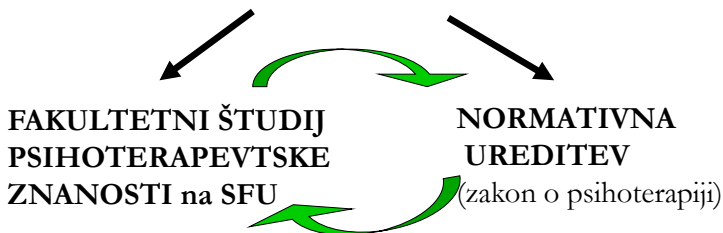
**Slika 2: Razvoj fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti v Sloveniji:** Evropska zveza za psihoterapijo (EAP) preko Evropske diplome za psihoterapijo uveljavlja standarde in normative za psihoterapijo kot avtonomen poklic. Na tej osnovi se je v Sloveniji razvil fakultetni študij psihoterapevtske znanosti, ki omogoča izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic neposredno po maturi. Hkrati z akademizacijo psihoterapije je ključna njena normativna ureditev preko zakona o psihoterapevtskih dejavnosti.

## RAZVOJ FAKULTETNEGA ŠTUDIJA PSIHOTERAPEVTSKE ZNANOSTI V SLOVENIJI

**EAP** (Strassburska deklaracija) in **SKZP**



**PSIHOTERAPIJA kot AVTONOMEN  
POKLIC** (Evropska diploma iz psihoterapije)

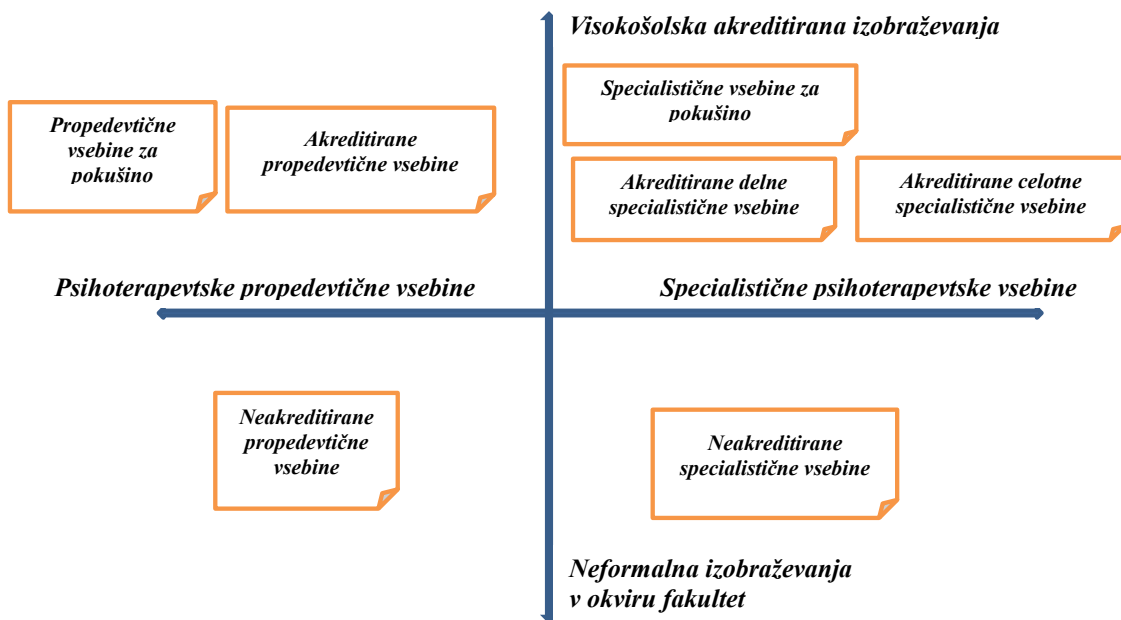


Akademizacija psihoterapije v Sloveniji je glede na sodobne evropske kriterije za poklicnega psihoterapevta, ki mora opraviti uvod (psihoterapevtsko propedeutiko) in specialistično izobraževanje iz določenega psihoterapevtskega pristopa, bolj pregledno prikazana na diagramu upoštevajoč dve dimenziji (glej sliko 3):

- koliko programi v okviru fakultet pokrivajo zahteve za samostojen poklic po treh stebrih (teorija, supervidirana praksa, osebna izkušnja) preko vsebin psihoterapevtske propedeutike in specialističnega študija v različnih psihoterapevtskih pristopih in
- koliko jim je uspelo preko akreditacije v okviru slovenskega visokega šolstva priti do javne veljave. Dodatna zakonska možnost tu je t. i. visokošolsko transnacionalno izobraževanje, pri katerem se javnoveljavni študijski program v celoti ali njegovi posamezni deli izvajajo v drugi državi, kot je sedež nosilca visokošolskega študijskega programa. V tem okviru se na primer izvaja dodiplomski in magistrski študij psihoterapevtske znanosti in magistrski študij psihoterapije otrok in mladostnikov na SFU Ljubljana.



Slika 3: Diagram akademizacije psihoterapije v Sloveniji



Na ta način lahko vidimo, da se v Sloveniji do zdaj psihoterapevtske vsebine pojavljajo kot:

- **propedevtične in specialistične vsebine za pokušino v okviru akademskih študijev psihologije in socialnega dela:** lahko gre za propedevtične ali specialistične vsebine.  
Primeri: 1) na Biopsihologiji Univerze na Primorskem, 2) na Oddelku za psihologijo Univerze v Mariboru ter 3) na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete in Fakulteti za socialno delo Univerze v Ljubljani študenti psihologije in socialnega dela pri določenih predmetih srečajo s psihoterapevtskimi vsebinami, kar zagotavljajo nekateri predavatelji (klinične) psihologije in socialnega dela;
- **neakreditirane propedevtične vsebine:** propedevtične vsebine so v celoti ali delno vključene v neformalna izobraževanja, ki jih ponujajo fakultete (se torej izvajajo brez akreditacije v okviru slovenskega visokega šolstva).  
Primeri: 1) enoletni študij propedevtike na SFU Ljubljana; 2) enoletni podiplomski študij iz psihoterapije v okviru Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki poteka že od leta 1972 in je bil sprva obvezen za vse specializante psihiatrije in klinične psihologije. Danes je odprt tudi za druge visokošolske diplomante (npr. za medicinske sestre, socialne delavke, socialne pedagoge). Predstavlja torej splošni uvod v psihoterapijo, preden potem diplomanti tega programa nadaljujejo svoje specialno izobraževanje iz psihoterapije v okviru enega od priznanih psihoterapevtskih pristopov (npr. skupinska analiza, razvojna analitična terapija, sistemska terapija idr.).
- **akreditirane propedevtične vsebine:** propedevtične vsebine so delno ali v celoti vključene v akreditirane programe fakultet.

Primeri: 1) akreditirani program izpopolnjevanja Psihoterapevska propedevtika na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici (FUDŠ); 2) delni študijski program psihoterapevska znanost na SFU Ljubljana, ki pokriva celotne propedevtične vsebine.

- **neakreditirane specialistične vsebine:** specialistične psihoterapevske vsebine so v celoti ali delno vključene v neformalna izobraževanja, ki jih ponujajo fakultete  
Primeri: 1) enoletni podiplomski študij iz družinske dinamike v okviru Katedre za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, ki poteka od leta 1991 in se lahko nadaljuje v triletno specialistično izobraževanje iz sistemske družinske psihoterapije v sodelovanju z londonskim inštitutom za družinsko terapijo; 2) specialistični študiji psihoanalize, sistemske psihoterapije, geštalt terapije, kognitivno vedenjske terapije, jungovske psihoanalize in hipnopsihoterapije v okviru SFU Ljubljana.
- **akreditirane delne specialistične vsebine** so vključene v fakultetne programe s slovensko akreditacijo.  
Primeri: 1) dodiplomski in magistrski študij Psihosocialne pomoči na FUDŠ v Novi Gorici, kjer so delno vključene vsebine iz kognitivno vedenjske terapije. Po zaključenem magistrskem študiju je možnost opravljanja dodatne supervizirane psihoterapevske in svetovalne prakse preko Združenja za psihosocialno pomoč in psihoterapijo Slovenije ter preko Nacionalnega inštituta za psihoterapijo, ki deluje pod okriljem FUDŠ. Na ta način si lahko magistrantje pridobijo ustrezno število ur prakse, potrebne za doseganje norm Evropskih certifikatov iz psihoterapije in svetovanja; 2) magistrski študij iz in program izpopolnjevanja iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, kjer so delno vključene vsebine tega psihoterapevskega pristopa. Po opravljenem študiju lahko magistrantje podobno kot tisti na FUDŠ zaključijo usposabljanje, tako da izpolnijo zahteve po psihoterapevski praksi pod supervizijo v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije.
- **akreditirane celotne propedevtične in specialistične vsebine**, kjer so pokrite zahteve po treh stebrih tako v uvodnem, propedevtičnem kot v specialističnem delu sicer brez slovenske akreditacije, a v okviru transnacionalnega izobraževanja.  
Primer: dodiplomski in magistrski študij Psihoterapevske znanosti na SFU Ljubljana, ki od leta 2013 omogoča izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic takoj po maturi.

Če torej povzamem, v Sloveniji obstajajo trenutno tri akademska izobraževanja na področju psihoterapije oziroma z znatnim deležem psihoterapevskih vsebin in katerih vstopni pogoji niso dosežena sedma stopnja izobrazbe ali končana druga bolonjska stopnja: to so magistrski študij in program izpopolnjevanja iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, študij prve in druge stopnje Psihosocialne pomoči na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici ter študij prve in druge stopnje Psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani.

Naj na koncu omenim še edini slovenski doktorski študij iz psihoterapije, ki od bolonjske prenovе leta 2009 iz relacijske družinske terapije poteka na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, kar seveda za izobraževanje za poklic psihoterapevta ni pomembno neposredno, ampak posredno preko razvoja raziskovanja na področju psihoterapije. Če upoštevamo, da v

okviru neformalnih izobraževanj za psihoterapijo kot drugi poklic po slovenskih društvih in inštitutih praktično ni nobenega raziskovanja, je akademizacija psihoterapije, v katero je kot nujni sestavni del vtakano raziskovanje, toliko bolj ključna za razvoj psihoterapije kot stroke in znanosti.

### **Trenutno stanje fakultetnega študija psihoterapevske znanosti na SFU Ljubljana**

Kot sem že prikazal v diagramu akademizacije, danes SFU Ljubljana omogoča dodiplomski in magistrski študij psihoterapevske znanosti ter magistrski študij psihoterapije otrok in mladostnikov, izvaja pa tudi neformalno specialistično izobraževanje iz različnih psihoterapevtskih pristopov (v okviru fakultete iz psihoanalize, sistemske psihoterapije, geštalt terapije, jungovske psihoanalize, kognitivno vedenjske terapije; v sodelovanju z raznimi društvi in inštituti pa tudi iz drugih znanstveno utemeljenih pristopov). Za vstop v fakultetni študij psihoterapevske znanosti je pogoj srednješolska izobrazba, za neakademsko izobraževanje pa univerzitetna stopnja po predbolonjskem sistemu oziroma prva bolonjska stopnja in propedeutika psihoterapije. Tako fakulteta podpira izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic in drugi poklic.

Študijski program psihoterapevske znanosti prve stopnje posreduje znanstvene osnove zdravega in patološkega biopsihosocialnega razvoja človeka, diagnostiko zdravih in bolezenskih pojavov, dosežke nevroznanosti pomembne za psihoterapijo, osnove znanstveno utemeljene psihoterapevske obravnave življenjsko pogojenih bolezenskih slik – ob upoštevanju psiholoških, medicinskih, socioloških in antropoloških dimenzij. Psihoterapevska znanost torej subjektivnega ne obravnava izolirano in posamično, temveč ga opisuje v kontekstu procesa opazovanja na osnovi kulturnih danosti, kot so jezik, socialna struktura, oblike vsakdanjega življenja itd. V tem smislu nadaljnji razvoj psihoterapevske znanosti terja tudi razširitev kulturnega delovnega območja.

Z osnovnim študijem študenti spoznajo osnove raziskovalnih metod in etične, pravne, ekonomske in družbene okvire, ki so pomembni za opravljanje psihoterapevske dejavnosti. Da bi študent dosegel cilj študija, mora poleg tega razviti tudi sposobnost reflektirajoče prakse, ter refleksije in razvoja lastne osebnosti. Splošni cilj dodiplomskega študijskega programa Psihoterapevska znanost je profesionalna kompetentnost kandidatov na interdisciplinarnem področju psihosocialne pomoči, ki obsega temeljno znanje in temeljno usposobljenost za svetovalno delo na psihosocialnem področju, da se bodo lahko po prvi stopnji vključili v kreativni delovni proces v organizacijah v socialnem varstvu, šolstvu, v programih psihosocialne rehabilitacije oziroma povsod, kjer se nudijo razne oblike psihosocialne pomoči, pa tudi gospodarstvu, v javnih, privatnih ali v nevladnih organizacijah ali pa nadaljevali študij psihosocialne pomoči na drugi stopnji.

Oba magistrska programa temeljita na dodiplomskem študiju in služita poglobljenemu osvajanju teorij, metodike in zgodovine psihoterapije, splošnih in specifičnih znanj o diagnozah in potekih duševnih motenj in o konceptih njihove obravnave. Študij posreduje podrobna znanja temeljnih znanosti nevrobiologije, nevroznanosti, družboslovnih in socialno filozofskih tem.

V okviru magistrskega programa psihoterapevske znanosti je vključen specialistični pristop (psihoanaliza, sistemska psihoterapija, analitična psihologija oziroma jungovska psihoanaliza, geštalt, kognitivno vedenjska psihoterapija), ki ga je študent izbral v tretjem letniku dodiplomskega študija. Magister psihoterapevske znanosti je usposobljen za psihoterapevsko

delo po izbranem psihoterapevtskem pristopu. Po obstoječih evropskih merilih za psihoterapijo kot samostojni poklic opravi kvantitativno za več kot tretjino ur teoretičnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja. Usposobljen je, da s tehnikami psihoterapevtskega pogovora pomaga klientu v psihoterapevtskem procesu.

V okviru magistrskega programa psihoterapije otrok in mladostnikov si morajo študenti pridobiti multidisciplinarna in od posameznih psihoterapevtskih pristopov neodvisna temeljna znanja, na njih pa potem dograditi specifična znanja povezana s pristopom. Tako morajo imeti psihoterapevti otrok in mladostnikov multidisciplinarno osnovno znanje na področju telesnega, čustvenega, kognitivnega in socialnega razvoja. Poznati morajo specifična vprašanja iz otroškega in mladostniškega obdobja in kakšne motnje v razvoju se lahko pojavijo. Magister psihoterapije otrok in mladostnikov je usposobljen za psihoterapevtsko delo z otroki in mladostniki. Usposobljen je, da s tehnikami psihoterapevtskega pogovora pomaga otrokom, mladostnikom in njihovim staršem v psihoterapevtskem procesu.

Ključni del študija, ki kvantitativno predstavlja več kot polovico kontaktnih ur, je torej praksa, ki na prvi in drugi stopnji poteka v treh oblikah:

- kot praksa v raznih psihosocialnih ustanovah (študentje lahko izbirajo med več kot 70 učnimi bazami po celi Sloveniji, ki nudijo razne oblike psihosocialne pomoči za odrasle in otroke, mladostnike, v javnem in nevladnem sektorju) v obsegu 480 ur z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami psihosocialne pomoči ljudem;
- kot osebna izkušnja (oziroma učna psihoterapija, osebna rast, delo na sebi) v obsegu najmanj 250 ur, v kateri študenti preizkusijo psihoterapevtske metode na lastni koži. Ta oblika prakse je edinstvena posebnost študija psihoterapije, saj pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi pacienti;
- kot praksa pri izkušenih psihoterapevtskih pristopa, ki so ga študenti izbrali v tretjem letniku študija in kjer so najprej opazovalci, nato pa (predvsem na drugi stopnji) postopno prevzemajo vse bolj aktivno vlogo ter v zadnji fazi vodijo pogovore pod supervizijo izkušenih učiteljev. Pogoj za opravljanje zaključnega izpita na magistrski stopnji je najmanj 650 ur psihoterapevtske prakse in 150 ur supervizije.

Po akreditaciji SFU Ljubljana smo septembra 2013 po zgledu matice na Dunaju odprli Psihoterapevtsko ambulanto, v kateri izvajajo psihoterapevtsko dejavnost psihoterapevti (večina so hkrati učitelji na fakulteti) in naši študentje pod njihovo supervizijo. Glavni namen ambulante je, da predstavlja učno in raziskovalno bazo za naše študente psihoterapije.

V ambulanti, ki vključuje Enoto za starejše, Enoto za odrasle in Enoto za otroke in mladostnike je trenutno (julij 2016) vključenih 73 specializantov psihoterapije pod supervizijo in terapevtov devetih psihoterapevtskih pristopov: psihoanaliza (25), sistemska psihoterapija (27), geštalt (8), logoterapija (2), zakonska in družinska terapija (1), transakcijska analiza (5), psihodinamska psihoterapija (3), integrativna psihoterapija (1) in jungovska psihoanaliza (1). Trenutno delajo z okoli 110 pacienti. Ambulanta deluje po samoplačniškem principu z izrazitim socialnim čutom, tako da sprejemamo tudi socialno ogrožene paciente brezplačno ali po simbolični ceni.

Za specializante pod supervizijo so za zagotavljanje kvalitete njihove prakse organizirane mesečne supervizije posameznih psihoterapevtskih pristopov (na 3-4 ure dela s pacienti ura

supervizije), ki jih izvajajo supervizorji posameznih pristopov. Vsak mesec je organizirana tudi skupinska supervizija za specializante in terapevte vseh pristopov, ki jo izvajajo supervizorji različnih psihoterapevtskih pristopov. Poleg tega potekajo predstavitve terapij v živo in predstavitve primerov pacientov vključenih v Psihoterapevtsko ambulanto. Udeležujejo se jih študentje 1. in 2. letnika študija, študentje specialističnega študija, ki še nimajo dovoljenja za delo s pacienti in specializanti pod supervizijo.

Študentje lahko v ambulanti opravljajo tudi t.i. psihosocialno prakso v okviru katere spoznavajo delovanje Psihoterapevtske ambulante, pomagajo pri urejanju dokumentacije, opravljajo promocijske dejavnosti ipd.

Kontinuirano potekajo promocijske aktivnosti in predstavitve Psihoterapevtske ambulante na CSD, zdravstvenih domovih in v različnih drugih institucijah (Dom Malči Beličeve...). Prav tako je potekalo sodelovanje z društvi bolnikov (Društvo za kronično vnetno črevesno bolezen, Za srce). V sodelovanju z Zavodom za oskrbo na domu Ljubljana pripravljamo projekt dela s starejšimi. Skupaj z založbo Beletrina smo jeseni 2014 in spomladi 2015 izvedli pionirski projekt v našem prostoru s prepletom psihoterapije in literarnega ustvarjanja. V študijskem letu 2014/15 sta pričeli z delom enoti Psihoterapevtske ambulante v Murski Soboti (psihoterapija otrok, mladostnikov in odraslih) in v Mariboru (psihoterapija odraslih). Enota v Murski Soboti deluje v sodelovanju z Inštitutom za socialno psihiatrijo in psihotravmatologijo, enota v Mariboru pa v sodelovanju s Centrom za psihoterapijo Maribor.

Del študija so tudi tutorske (enkrat na mesec po 3 šolske ure) in supervizijske skupine (enkrat na mesec po 2 šolski uri), ki omogočajo individualizacijo študija, saj povečujejo možnosti, da se študentje v malih skupinah lahko izrazijo, da slišijo in so slišani v svojem procesu učenja. V tutorskih skupinah lahko npr. reflektirajo teoretična znanja, pripravljajo in predstavljajo eseje (o prebrani literaturi, poletnih šolah), poročila o praksi, evalvirajo študij itn.

### **Faze razvoja fakultetnega študija psihoterapevtske znanosti v Sloveniji**

Da lahko danes izvajamo tako organiziran študij psihoterapevtske znanosti v okviru SFU Ljubljana, na maja 2013 s strani Nacionalne agencije za kvaliteto v visokem šolstvu Republike Slovenije (NAKVIS, ki je nasledila Svet za visoko šolstvo) akreditirani fakulteti, smo morali prehoditi križev pot.

Začelo se je s fazo entuziazma. Ko je oktobra 2005 prišlo do akreditacije Privatne univerze Sigmunda Freuda na Dunaju (SFU Dunaj) in je po dveh letih preizkusne dobe uradno krenil študij psihoterapevtske znanosti, smo bili mnogi v SKZP prevzeti od navdušenja. Tako je bil že novembra 2005 ustanovljen t. i. Slovenski inštitut na SFU Dunaj, ki naj bi pod vodstvom Janka Bohaka in mene služil kot okvir za prenos tega študija tudi v Slovenijo. Prva dva letnika študija sta bila podobna propedeutiki, v tretjem letu prve stopnje pa so študenti lahko izbrali enega od možnih pristopov (npr. na Dunaju zaenkrat ponujajo psihoanalizo, na klienta usmerjeno, sistemsko družinsko, logoterapijo, eksistencialno analizo, geštalt in TA), če so se odločili za nadaljevanje študija na drugi stopnji. Ker smo v okviru SKZP od leta 1999 organizirali študij propedeutike po avstrijskem zgledu, smo bili dobro pripravljani in smo za šolsko leto 2006/07 v partnerstvu s SFU Dunaj odprli ta študij tudi pri nas. V šolskem letu 2008/9 je pomoč pri organizaciji študija od SKZP prevzel Slovenski inštitut za psihoterapijo (SIP), ker je postal projekt preobsežen za pravno formalni okvir društva, kar je SKZP kot društvo društev.

Vendar razlog za prenos partnerstva na SIP ni bil samo ta. Kot sem namreč že omenil zgoraj, so se že v fazi entuziazma pri nekaterih članih SKZP začeli kazati strahovi in odpori, ki so se vse bolj stopnjevali. Bolj kot so se večale možnosti slovenske visokošolske akreditacije psihoterapevske fakultete, bolj se je krepila skrb, da bo akademsko izobraževanje postalo ogrožujoča konkurenca članom SKZP, ki bo postopno izrinila iz trga obstoječa, zaenkrat še prevladujoča neakademsko izobraževanja iz psihoterapevtskih pristopov po društvi in inštitutih. Drugi vir skrbi in ogroženosti so bili visoki kriteriji akademskega študija, na primer habilitacijske zahteve, ki od učiteljev zahtevajo stalne strokovne objave in raziskovalno delo. Dogajanje v SKZP zrcali podobno dinamiko, s kakršno se je soočil Alfred Pritz v okviru EAP, ki še danes ni podprla izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic in študija psihoterapevske znanosti na SFU.

V prvi letnik v šolskem letu 2006/07 se je vpisalo za nas takrat neverjetnih 76 študentov (čez 50 v študij psihoterapije, ostali pa na propedeutiko), ki so začeli s študijem oktobra 2006. Jeseni 2007 se je vpisala druga generacija 45 študentov, jeseni 2008 in 2009 pa tretja in četrta generacija po 50 študentov. Veliko zanimanje za študij in velik vpis nam je dal zagon, da smo se takoj lotili tudi priprav za akreditacijo študija v Sloveniji.

Prva dva poskusa akreditacije leta 2007 in 2008 nista uspela. Oktobra 2006 je SFU Dunaj sklenila sporazum s FUDŠ iz Nove Gorice in SKZP za poskus akreditacije študija v Sloveniji. Posebna delovna skupina je pod mojim vodstvom pripravila in februarja 2007 vložila elaborat za akreditacijo dodiplomskega in podiplomskega študija psihoterapevske znanosti na Svet za visoko šolstvo. Študijske programe smo prilagodili zahtevam našega zakona o visokem šolstvu, tako da je nastal kvaliteten, inovativen elaborat. Prednosti slovenske akreditacije bi bile številne, npr. status študenta, možnost za pridobitev koncesije in s tem znižanje šolnin.

Žal pa je komisija Sveta, ki potrjuje habilitacije, septembra 2007 zavrnila okoli dvajset prošenj, v katerih smo priznani slovenski psihoterapevti prosili za imenovanje na področju psihoterapije. Njihova utemeljitev je bila, da tega področja pri nas še ni. Argument je na prvi pogled racionalen, vendar se lahko takoj vprašamo, kako pa naj bi prišlo do oblikovanja tega področja, če ni naredil koraka tudi takratni Svet za visoko šolstvo, s tem da bi potrdil prvo ekipo učiteljev, ki bo to področje razvila. K zavrnitvi je prispeval tudi odpor javnih univerz do privatnih univerz oziroma fakultet in odpor medicinskega lobija, ki ni hotel in še vedno v večini noče, da bi psihoterapija postala samostojen poklic, ampak še naprej ostala storitev, ki jo lahko izvajajo le psihiatri in klinični psihologi. Sami smo potem umaknili vlogo, preden se je sestala druga komisija Sveta, ki ocenjuje programe. Leto trdega dela na pripravi izjemno zahtevnega elaborata tako ni obrodilo zelenega sadu.

Vendar smo nadaljevali s prizadevanji za akreditacijo do konca leta 2008. V drugem poskusu smo načrtovali ponovno vlogo na Svet za visoko šolstvo preko Nove univerze, ki naj bi ob FUDŠ povezala še dve fakulteti, vendar je tokrat prišlo do znanih zapletov pri potrjevanju univerze na Svetu za visoko šolstvo in tudi ta načrt je padel v vodo. Tako sta konec leta 2008 SKZP in SFU prekinili pogodbo s FUDŠ o sodelovanju za akreditacijo študija v Sloveniji.

FUDŠ je potem sama delno uspela z akreditacijo leta 2011. Delno zato, ker je morala imeni dodiplomskega in magistrskega študija preimenovati iz psihoterapije v psihosocialno pomoč. Glede na prvotni koncept, ki je bil slovenskim razmeram prilagojen program psihoterapevske znanosti SFU Dunaj, je zmanjšala obseg psihoterapevtskih vsebin. Vseeno pa učitelji in vodstvo upajo, da jim bo postopno uspelo poleg izobraževanja za svetovalce razviti tudi psihoterapevtsko linijo izobraževanja v skladu s kriteriji za samostojen poklic. V ta namen sta

bila, kot sem že omenil zgoraj, ustanovljena Nacionalni inštitut za psihoterapijo pod okriljem FUDŠ in Združenje za psihosocialno pomoč in psihoterapijo Slovenije, kjer načrtujejo, da bodo magistrantje psihosocialne pomoči (podobno kot magistrantje relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije) lahko nadgradili svojo izobrazbo predvsem s psihoterapevtsko prakso pod supervizijo in dosegli evropske norme za psihoterapijo kot samostojen poklic.

Od leta 2008 do 2013 je SIP vzporedno s fakultetnim študijem psihoterapije organiziral tudi študij propedeutike, ki je od 1999 do 2006 kot triletni študij potekal v okviru SKZP. Leta 2006 smo ga preoblikovali v dvoletni študij, tako da smo ga vsebinsko in organizacijsko navezali na prva dva letnika fakultetnega študija psihoterapije. Po vsebinski plati to ni bilo težko, ker sta prva dva letnika programa SFU temeljila na avstrijski propedeutiki, ki je tudi nam v SKZP leta 1999 služila kot temelj za oblikovanje slovenske propedeutike. Propedeutika pomeni uvod v specialni študij psihoterapije in obsega osnovno izobraževanje iz psihoterapije. Študente pripravi na specialno usposabljanje iz psihoterapije po neakademski poti, ki poteka v okviru določenega psihoterapevtskega pristopa (in traja še najmanj dodatna 3 leta). Tako ob zaključku študija propedeutike diplomant ni psihoterapevt, temveč je to le prvi del psihoterapevtske izobrazbe.

V šolskem letu 2008/09 je v študiju psihoterapevtske znanosti prišlo do reorganizacije, to je do vključitve slovenskih študentov v t. i. »Angleški program SFU Dunaj«. Če so do tega šolskega leta naši študentje hodili na poletne šole na Dunaj, so v okviru angleškega programa po blok sistemu odhajali na Dunaj štirikrat v šolskem letu po štiri dni. V letu 2009 je prvih deset slovenskih študentov diplomiralo na prvi stopnji in pridobilo naziv bakalavreus/a psihoterapevtske znanosti. Od tega je bilo osem nekdanjih študentov propedeutike v okviru SKZP, ki so jo obiskovali od leta 1999 do 2006 in nato k temu dodali še tretji letnik prve stopnje.

Omogočiti študentom kvalitetno psihoterapevtsko prakso pod supervizijo je bil in je še eden največjih izzivov tega projekta, saj se psihoterapija po Sloveniji še vedno v veliki meri dogaja na obrobju (večkrat dobesedno po privatnih stanovanjih, kletah in podstrešjih...), brez dobre promocije, z zelo različno kvaliteto in slabo dostopnostjo. Zato smo v okviru SIP vložili velike napore v postavitve Centrov za psihoterapijo (od leta 2008 v Ljubljani, in od 2009 v Celju in Mariboru), kar je vneslo v slovenski prostor novo kvaliteto, saj smo študentom pomagali pri pridobivanju pacientov, omogočali prostore za delo, supervizijo, intervizijo in dialog med študenti različnih pristopov.

Od jeseni 2011 do maja 2013 smo prehodili najtežji del poti, saj je avstrijska visokošolska akreditacijska agencija (Agentur für Qualitätssicherung und Akkreditierung Austria = AQ Austria) v tem času zaprla vpis novih generacij slovenskih študentov v angleški program. V šolskem letu 2010/11 je bilo vključenih v študij psihoterapevtske znanosti 111 študentov v petih letnikih (trije dodiplomski in dva magistrska), 43 je bilo študentov propedeutike, 33 pa jih bil vpisanih v specialistične študije, skupaj torej 187 študentov, kar je bilo po oceni AQ preveč, da bi še naprej dovolili vpisovanje v angleški program. Glavni argument je bil, da je vprašljiva kontrola kvalitete dela programa, ki se je izvajal v Sloveniji. Zahtevali so akreditacijo samostojne podružnice SFU v Ljubljani. Za to pa je bila potrebna uskladitev z v letu 2010 ustanovljenim NAKVISom, ki je ravno v tem času delal na urejanju t. i. »transnacionalnega izobraževanja«, ki omogoča prenos akreditiranih visokošolskih programov med deželami Evropske unije.

Mlini AQ Austria in NAKVISa so iz naše perspektive mleli zelo počasi, tako počasi, da se je zaradi zapore dotoka novih študentov celotni projekt študija psihoterapevtske znanosti znašel na robu preživetja. Eden od razlogov za počasno reševanje nastale situacije je bil tudi ta, da se tako avstrijsko kot slovensko akreditacijsko telo s podobnim primerom še ni srečalo, z našim projektom transnacionalnega izobraževanja smo v Sloveniji orali ledino. Leta 2012 so se po dobrem letu končno uskladili in nam dali navodila, kako naj pripravimo vlogo za postopek akreditacije, ki so ga razdelili na dve ključni fazi: najprej je bila potrebna akreditacija fakultete po slovenski zakonodaji, nato avstrijska akreditacija dodiplomskega in magistrskega programa psihoterapevtske znanosti na tej slovenski fakulteti.

Oktobra 2012 smo dočakali obisk akreditacijske komisije pod vodstvom prof. dr. Petra Praperja, ki jo je določil NAKVIS in ki je proti koncu leta podala negativno mnenje. K sreči so se dvodnevni ocenjevalni pogovorov slovenske akreditacijske komisije z vodstvom, učitelji in študenti udeležili tudi predstavniki AQ Austria, ki jim ni bilo težko videti apriorno negativne naravnosti komisije do našega projekta. V pismenem mnenju so ocenili, da postopek akreditacije ni bil izpeljan korektno, zato je NAKVIS imenoval novo komisijo, ki je ocenjevalni obisk ponovila v marcu 2013. Po dveh mesecih je bil naš križev pot okronan s pozitivnim mnenjem, 10. maja 2013 se je uradno rodila Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana). Nato so decembra 2013 na AQ Austria akreditirali tudi dodiplomski in magistrski študij psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana.

Glede na to, da smo od leta 2006 do danes izpostavljeni kritikam, da so maturantje premladi za študij psihoterapije, je zanimivo pogledati, kako so se do zapore vpisa leta 2011 vpisovali študenti z opravljeno maturo (to je s peto stopnjo izobrazbe) po šolskih letih. V tabeli 1 je prikazano, koliko se jih je vpisalo samo v študij psihoterapevtske znanosti, koliko jih je bilo ob študiju še redno zaposlenih in koliko jih je delalo dva fakultetna študija naenkrat (npr. psihoterapevtsko znanost in socialno delo).

**Tabela 1: Število slovenskih študentov v študijskem programu psihoterapevtske znanosti SFU Dunaj, ki so se vpisali z doseženo izobrazbo »gimnazijski maturant« v obdobju od leta 2006 do 2011.**

Študijsko leto	Študij psihoterapevtske znanosti	Študij psihot. znanosti + redna zaposlitev	Študij psihot. znanosti + študij drugje	SKUPAJ
2006/07	8	7	2	17
2007/08	3	3	2	8
2008/09	7	2	5	14
2009/10	10	4	0	14
2010/11	10	0	5	15
Skupaj	38	16	14	68

V tabeli 2 pa je prikazana statistika vpisa po akreditaciji SFU Ljubljana od leta 2013 do danes. V študijskem letu 2013/14 se je v 1. letnik fakultetnega študija vpisalo 33 študentov, od tega jih je imelo 30 peto stopnjo izobrazbe (in je torej psihoterapija njihov prvi poklic), 2 šesto stopnjo in eden sedmo stopnjo. Od teh se jih je v 2. letnik leto kasneje vpisalo 29, v 3. letnik pa 24.



V 3. letniku (šolskega leta 15/16) jih je 21 od 24 izbralo psihoterapevtski pristop na SFU Ljubljana, 3 so vpisali le t. i. skupne vsebine, saj se niso mogli vpisati na željeni psihoterapevtski pristop in se leto kasneje vpisujejo v enega od pristopov v okviru SFU Ljubljana.

V študijskem letu 2014/15 se je v 1. letnik vpisalo 37 študentov, vsi s peto stopnjo izobrazbe. Od teh se jih je 34 vpisalo leto kasneje v 2. letnik. V 3. letnik se bodo vpisovali septembra 2016. V 3. letniku generacije 2015/16, torej letos, jih je 30 že vpisanih v psihoterapevtske pristope SFU Ljubljana.

V v študijskem letu 2015/16 se je v 1. letnik vpisalo 29 študentov, vsi s peto stopnjo izobrazbe. V 2. letnik se bodo vpisovali septembra 2016.

V študijskem letu 2016/17 je v prvih dveh vpisnih rokih (tretji bo avgusta 2016) v 1. letnik fakultetnega študija vpisanih 28 študentov, od teh 27 s peto stopnjo izobrazbe in 1 s sedmo stopnjo.

**Tabela 2: Število študentov v študijskem programu psihoterapevtske znanosti SFU Ljubljana v obdobju od leta 2013 do danes (julij 2016).** Za posamezno študijsko leto je navedeno število vpisanih v posamezni letnik in dosežena stopnja izobrazbe ob vpisu.

Študijsko leto	Število vpisanih in izobrazba 1. letnik	Število vpisanih in izobrazba 2. letnik	Število vpisanih in izobrazba 3. letnik
2013/14	33 (V. st.: 30, VI. st.: 2, VII. st.: 1)	/	/
2014/15	37 (V. st.: 37)	29	
2015/16	29 (V. s.: 29)	34	24
2016/17	28 (V. st.: 27, VII. st.: 1) *3. vpisni rok v avgustu 2016	*vpis v septembru 2016	*vpis v septembru 2016

V tabeli 3 je za primerjavo s študijem psihoterapevtske znanosti prikazana statistika študija psihoterapevtske propedeutike. V drugem stolpcu je navedeno število vpisanih za posamezno študijsko leto in dosežena stopnja izobrazbe ob vpisu (izjemoma vpisujemo tudi kandidate, ki so še v fakultetnem izobraževanju in bodo ustrezno stopnjo izobrazbe dosegli v času študija propedeutike ali specialističnega študija izbranega psihoterapevtskega pristopa).

V tretjem stolpcu, kjer je navedeno število študentov, ki so se po opravljeni propedeutiki vpisali v psihoterapevtski pristop na SFU Ljubljana, lahko vidimo, da se jih za to odloči okoli polovica. Kandidat z nižjo stopnjo izobrazbe od sedme se kasneje, če se odloči za specialistični študij v izbranem pristopu, prepíše na fakultetni študij. Vsak je pred vpisom seznanjen, da bo moral dokončati tudi sedmo stopnjo, v kolikor želi pridobiti specialistično diplomu.

**Tabela 3: Število študentov v študijskem programu psihoterapevtske propedeutike SFU Ljubljana v obdobju od leta 2013 do danes (julij 2016).**

Študijsko leto	Število vpisanih in izobrazba	Psihoterapevtski pristop na SFU Ljubljana
2013/14	23 (VII. st.: 16, VIII/1 st.: 5, VIII/2 st.: 1)	6
2014/15	30 (VI. st.: 2, VII. st.: 26, VIII/1 st.: 2)	17
2015/16	35 (V. st.: 1, VI. st.: 5, VII. st.: 27, VIII/1 st.: 2)	15
2016/17	26 (VII. st.: 21, VIII. st.: 1, VI/2 st.: 3, VI. st.: 1)	/

\*3. vpisni rok v avgustu 2016

Legenda: VI = višja stopnja, VI/2 = visoka strokovna, VII = univerzitetna, VIII/1 = znanstveni magisterij, VIII/2 = doktorat

### **Starost študentov psihoterapevske znanosti in njihova (ne)izkušenosť oziroma (ne)zrelost**

Psihoterapija je bila do ustanovitve SFU Dunaj leta 2005 drugi poklic za drugo poklicno obdobje. Kot sem že prikazal, izobraževanja iz psihoterapije na Slovenskem in v svetu v glavnem še vedno potekajo znotraj posameznih psihoterapevtskih šol oziroma pristopov v okviru privatnih inštitutov in društev, v veliko manjši meri pa tudi v okviru univerz. Ti pristopi so bolj ali manj poznani, znanstveno utemeljeni in uspešni. Čeprav ta trenutek z izjemo Avstrije, Slovenije, Nemčije in Francije, kjer obstajajo podružnice SFU (poleg Dunaja in Ljubljane še v Parizu in Berlinu) v svetu še ni akreditiranih univerzitetnih študijskih programov, ki bi omogočali študij psihoterapije za prvi poklic takoj po srednji šoli, pa se je začelo stanje hitro spreminjati, saj akademski svet kaže čedalje več interesa za odpiranje te študijske možnosti.

Ker ta trenutek še vedno prevladujejo izobraževanja za psihoterapijo kot drugi poklic, je lažje razumljivo, zakaj se v strokovnih krogih, ki so povezani s psihoterapijo, vedno znova odpira vprašanje in polemika, ali je študij psihoterapije za prvi poklic sploh primeren, češ da mora biti oseba, ki deluje kot psihoterapevt starejša, osebno zrela in z določeno mero življenjskih izkušenj. Delno je za to polemiko krivo tudi dejstvo, da so po dodatnem znanju psihoterapije posegali predvsem strokovnjaki, ki so se že profesionalno ukvarjali z duševnimi stiskami in motnjami ljudi, npr. zdravniki in psihologi, pa jim je pri delu z ljudmi zmanjkovalo znanja in veščin, kako nekatere vrste težav sploh obravnavati in zdraviti. Tako se je kot "normalna" ustalila podoba psihoterapevta kot že rahlo osivelega strokovnjaka srednjih let.

V zvezi z možnostjo študija psihoterapevske znanosti takoj po srednji šoli se tako tudi v Sloveniji pojavljajo vprašanja, ali ne bodo diplomanti osebno nezreli, premladi, da ne bodo imeli dovolj življenjskih izkušenj za delo s pacienti ipd.<sup>2</sup> Na ta vprašanja lahko odgovarjamo s proti vprašanji: Kako pa da lahko bodoči socialni delavci, socialni pedagogi, zdravniki, psihologi, teologi in policisti začnejo s študijem po srednji šoli? V čem pa je psihoterapija tako posebna v primerjavi s temi študiji? Ali njihov način dela s človekom ni primerljivo zahteven in tudi primerljivo odgovoren? Poleg tega je študij psihoterapevske znanosti doslej edini univerzitetni študij, ki v okviru rednega študijskega programa vključuje obvezno intenzivno delo na sebi (v obsegu najmanj 250 ur). Ta osebna učna izkušnja pa omogoči študentu intenzivnejše osebno zorenje kot kateri koli drug študij brez te zahtevne dodatne ponudbe. To konkretno pomeni: če sta študent medicine in študent psihoterapije na začetku študija primerljivo osebno zreli, bo praviloma do konca študija študent psihoterapije dosegel višjo osebno zrelost oziroma integriteto kot njegov vrstnik. In to prav zaradi narave svojega študija.

Večkrat se pojavlja tudi vprašanje, ali študij zadošča kvantitativnim kriterijem, npr. v primerjavi s kriteriji Evropske diplome za psihoterapijo (EDP). Odgovor je preprost:

<sup>2</sup> Kot je prikazano v tabeli 2, trenutno (julij 2016) študira psihoterapevsko znanost 87 študentov s peto stopnjo izobrazbe (29 v prvem, 34 v drugem in 24 v tretjem letniku), če vzamemo pod drobnogled generacije, ki so se v študij vpisale po akreditaciji SFU Ljubljana leta 2013.

fakultetni študij psihoterapevtske znanosti na vseh treh temeljnih stebrih psihoterapevtskega izobraževanja (teorija, praksa pod supervizijo, osebna izkušnja) presega zahteve EDP za več kot tretjino, torej za več kot 1300 ur<sup>3</sup>.

Prav tako niso redke kritike, ki temeljijo na neinformiranosti, npr. da so študentje pri 18 letih, ko začnejo s študijem, premladi, da bi lahko psihoterapevtsko pomagali klientom. O tem seveda ni dvoma, zato je študij psihoterapevtske znanosti organiziran tako, da lahko začnejo študenti pod supervizijo delati s pacienti šele na magistrski stopnji, torej ko so stari okoli 23 let. Celoten dodiplomski študij je namenjen pripravi na ta zahteven korak. Poleg tega je ocena in odločitev, kdaj je posamezen študent dovolj osebno pripravljn in usposobljen, v rokah vodje izobraževanja iz posameznega psihoterapevtskega pristopa, ki status specializanta pod supervizijo podeljuje na podlagi individualiziranega spremljanja vsakega študenta posebej in usklajenega mnenja učiteljev.

Evropsko znani psihoanalitik in profesor na univerzi v Münchenu, prof. dr. Wolfgang Mertens, (v Možina, 2007) odgovarja s še dodatnimi tehtnimi protiargumenti: "Dandanes se vedno manj mladih ljudi – kljub velikemu zanimanju – odloča za poklic psihoterapevta. To je po eni strani gotovo povezano z dolgotrajnim časom izobraževanja, po drugi strani pa z visokimi stroški izobraževanja ter v primerjavi s tema dvema dejavnikoma s sorazmerno skromno finančno nagrado, pa tudi s še vedno nezadovoljivim družbenim ugledom tega poklica [...]" (Mertens v Možina, 2007: 100) Mertens nadaljuje, da bo širjenje možnosti za psihoterapevtsko izobraževanje takoj po srednji šoli delovalo proti pojemajočemu zanimanju za poklic psihoterapevta. »To bi utegnilo privedi do tega, da si posamezen psihoterapevt v času svojega življenja pridobi več kompetenc, morda pa lahko razvije več zanimanja za raziskovanje svoje poklicne dejavnosti, kot se to dandanes dogaja« (Mertens v Možina, 2007: 100).

K temu lahko dodamo še nekaj argumentov (Možina, 2007):

- za sprejem v fakultetni študij psihoterapevtske znanosti se z vsakim opravi intervju in seminar osebne izkušnje v mali skupini kandidatov. To je prvo sito, kjer se lahko odkrije osebno neprimerne kandidate;
- drugo in tretje sito poteka s pomočjo t. i. "poročevalnega [reporting] sistema" na magistrski stopnji, ko supervizorji poročajo o študentovem terapevtskem delu s klienti. V kolikor ima študent težave, lahko povečajo obseg tega dela oziroma upočasnijo študentovo pot do diplome, dokler ne razvije potrebnih kompetenc. V skrajnem primeru lahko pride tudi do tega, da se študentu predlaga prekinitev študija.

Vsi ti argumenti so dobili empirično potrditev in dodatno širino v raziskavi Jutte Fiegl, ki je predstavljena v knjigi *Tako mlad pa že psihoterapevt* (Fiegl, 2016ab). Do zdaj je to v svetu najbolj poglobljena raziskava o neposrednem izobraževanju iz psihoterapije takoj po srednji šoli, saj vsebuje pet delov: kvantitativno analizo osebnostnih lastnosti bodočih psihoterapevtov na reprezentativnem vzorcu 380 študentov v obdobju od študijskega leta 2011/12 do 2013/14; analizo osebnostnih lastnosti, ki si jih pripisujejo študenti sami, v primerjavi z rezultati testa osebnosti in zelenim profilom „idealnega psihoterapevta“ na

<sup>3</sup> Izračun je tak: en letnik študija obsega 60 kreditnih točk (ECTS). Po visokošolskih merilih predstavlja ena kreditna točka 25 do 30 ur študentovega dela, kar znese 1800 ur za letnik študija, od tega se šteje okoli polovica za t. i. kontaktne ure (predavanja, seminarji, vaje, supervizije, osebna izkušnja, tutorske skupine), torej 900 ur. Študij traja 5 letnikov, torej 4500 kontaktnih ur. Kriteriji za Evropsko diplomu iz psihoterapije nalagajo 3200 kontaktnih ur po treh glavnih stebrih (teorija, supervidirana psihoterapevtska praksa, osebna izkušnja). V kvantitativnem smislu torej presega akademski študij EDP kriterije za najmanj 1300 ur.

naključnem vzorcu 137 študentov prvega letnika študija psihoterapevtske znanosti; presečno analizo s pomočjo Vprašalnika za spremljanje psihoterapevtovega razvoja na naključnem vzorcu 110 študentov; pogled na študente iz vidika osmih supervizorjev z induktivno kvalitativno analizo po Mayringu; kvalitativno analizo o stališču študentov in njihovih razlogih za odločitve za študij psihoterapije s pomočjo intervjujev devetih študentov po metodi utemeljene teorije (angl. „grounded theory“).

Glede zrelosti nas seveda ne preseneti ugotovitev, da ta ni povezana s starostjo, saj nenazadnje vsi iz izkušnje vemo (še posebej pa psihoterapevti, ker so naši pacienti pogosto prav te vrste), da imamo lahko starejšega človeka, ki je nezrel. Prav tako izkušnje same še ne pomenijo zrelosti. Imamo lahko človeka, ki je veliko doživel, a se iz tega ni veliko ali celo nič naučil. Ključnega pomena je, ali lahko izkušnje reflektiramo in ali smo pripravljeni na kritično samorefleksijo. Le taka kompleksna refleksija določa življenjsko učinkovitost naših izkušenj. Tako se je tudi pri mladih študentih psihoterapevtske znanosti sposobnost samorefleksije pokazala kot posebej pomemben temelj, ki je nepogrešljiva tako za proces učne terapije kot tudi za lastni razvoj v izobraževanju in da lahko kritično pogledajo na deficite, ki jih morajo še spremeniti. Za to pa je potrebno ustvariti učno klimo, ki študente spodbuja, da izrazijo negotovosti, dvome o samih sebi in bojazni.

Odločanje o primernosti za vstop v izobraževanje iz psihoterapije samo na osnovi starosti ni ustrezno, ampak je bistveno navesti kriterije, ki so razvidni kot značilnosti zrelosti in življenjskih izkušenj. Fieglova na podlagi ugotovitev študije predlaga naslednje kriterije zrelosti: zmožnost podati informacije o doseganju življenju, separacija od staršev, finančna neodvisnost, izpolnjevanje obveznosti, poznavanje možnosti različnih rešitev, dobro samoopazovanje, zmožnost stati za svojim mnenjem, nejezljivost, védenje o pisanosti življenja, neodvisnost od zunanega mnenja, občutek za realnost in vzdržljivost.

Iz tega izpelje kriterije za ugotavljanje primernosti za študij psihoterapije, ki določajo osebno držo, ki je neodvisna od starostne spremenljivke: sposobnost samorefleksije, sposobnost za stik, radovednost, zanimanje za ljudi in življenjske vzorce, ljubezen do ljudi, politična in družbena kultura, humor, spoštovanje, pripravljenost krepiti ljudi, občutek za realnost, ozaveščenost, prožnost, sposobnost verbalnega izražanja, zmožnost samokritike, pogum za izražanje mnenja, sposobnost za razvijanje odnosov, pristnost, sproščeno komuniciranje z avtoriteto, odprtost namesto pričakovanj, psihična stabilnost, empatija. Poudarja, da gre za intrapsihična in medosebna področja, na katera moramo gledati kot na rezultat socializacije v otroških in mladostniških letih. V okviru izobraževanja jih lahko spodbujamo, ni pa se jih možno na novo naučiti, zato jih morajo kandidati kot osnovno »opremo« prinesiti že s seboj.

Rezultati raziskave Fieglove so pokazali, kako intenzivnega procesa osebnostne rasti so sposobni mladi študenti psihoterapevtske znanosti, tako da je lahko izluščila tri razvojne faze:

- *začetniško fazo*, za katero je značilna radovednost in navdušenje, ki mu sledi preobremenitev in nervoza; v tem obdobju študentje pridejo do prve učne izkušnje v lastni terapiji in na koncu izberejo psihoterapevtski pristop;
- *pubertetno fazo*, za katero je najprej značilna idealizacija učiteljev, pričakovanje konceptov in receptov, sledi pa kritika učiteljev in teorije, prizadevanja za avtonomnost in hkrati čedalje večja negotovost, ko naredijo prve korake v psihoterapevtski praksi pod supervizijo;
- *fazo razvijanja lastne identitete*, ki se krepí ob nabiranju izkušenj pri delu s klienti in se kaže v razvijanju lastnega stila, vse večjih občutkih gotovosti in lažjem prenašanju negotovosti,

rastočem zaupanju v lastno delo, sprejemanju lastnih meja in povezovanju teorije s prakso (Fiegl, 2016a: 166).

V okviru raziskav o študiju psihoterapevske znanosti na SFU je Igor Okorn (2012, 2014) v svoji doktorski disertaciji kvantitativno in kvalitativno preučil, kako se pri slovenskih študentih (vključena sta bila 102 študenta) petih zaporednih generacij od leta 2006 naprej v času študija spreminjajo njihova pričakovanja in predstave o poklicu psihoterapevta. Podobno kot Fieglova na vzorcu avstrijskih študentov je tudi iz tega vidika posredno potrdil ugoden vpliv študija na dozorevanje študentov oziroma njihovo osebno rast. Med petletnim študijem psihoterapevske znanosti so iz generacije v generacijo postajale predstave in pričakovanja študentov o poklicu psihoterapevta vedno bolj zrele in realne, tako da je na podlagi tega sklepal, da gredo skozi sledeče faze: faza »pred-konceptov o psihoterapiji in poklicu psihoterapevta«, faza »razgradnje pred-konceptov«, »obdobje zmedenosti in iskanja«, »izgradnja novih konceptov o psihoterapiji«, dokler v zadnji fazi študent dodatno »razvije in nadgrajuje koncepte o psihoterapiji in o psihoterapevskem poklicu.« (Okorn, 2014: 76)

### **Epilog: Akademizacija psihoterapije ni samo razvoj študijskih programov**

Po mnenju Diane Braakman (2010), ki ga je utemeljila na Konferenci o psihoterapevski znanosti in akademizaciji psihoterapije v Evropi (od 18. do 20. marca 2010 na SFU Dunaj), je akademizacija več kot le razvijanje akreditiranih študijskih programov na fakultetah in univerzah. Vključuje tudi znanstveno teoretično utemeljitev klinične prakse, razvoj samostojnega znanstvenega področja, stik s sorodnimi disciplinami (npr. psihologijo, medicino, sociologijo) in stik z mednarodnimi razvojnimi mrežami (npr. z Združenjem za raziskovanje psihoterapije, angl. Society for Psychotherapy Research).

Tudi na SFU Ljubljana nam je jasno, da je razvijanje raziskovanja izrednega pomena. To predstavlja velik izziv, ker sistematičnega raziskovanja na področju psihoterapije v Sloveniji še ni (Šugman Bohinc in Kobal, 2003; Praper, 2013). Kljub temu lahko najdemo kar nekaj objav o psihoterapevskih raziskavah na drugih področjih (npr. na področju psihologije, psihiatrije in socialnega dela), predvsem v okviru diplomskih, magistrskih in doktorskih del. Od leta 2009 je nov val raziskav zaživel v okviru doktorskega študija relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani.

SFU na področju svoje osnovne discipline, psihoterapevske znanosti, izvaja številne raziskave z več težišči. Tukaj naj izpostavimo dve:

(1) Raziskovanje procesa in izida psihoterapevskih obravnav, kjer posebno pozornost posvečajo perspektivi pacientov. V različnih psihoterapevskih pristopih povezujejo kvalitativno metodologijo, ki temelji npr. na intervjujih pacientov, s kvantitativno metodologijo SFU ambulante (v primerjavi z ambulantami partnerskih institucij).

(2) Raziskovanje izobraževanja, pri čemer raziskujejo izhodiščni položaj, razvoj študentov psihoterapevske znanosti v času študija in diplomantov po končanem študiju. Tudi tukaj uporabljajo različne raziskovalne metodologije in t. i. »mešano metodologijo« (angl. »Mixed Method Design«). Lepa primer tovrstnih raziskav sta prav publikacija Jutte Fiegl (2016ab) in raziskava o slovenskih študentih SFU Igorja Okorna (2012, 2014), ki je v članku predstavljena tudi v dodatku te knjige.

Številni raziskovalni projekti potekajo v sodelovanju z mednarodnimi partnerskimi institucijami oziroma s študenti iz različnih držav, in sicer z izvajanjem raziskav v posameznih državah (SFU Pariz, SFU Ljubljana, na Hrvaškem, v Srbiji in v Albaniji). V sodelovanju s SFU Ljubljana poteka trenutno nekaj raziskav, ki jih izvajajo slovenski doktoranti psihoterapevske znanosti na SFU Dunaj. Velik poudarek na SFU dajemo tudi spodbujanju podmladka, torej vključevanju študentov z vseh izobraževalnih stopenj v tekoče raziskovalne projekte in njihovo udeležbo na mednarodnih konferencah.

S ponudbo različnih psihoterapevtskih pristopov in metod je zagotovljena raznolikost in dodatna možnost za razvoj kakovostnih raziskav. Mednarodno mreženje SFU tudi v Sloveniji omogoča širši dostop do raziskovalnih rezultatov iz drugih držav. Z izpolnjevanjem akademskih zahtev se tudi v Sloveniji povečuje možnost publikacij na tem področju. Študenti in predavatelji SFU Ljubljana se lahko v večji meri vključujejo v mednarodne raziskovalne projekte. Trenutno se na SFU Ljubljana razvija pet raziskovalnih področij: psihoterapevtski proces in izid, proces psihoterapevskega izobraževanja in izid, zgodovina slovenske psihoterapije, fenomenologija in psihoterapija ter čuječnost in psihoterapija.

K mnenju Braakmanove, ki dela v Avstriji in Nemčiji, kjer je psihoterapija že zakonsko urejena, bi dodal, da pomeni akademizacija psihoterapije v Sloveniji, tako kot sem že poudaril zgoraj, tudi prizadevanje za njeno normativno ureditev. V že omenjenem Kolegiju fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja menimo, da bo, v kolikor bo sprejet Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki bi moral urejati tudi področje svetovanja, naloga Zbornice psihoterapevtov in svetovalcev, da nadzoruje izpolnjevanje pogojev za podeljevanje licenc za opravljanje psihoterapevske in svetovalne dejavnosti. Pri tem bo morala upoštevati standarde psihoterapije kot samostojnega poklica, ki jih lahko tako neakademske kot tudi akademske ustanove izpolnjujejo v večji (dovoljšnji) ali manjši meri. V primeru neizpolnjevanja pogojev bo lahko tako akademskim diplomantom psihoterapije kot tudi neakademskim naložila obveznosti, ki jih še morajo izpolniti, da bi lahko prišli do licence.

Zato je mnenje treh fakultet, ki so se povezale v Kolegij, da se lahko v izobraževanje iz psihoterapije oziroma svetovanja vključi posameznik že po končani srednji šoli. Primernosti za vstop v izobraževanje iz psihoterapije ne more določati zaključena izobrazba sedme stopnje ali druga bolonjska stopnja, kar nam lahko postane jasno tudi tako, da pogledamo, kako poteka akademsko izobraževanje iz medicine, socialnega dela, socialne pedagogike, psihologije ipd. Nesmiselno bi bilo zahtevati, da se v študij medicine, socialnega dela idr. lahko vključi šele kandidat z zaključeno sedmo stopnjo ali drugo bolonjsko stopnjo.

Menimo, da je, v kolikor gre za izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic, zaključena druga bolonjska stopnja izobraževanja, vključno z opravljenim številom ur teorije, osebne izkušnje in psihoterapevske prakse pod supervizijo po evropskih standardih za psihoterapijo kot samostojen poklic dovolj za pridobitev naziva psihoterapevta.

V kolikor gre za izobraževanje iz psihoterapije kot drugi poklic, pa je za pridobitev naziva psihoterapevta dovolj zaključena druga bolonjska stopnja oziroma univerzitetna stopnja po predbolonjskem sistemu, propedeutika in zaključena specializacija v določenem znanstveno priznanem psihoterapevtskem pristopu.

V Kolegiju se strinjamo, da je potrebno z delom na obstoječem predlogu zakona o psihoterapevtski dejavnosti (ZPD) nadaljevati na način, da Ministrstvo za zdravje ponovno

aktivira delovno skupino, v kateri bodo med drugimi tudi predstavniki Kolegija. Da bi pospešili postopek priprave ZPD in vzbudili zanimanje javnosti, bo Kolegij organiziral različne javne aktivnosti (npr. posvet na temo ZPD) z vključitvijo širše javnosti in medijev in začel postopke za ustanovitev Zbornice psihoterapevtov in svetovalcev Slovenije, ki bo delovala kot zameetek strokovne zbornice z javnimi pooblastili in bo vključevala vse relevantne subjekte s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. S tem nadaljujemo z osnovno strateško usmeritvijo pri razvijanju akademizacije psihoterapije (glej sliko 1), ki je lahko dolgoročno uspešna in smiselna le z zakonsko ureditvijo psihoterapije.

## Literatura

- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42 (9): 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7, april 2006, številka 4: 38-40.
- Bohak, J. (2013). Dolga pot do akreditacije Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 7, številka 3-4: 181-184.
- Braakman, D. (2010). Psychotherapie als Wissenschaft – Die Rolle der Psychotherapieforschung. Vortrag an der Konferenz Psychotherapiewissenschaft und die Akademisierung der Psychotherapie in Europa, 18. bis 20. März 2010, Wien: SFU.
- Deurzen-Smith, E. van (1995). *Die Qualifikation des Psychotherapeuten: Bildung eines unabhängigen Berufes*. Heidelberg: Springer.
- Fiegl, J. (2016a). *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie: Forschungsergebnisse zur Eignung und zum Ausbildungsverlauf aus der Perspektive von Studierenden und Experten*. Münster, New York: Waxmann.
- Fiegl, J. (2016b). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije*. Ljubljana, Vienna: Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, letnik 42 (9), 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, letnik 1, št. 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2010a). O psihoterapevtovi gotovosti v negotovost, dvojni vezi in paradoksih. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 4, št. 1-2: 67-96.
- Možina, M. (2010b). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 4, št. 1-2: 133-166.
- Možina, M. (2010c). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letn. 4, št. 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2011). *Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem*. V: Žvelc, M. (ur.), Možina, M. (ur.) in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 11-55.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 2, št. 3-4: 119-142.
- Okorn, I. (2012). *Expectations and representations about psychotherapeutic profession and their changes in the study process of Slovenian SFU students*. Zasebna univerza Sigmund Freud Privatuniversität Dunaj: dizertacija.
- Okorn, I. (2014). Pričakovanja in predstave o poklicu psihoterapevta pri slovenskih študentih psihoterapevtske znanosti Univerze Sigmunda Freuda. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 8, št. 1-2: 55-78.
- Praper, P. (2013). *Skupinska psihoterapija: od teorije do znanosti*. Slovenj Gradec: Visoka šola za zdravstvene vede.
- Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V: Bohak, J. (ur.) in Možina, M. (ur.). *Kaj deluje v psihoterapiji: novejšje raziskave njene uspešnosti: zbornik prispevkov*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 18-24.





Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc Jakša in Primož Rakovec<sup>1</sup>

# Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji

The time for the law is now:

Editorial about the news concerning legal regulation  
of psychotherapy and psychosocial counselling in Slovenia

Leta 2018 je slovenska psihoterapija praznovala petdesetletnico, če vzamemo za njeno rojstno leto 1968, ko je bila ustanovljena Psihoterapevtska sekcija pri Slovenskem zdravniškem društvu. Ta je v sodelovanju s hrvaškimi in srbskimi psihoterapevti predstavljala okvir za prvo sistematično slovensko izobraževanje iz psihoterapije, ki je bilo zasnovano kot subspecializacija za psihiatre in klinične psihologe.

Hkrati je leto 2018 prineslo pomembne novosti v regulativah psihoterapije v evropskem prostoru, saj so Hrvaška, Malta in Nemčija sprejele nove zakone o psihoterapiji, o čemer poročamo v posebnem članku v informativnem delu te številke Kairosa (Možina in dr., 2018). Tudi v Sloveniji je po nekajletnem zatišju v zvezi z našimi prizadevanji za zakonsko ureditev psihoterapije in svetovanja prišlo do premikov tako na strokovni kot tudi politični ravni, o katerih želimo v tem uvodniku podrobneje poročati. Ne glede na vse ovire, s katerimi se srečujemo, nas veseli, da smo se pisci tega poročila povezali kot predstavniki različnih psihoterapevtskih organizacij ter razvili zaupanje in plodno sodelovanje.

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, dekan in direktor Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Rovšnikova 2, 1000 Ljubljana, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)

Tomaž Flajs, psihoterapevt, predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, [tflajs@gmail.com](mailto:tflajs@gmail.com)

As. dr. Drago Jerebic, zakonski in družinski terapevt, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, [drago.jerebic@teof.uni-lj.si](mailto:drago.jerebic@teof.uni-lj.si)

Irena Kosovel, psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [irena.kosovel@gmail.com](mailto:irena.kosovel@gmail.com)

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

As. dr. Primož Rakovec, psihosocialni svetovalec, Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici, predsednik Združenja za psihosocialno svetovanje in psihoterapijo, [primoz.rakovec@fuds.si](mailto:primoz.rakovec@fuds.si)

## Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028

Državni zbor je 27. marca 2018 sprejel Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljevanju ReNPDZ18–28). Nastala je na podlagi Zakona o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15 – odl. US) in predstavlja prvi strateški dokument, ki določa strategijo razvoja na področju skrbi za duševno zdravje v Sloveniji ter celovito in dolgoročno zarisuje varstvo duševnega zdravja v državi.

V ReNPDZ18–28 je med prioritetskimi nalogami zapisano, da se **mora področje psihoterapije in psihosocialnega svetovanja zakonsko urediti** zato, da bi se zmanjšala deficitarnost poklicev, na katerih sloni skrb za duševno zdravje prebivalcev, in da bi se poklicna profila psihoterapevt in psihosocialni svetovalec vključila v službe in interdisciplinarne time za:

- krepitev in ohranjanje dobrega duševnega zdravja vseh prebivalcev Slovenije, preprečevanje duševnih težav in motenj od najzgodnejšega obdobja do pozne starosti;
- zmanjševanje stigme in diskriminacije oseb z duševnimi motnjami;
- vzpostavljanje podpornih okolij za dobro duševno zdravje;
- približevanje služb in storitev za duševno zdravje uporabnikom – na primarno raven zdravstvenega varstva in s pomočjo skupnostnega pristopa v lokalnem okolju.

Izzivi, na katere odgovarja ReNPDZ18–28, so ključnega pomena tudi za normativno ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja:

- velike socialno-ekonomske in demografske razlike znotraj posameznih geografskih področij;
- med posameznimi regijami so različna tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju;
- velike razlike v dostopnosti do storitev;
- vrzel med potrebami in dostopnostjo celostne skrbi za duševno zdravje je največja na primarni ravni;
- osebe z duševno motnjo umirajo povprečno 20 let prej v primerjavi z drugimi ljudmi.

V okviru akcijskega načrta za obdobje 2018–2020 ReNPDZ18-28 predvideva:

- do konca leta 2018 pripravo in do konca leta 2019 sprejetje normative ureditve psihoterapevtske in psihološke dejavnosti ter
- v letu 2020 njuno uveljavljanje, vključno s financiranjem.

Za ureditev psihoterapevtske in psihosocialne svetovalne dejavnosti v ReNPDZ18-28 so kot nosilna določena tri ministrstva in sicer: Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo izobraževanje, znanost in šport. Le na ta način bo namreč možno najti medresorske rešitve za umestitev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v sistem varovanja duševnega zdravja.

## Do kod smo prišli v naših prizadevanjih za zakonsko ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja do konca leta 2018?

Že tretje leto zapored se v novoletnem času oglašamo v Kairosu z aktualnimi novicami s področja normativnega urejanja psihoterapije pri nas. Konec leta 2016 smo poročali o ustanovitvi Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, katerega osnovno poslanstvo je prizadevanje za normativno ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji in za večjo urejenost obeh področij (Kosovel, 2016). Združenje se je v teh prizadevanjih povežalo z akademsko sfero (Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze v Ljubljani – SFU Ljubljana, Teološko fakulteto Univerze v Ljubljani - TeoF in Fakulteto za uporabne družbene študije v Novi Gorici - FUDŠ) in še dvema strokovnima združenjima: Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo (SKZP) in Združenjem zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS).

SKZP se je v svojih prizadevanjih za zakonsko ureditev najprej povezala z Združenjem psihoterapevtov Slovenije (ZPS). Obe organizaciji sta 15. januarja 2016 podpisali Memorandum o sodelovanju na področju urejanja psihoterapevtske dejavnosti. Tega sodelovanja je bilo žal konec že naslednje leto, saj so iz ZPS sporočili, da so spremenili svoje prioritete in si bodo v bodoče prizadevali predvsem za ureditev psihoterapije v okviru zdravstva. Od takrat naprej si SKZP predvsem prizadeva za oblikovanje standardov in kriterijev psihoterapevtske kompetentnosti, ki bi omogočali preverjanje usposobljenosti za poklic psihoterapevta ne glede na predhodno izobrazbo, pridobljeno pred začetkom psihoterapevtskega izobraževanja. Evropska zveza za psihoterapijo (EAP) je leta 2017 v svoj dokument o Evropski diplomi za psihoterapijo kot možno pot do njene pridobitve vključila tudi akademsko pot izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic. SKZP se je temu mnenju pridružila in ni več vztrajala na psihoterapiji kot zgolj drugem poklicu, ki je delilo in še vedno deli psihoterapevtsko stroko. Standardi kompetentnosti namreč bolj kot vstopne poudarjajo izstopne pogoje za uspešen zaključek izobraževanja (več o tem v nadaljevanju).

Poleg številnih aktivnostih, s katerimi smo opozarjali na problematiko neurejenosti psihoterapije v Državnem zboru RS, na Odboru za zdravje, na Ministrstvu za zdravje ter širši strokovni in laični javnosti nasploh, smo v okviru javne razprave decembra 2017 oblikovali obsežen sveženj pripomb in predlogov dopolnitev na osnutek ReNPDZ18-28, v katerih smo med drugim opozorili, da sta v tako pomembnem strateškem dokumentu, kot je nacionalni program duševnega zdravja za prihodnje desetletno obdobje, »izpadli« celi področji psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, saj nista bili v dokumentu niti omenjeni (Možina in Kosovel, 2017). Ker MZ po zaključku javne razprave ni upoštevalo niti ene naše pripombe in ni vključilo niti enega našega predloga, smo nato februarja 2018 preko poslanskih skupin v zadnjem trenutku uspeli, da se je v ReNPDZ18-28 jasno zapisalo, da se mora zakonsko urediti psihoterapevtska in svetovalna dejavnost.

Potem ko je bila 27. marca 2018 sprejeta ReNPDZ18-28, se je v okviru MZ oblikovala nova medresorska delovna skupina za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji (v nadaljevanju DSNUP), v kateri so, poleg zastopnikov treh ministrstev, predstavniki ključnih izvajalcev psihoterapevtske in psihosocialne svetovalne dejavnosti

ter izvajalcev izobraževanj s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (med njimi smo tudi pisci tega uvodnika)<sup>2</sup>. Naloga delovne skupine je priprava osnutka zakona o normativni ureditvi psihoterapije in svetovanja v Sloveniji do konca leta 2018, sprejem zakona v parlamentu do konca 2019 in implementacija zakona do konca leta 2020. Vse to so bili nujno potrebni koraki v smeri vzpostavljanja pogojev za reguliranje neurejenega področja psihoterapije v Sloveniji.

A že prva srečanja v delovni skupini so pokazala, da sta se soočila dva pogleda na ureditev psihoterapije in svetovanja pri nas in sicer:

- ožji medicinski, ki ga zagovarjajo predvsem psihiatri in klinični psihologi, ki želi psihoterapijo kot metodo dela zapreti za obzidje zdravstva in ohraniti status quo zgolj z večanjem števila kliničnih psihologov, torej brez zakonske ureditve področja ter
- širši medresorski, ki temelji na t. i. kontekstualnem modelu (Wampold in Imel, 2015) in ki prepoznava psihoterapijo kot avtonomno znanstveno disciplino in samostojen poklic s področjem delovanja v številnih družbenih resorjih od zdravstva, šolstva, sociale, sodstva, gospodarstva itd. Po tem konceptu je naloga psihoterapije mnogo širša od zdravljenja samega, in sicer vključuje še pomoč ljudem v čustvenih in eksistencialnih stiskah, ob izgubah, stresnih situacijah, podporo za osebnostno rast in s tem za večanje kvalitete življenja, tja do najširše preventive.

Takšna razklanost v pogledih na ureditev psihoterapije in svetovanja je pogosta tudi v drugih državah, kar je med drugim razlog za praviloma parcialne ureditve področja psihoterapije in svetovanja. Takšni pojavi pa so lahko samo spodbuda, da razmere v Sloveniji uredimo s celovito, sodobno in medresorsko normativno ureditvijo področja.

## **Skupni dejavniki in kontekstualni model nasproti medicinskemu modelu na področju psihoterapije in svetovanja**

Spremembe financiranja psihoterapevtske dejavnosti s strani zavarovalnic v razvitih državah (npr. v Avstriji, Nemčiji, na Nizozemskem idr.) so od devetdesetih let dvajsetega stoletja vplivale na pomemben premik v raziskovanju in praksi psihoterapije in svetovanja. Čedalje pogosteje se je pojavljalo vprašanje, kateri psihoterapevtski oziroma svetovalni pristopi so učinkoviti, hkrati pa se je vse bolj potrjevalo, kateri pristopi so učinkoviti pri kakšni problematiki in »pri kom«. Določenim pristopom in metodam se je namreč s priznanjem učinkovitosti zagovilo prihodnje financiranje (Roth in Fonagy, 1996).

Te raziskave so spodbudile izdelavo standardiziranih priročnikov za uporabo točno določenih psihoterapevtskih oziroma svetovalnih metod in tehnik, s točno določenim številom terapevtskih srečanj v primeru diagnosticirane motnje. Mnogi psihoterapevti so začeli opozarjati na nevarnost tehnizacije psihoterapije, ki jo na eni strani podpira biomedicinski model, na drugi strani pa zahteve zavarovalnic, ki plačujejo psihoterapijo. Nastalo neravnovesje so poskušali nekateri raziskovalci uravnotežiti tako, da so

2 Delovno skupino sestavljajo 4 uradniki, dva iz MZ, po eden iz MDDSZ in MIZŠ, 1 predstavnik RSK za psihiatrijo, 1 predstavnik RSK za klinično psihologijo, predstavniki 4 fakultet, od tega treh, ki edine v Sloveniji izvajajo akreditirane programe izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja, in enega predstavnika Filozofske fakultete - oddelka za psihologijo, 7 predstavnikov strokovnih združenj s področja psihoterapije, od tega so tri društva, katerih člani delujejo pretežno v okviru zdravstvenega sistema in štiri, katerih člani delujejo izven zdravstvenega sistema.

začeli raziskovati in poudarjati vlogo skupnih terapevtskih dejavnikov, med katerimi ima osrednjo vlogo psihoterapevtski odnos in še posebej delovna zveza. Ti dejavniki presejajo posamezne terapevtske in svetovalne pristope in jih ne moremo reducirati le na uporabno metod in tehnik, čeprav so istočasno z njimi povezani.

V zadnjih 30 letih se je v strokovnih krogih razvnela "velika razprava" o tem, kako psihoterapija, svetovanje, pa tudi druge pogovorne terapije učinkujejo (Wampold in Imel, 2015). Prevladujejo tisti, ki zagovarjajo *medicinski model*, ker so prepričani, da psihoterapija oziroma svetovanje delujeta podobno kot penicilin preko specifičnih sestavin, ki so zdravilne za specifično motnjo oziroma bolezen. V skladu s tem pogledom je glavni poudarek na diagnozi, načrtu obravnave in pripadnosti t. i. „empirično podprtim“ oziroma „znanstveno utemeljenim“ psihoterapevtskim in svetovalnim pristopom. Tako razumevanje prevladuje tudi pri uporabnikih psihoterapevtskih in svetovalnih storitev.

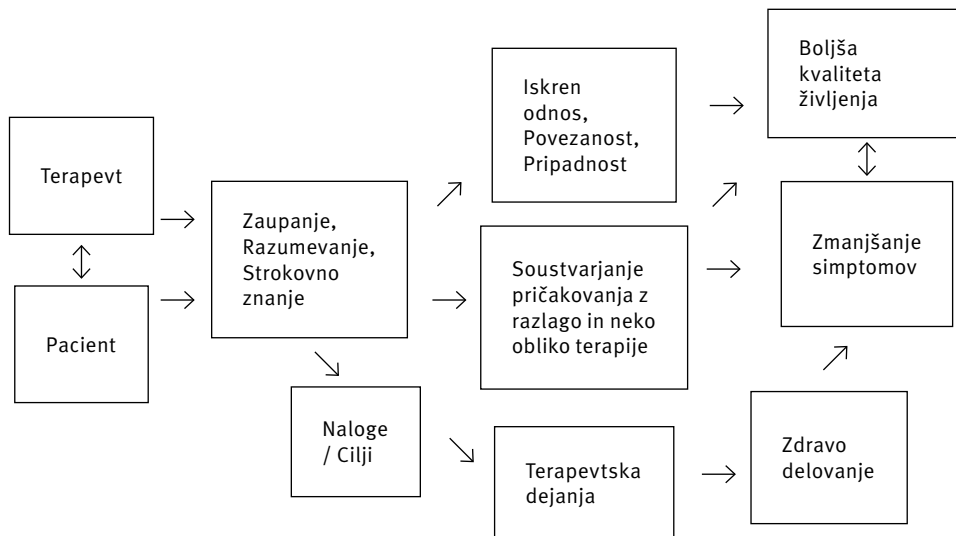
Na drugi strani pa obstaja manjšina, ki trdi, da sta psihoterapija in svetovanje dokazano učinkovita, vendar medicinska razlaga ne drži. Namesto nje ponujajo t. i. „*kontekstualni model*“ (glej sliko 1), ki postaja vse bolj podprt s številnimi študijami. Opozarja na pomanjkanje dokazov o tem, da obstajajo specifične razlike v učinkovitosti med okoli 250 psihoterapevtskimi, svetovalnimi in psihološkimi pristopi, ki si danes prizadevajo dokazati, da so bolj ali vsaj enako učinkoviti kot drugi. Namesto tega naj bi učinkovitost psihoterapije in svetovanja, pa tudi drugih pogovornih terapij, temeljila na nizu zdravilnih nespecifičnih dejavnikov, ki so skupni vsem. Med njimi posebej izstopajo (glej sliko 1):

- kako se vzpostavi zaupanje in razumevanje med terapevtom/svetovalcem in klientom v prvem stiku;
- ali ima terapevt/svetovalac ustrezno strokovno znanje in ali klient na začetku dobi vtis, da ga ima;
- ali se po začetnem zaupnem stiku njun odnos razvije v smeri vse večje iskrenosti in povezanosti z občutkom pripadnosti (terapevtski oziroma svetovalni odnos);
- ali terapevt/svetovalac s svojimi razlagami in določeno vrsto terapije oziroma svetovanja skupaj s klientom soustvarja pričakovanja, ki so za klienta smiselna in motivirajoča;
- ali terapevt/svetovalac in klient uspeta dobro oblikovati cilje ter definirati naloge, ki vodijo k ciljem preko konkretnih klientovih dejanj z zdravilnim učinkom;
- ali se posamezna klientova dejanja razvijajo v navade zdravega delovanja;
- ali izid terapije/svetovanja ni samo zmanjšanje simptomov, temveč tudi boljša kvaliteta življenja klienta.

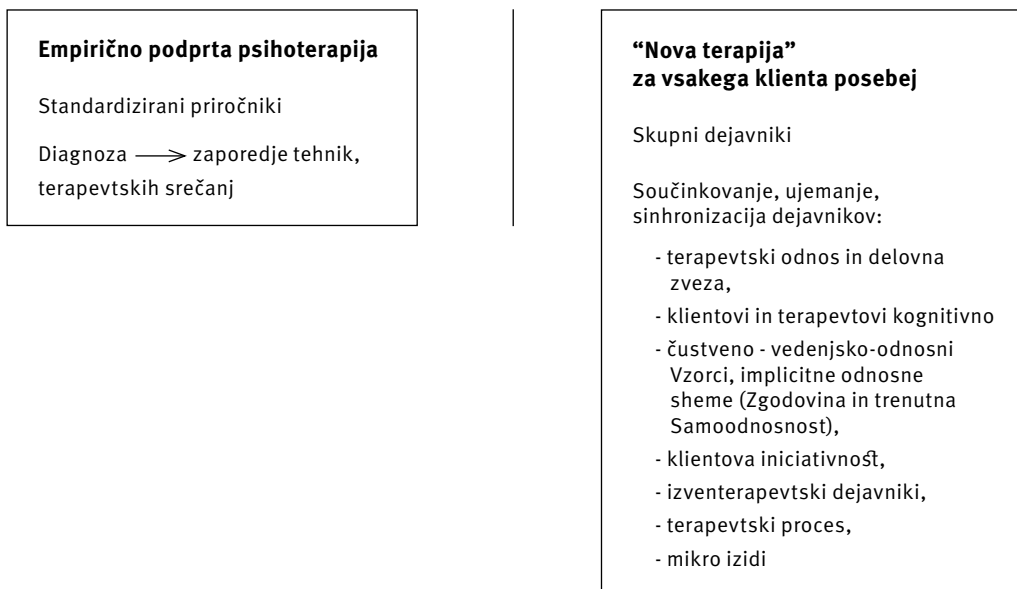
Kontekstualni model torej poudarja zunajterapevtske dejavnike (to pomeni, kaj se dogaja v klientovem življenju izven terapevtskih oziroma svetovalnih seans), terapevtski/svetovalni odnos, terapevtove/svetovalčeve kvalitete in še posebej klientove sposobnosti, moči, vire in cilje.

Zagovorniki kontekstualnega modela oziroma delovanja skupnih dejavnikov menijo, da psihoterapija, ki temelji na empirično podprtih povezavah med terapevtskimi metodami in diagnostičnimi kategorijami (v nadaljevanju empirično podprta psihoterapija), zanemarja tri pomembna področja: terapevtovo osebnost, psihoterapevtski odnos in klientove značilnosti, ki niso vključene v diagnozo (Norcross, 2002: 4-6) (glej sliko 2).

Slika 1: Kontekstualni model (Wampold in Imel, 2015: 53)



Slika 2: Razlike med empirično podprto psihoterapijo in teorijo skupnih dejavnikov (Kobal, 2005).



Smail (1999) je opozoril, da predstavniki empirično podprte psihoterapije vzdržujejo »tehnično« podobo psihoterapije zaradi ekonomskih interesov. Hkrati so potencialni klienti zainteresirani za poenostavljeno podobo empirično podprte psihoterapije kot »hitrem popravilu«, ki se drži jasnih receptov. Akademski raziskovalci pa so pogosto naklonjeni določenemu psihoterapevtskemu oziroma svetovalnemu pristopu in si prizadevajo predvsem potrditi uporabnost njegovih metod.

Empirično podprta psihoterapija obravnava psihoterapevta kot neosebni dejavnik, ki deluje v skladu z določili priročnika za motnje diagnosticirane v DSM-V ali ICD-10 (glej sliko 2). Ta drži je v velikem nasprotju s klinično izkušnjo psihoterapije kot intenzivno medosebnega, interakcijskega in čustvenega doživetja, kar so pokazale tudi meta-analize, kjer so psihoterapevtovi dejavniki zasenčili varianco razlik med psihoterapevtskimi pristopi (Luborsky, 1986, po Norcross, 2002: 4; Lambert in Barley, 2002: 21)

Zelo vprašljiva je tudi redukcija klientovih značilnosti na diagnostične kategorije, izključno prirejanje terapevtskih tehnik diagnozam in zanemarjanje klientovih nediagnostičnih značilnosti (Norcross, 2002: 4-6). Vsi priročniki za izvajanje psihoterapije so orientirani na diagnostične kategorije in ne na človeka. Izkušnja vsakega psihoterapevta pa je, da je za zdravljenje ključnega pomena spoznavanje klientove enkratnosti in njegovega konteksta ter odgovarjanje na njegovo kompleksno enkratnost. Zato je eno od osnovnih načel pri terapevtskem in svetovalnem delu, ki izhaja iz kontekstualnega modela in teorije skupininih dejavnikov, da je potrebno pristop prilagoditi klientu, ne pa klienta pristopu. Nekaterih klientov tudi ne moremo razvrstiti v diagnostične kategorije. Horvath (po Horvath in Luborsky, 1993) je ob pregledu študij razdelil klientove dejavnike, ki vplivajo na razvoj delovne zveze, v tri kategorije:

- *medosebne sposobnosti ali veščine* so povezane z oceno kvalitete klientovih socialnih in družinskih odnosov ter stresnih dogodkov;
- *intrapsihična dinamika* je povezana z oceno klientove motivacije, psihičnega statusa, implicitnih odnosnih shem (objektnih odnosov, introjekta, delovnih modelov in stilov navezanosti);
- *diagnostične značilnosti* se povezujejo z oceno teže klientovih simptomov in prognostično oceno, ki imajo relativno majhen vpliv na klientovo sposobnost za razvoj dobre delovne zveze, ki je povezana s pozitivnim izidom psihoterapije (Horvath in Luborsky, 1993). Veliko večji vpliv pa ima ujemanje med terapevtom in klientom, ne glede na posamezne vplive terapevtovih in klientovih dejavnikov (Luborsky, 1994).

Psihoterapija zajema širok spekter od zdravljenja težjih bolezenskih stanj preko obravnavanja vprašanj družinskega življenja, kot je ustrezna vzgoja, konflikti v družini, nezvestoba, pa vse do spodbujanja osebnotne rasti ter lajšanja soočanja s starostjo, vprašanji smiselnosti življenja in minljivostjo. Da bi poimenovali kot edino in pravo psihoterapijo le zdravljenje duševnih motenj in bolezni ter izključili vse drugo, bi bilo v nasprotju z dejanskim stanjem in sodobnim razumevanjem psihoterapije. Področje je treba pustiti dovolj široko odprto in poskrbeti, da psihoterapevti delujejo v okviru svojih kompetenc, kar pa zahteva že etični kodeks.

Ne samo v Sloveniji, temveč tudi v nekaterih evropskih državah se v javnosti in strokovnih krogih vedno znova odpirajo razprave o nujnosti medicinskega znanja za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti, v katerih se pojavlja skrajno stališče, da naj psi-

hoterapijo izvajajo le zdravniki. To je podobno nesmiselno, kot če bi na podlagi tega, da so znanja iz biologije koristna za zdravnike, zahtevali, da so zdravniki lahko samo tisti, ki so zaključili študij biologije. Gotovo določena znanja iz medicine lahko koristijo in so nujna, vendar za večji del to ne velja, saj psihoterapevti nujno potrebujejo tudi določena znanja iz psihologije, družbenih ved, socialnega dela, biologije, kognitivne znanosti, biopsihologije, pedagogike, gerontologije, svetovalnega dela idr. Večina znanja zdravnikov za izvajanje psihoterapije ni uporabnega oziroma lahko predstavlja celo oviro, saj je to znanje uokvirjeno v medicinski model, ki se v primerjavi s kontekstualnim modelom kaže kot vse manj primeren ne le za psihoterapijo in svetovanje, temveč tudi za vse druge pogovorne terapije.

## **Umeščenost psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v klasifikacijah znanstvenih področij in klasifikacijah poklicev**

Psihoterapija po vseh glavnih klasifikacijah znanstvenih področij ni uvrščena med medicinske vede, temveč:

- po klasifikaciji KLASIUS, ki se v Sloveniji najbolj uporablja za razvrščanje izobraževalnih področij, na primer na Nacionalni agenciji za kakovost v visokem šolstvu RS in tudi na univerzah, kot je npr. Univerza v Ljubljani, je uvrščena pod ožje področje 031 Družbene vede in vedenjske znanosti in pod podrobno področje 0313 Psihologija, ki „obsega predmetnospecifične vsebine, ki se nanašajo na proučevanje človeškega uma in obnašanja (vedenja) kot rezultata razlik med posamezniki, njihovih izkušenj in okolja. V to podrobno področje se razvrščajo aktivnosti in izidi izobraževanja in usposabljanja z naslednjo glavno predmetnospecifično vsebino: kognitivna znanost, psihoanaliza, psihologija, psihoterapija. Sem spada tudi socialna in politična psihologija.” (Statistični urad RS, 2017: 15);
- po klasifikaciji ISCED psihoterapija v različnih deležih sega na področje št. 31 Družbene vede, področje št. 72 Zdravstvo, področje št. 21 Humanistične vede in področje št. 76 Socialno delo. Ker pa je v skladu z navodili Unesca za ISCED klasifikacijo potrebno za študijski program določiti področje po večinskem deležu, spadajo programi s področja psihoterapije v področje št. 31 Družbene vede (Statistični urad RS, 2012).

Umeščanje psihoterapije le na področje zdravstva bi bilo tudi v nasprotju s stališči Evropske komisije, ki v zvezi z regulacijo poklicev opozarja, da lahko nepotrebno obremenilni in zastareli predpisi kvalificiranim kandidatom nerazumno otežujejo dostop do delovnih mest, za katere so usposobljeni, kar škodi tudi uporabnikom<sup>3</sup>. Da bi omogočila bolj fleksibilen pogled na izobrazbe in poklice, ki obstajajo v Evropski uniji (EU), je izdelala Evropsko klasifikacijo spretnosti/kompetenc, kvalifikacij in poklicev (ESCO) (Evropska komisija, 2018), ki je del strategije Evropa 2020. Klasifikacija ESCO opredeljuje in razvršča spretnosti, kompetence, kvalifikacije in poklice, ki so relevantni za trg dela ter sisteme izobraževanja in usposabljanja v EU ter sistematično prikazuje razmerja med različnimi koncepti.

3 Ocena sorazmernosti nacionalnih predpisov o poklicnih storitvah, [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-17-23\\_sl.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-17-23_sl.htm)



Za razvrstitev poklicev uporablja hierarhična razmerja med njimi, metapodatke ter vzporejanja z mednarodno standardno klasifikacijo poklicev (ISCO) (International Labour Office, 2012). Vsak koncept vsebuje prednostni termin ter poljubno število neprednostnih in skritih terminov v vseh jezikih klasifikacije ESCO. Vsak poklic vsebuje tudi poklicni profil z obrazložitvijo poklica, ki zajema opis, opombo k opisu in opredelitev. Profil poleg tega navaja še znanja, spretnosti in kompetence, ki so po mnenju strokovnjakov terminološko ustrezni za zadevni poklic na evropski ravni.

Pod oznako poklica psihoterapevt/psihoterapevtka, ki spada med strokovnjake družbenih ved, je podana naslednja definicija psihoterapije: „Psihoterapevti na področju varovanja duševnega zdravja s psihoterapevtskimi metodami pomagajo in obravnavajo uporabnike z različnimi psihološkimi, psihosocialnimi ali psihosomatskimi vedenjskimi motnjami in bolezenskimi stanji. Spodbujajo osebni razvoj in dobrobit, svetujejo za izboljšanje medosebnih odnosov in sposobnosti ter ozaveščajo o tehnikah za reševanje problemov. Uporabljajo znanstveno utemeljene psihoterapevtske metode, kot so vedenjska terapija, eksistencialna analiza in logoterapija, psihoanaliza ali sistemska družinska terapija, da bi usmerjali paciente pri njihovem razvoju in jim pomagali najti ustrezne rešitve za njihove probleme. Psihoterapevti ne potrebujejo akademske izobrazbe iz psihologije ali medicinske specializacije iz psihiatrije. Psihoterapija je samostojen poklic in se razlikuje od psihologije, psihiatrije in svetovanja.” (<http://data.europa.eu/esco/occupation/af69484e-b43f-4685-b22d-f3418df45c4d>)

Nato so navedene bistvene spretnosti in kompetence:

- beležiti rezultate psihoterapije
- dejavno poslušati
- delati v večkulturnem okolju v zdravstvenem varstvu
- izvajati psihoterapevtske ocene tveganja
- izvajati terapevtska srečanja
- komunicirati z uporabniki zdravstvenih storitev
- konceptualizirati potrebe uporabnika zdravstvenih storitev
- končati psihoterapevtski odnos
- lajšati psihološki razvoj uporabnika zdravstvenih storitev
- oblikovati model konceptualizacije primera za terapijo
- obravnavati pacientovo travmo
- odločati se o psihoterapevtskem pristopu
- odzivati se na izrazita čustva uporabnika zdravstvenih storitev
- odzivati se na spreminjajoče se razmere v zdravstvenem varstvu
- ohranjati osebni razvoj na področju psihoterapije
- opredeljevati težave z duševnim zdravjem
- poglobljeno proučevati lastno prakso
- pogovoriti se o zaključku terapevtske pomoči
- prevzemati odgovornost
- prispevati k neprekinjenemu zdravstvenemu varstvu
- razvijati sodelovalni terapevtski odnos
- seznanjati se s sodobnimi trendi v psihoterapiji
- sodelovati z uporabniki zdravstvenih storitev, ki prejemajo zdravila
- sočustvovati z uporabnikom zdravstvenih storitev
- spodbujati duševno zdravje

- spodbujati izobraževanje o psiho-socialnih vprašanjih
- spodbujati uporabnika socialnovarstvenih storitev k samonadzoru
- spopadati se s psihosomatskimi motnjami
- sprejeti ukrepe za preprečevanje ponovitve
- spremljati terapevtski napredek
- svetovati o informirani privolitvi uporabnikov zdravstvenih storitev
- svetovati strankam
- ukvarjati se z vzorci psihološkega vedenja
- uporabljati klinične kompetence odvisno od konteksta
- uporabljati psihoterapevtske intervencije
- uporabljati sistem e-zdravje in zdravstvene mobilne tehnologije
- uporabljati tehnike kliničnega ocenjevanja
- uporabljati tehnike za povečanje motivacije pacientov
- upoštevati klinične smernice
- upoštevati organizacijske smernice
- upoštevati standarde kakovosti v zvezi zdravstveno prakso
- upoštevati zakonodajo v zvezi z zdravstvenim varstvom
- upravljati osebni strokovni razvoj
- upravljati podatke o uporabniku zdravstvenih storitev
- upravljati psihoterapevtske odnose
- učinkovito se sporazumevati na področju zdravstvenega varstva
- vrednotiti psihoterapevtsko prakso
- zagotavljati psihoterapevtsko okolje
- zagotavljati strategije zdravljenja za izzive za zdravje ljudi
- zagotavljati varnost uporabnikov zdravstvenih storitev.

Sledijo bistvena znanja:

- etika za zaposlene v zdravstvenem varstvu
- metodologija znanstvenih raziskav
- motnje samozavedanja
- osebnostne teorije
- pogoji za poklicno prakso psihoterapije
- psihiatrija
- psihiatrične motnje
- psihofarmakologija
- psihologija
- psihološka diagnostika
- psihološke teorije
- psihopatologija
- psihosocialne oblike pomoči
- psihosomatika
- teorije osebnostnega razvoja
- terapija v zdravstvenem varstvu
- vodstvo oseb
- zgodovina pacientovih psihoterapevtskih težav
- zgodovinski razvoj psihoterapevtskih šol.

Med neobvezne spretnosti in competence so vključene:

- beležiti informacije uporabnika zdravstvenih storitev za obračun
- diagnosticirati duševne motnje
- izobraževati o preprečevanju bolezni
- izvajati psihoanalizo
- izvajati sistemsko zdravljenje
- obravnavati primere nujne pomoči
- obveščati oblikovalce politike o izzivih, povezanih z zdravjem
- pomagati uporabnikom zdravstvenih storitev razviti dojemljivost za druge
- sodelovati pri razpravah o načrtih zdravljenja v psihoterapiji
- sodelovati v multidisciplinarnih ekipah na področju zdravstva
- sodelovati z družabnim omrežjem uporabnikov zdravstvenih storitev
- spodbujati vključenost
- spopadati se s posledicami zlorabe
- uporabljati hipnopsihoterapijo
- uporabljati organizacijske tehnike
- uporabljati tehnike kognitivno-vedenjske terapije
- uporabljati tuje jezike na področju oskrbe
- uporabljati tuje jezike pri raziskavah, povezanih z zdravjem
- uporabljati zdravstvene vede
- upravljati število obravnavanih primerov
- zagotavljati ustrezno organizacijo naročanja
- zagotavljati zdravstveno vzgojo.

Med neobveznimi znanji pa so naštete geriatrija, pedagogika, pediatrija, psihoanaliza, psihomotorična terapija in rehabilitacija.

V Standardni klasifikaciji poklicev je pod kodo 2635 psihosocialni svetovalci vpisani kot samostojni poklici, katerega dela vključujejo:

- razgovore s posamezniki, družinami ali skupinami za ocenjevanje njihove situacije in problemov ter določanje vrste storitev, ki jih potrebujejo;
- analiziranje položaja stranke in predlaganje alternativnih rešitev za reševanje problemov;
- pripravljanje ustrezne dokumentacije ali poročil o posameznih primerih za sodne in druge zakonske postopke;
- zagotavljanje svetovalnih, terapevtskih in mediacijskih storitev ter spodbujanje skupinskih srečanj, da bi pomagali strankam razviti spretnosti in sposobnosti razumevanja za spoprijemanje s težavami ter reševanje njihovih socialnih in osebnih problemov;
- načrtovanje in izvajanje programov pomoči strankam, vključno s krizno intervencijo in z napotitvijo na agencije, ki zagotavljajo finančno in pravno pomoč, nastanitev, zdravstveno oskrbo in druge storitve;
- preiskovanje primerov zlorabe ali zanemarjanja ter ukrepanje za zaščito otrok in drugih ogroženih oseb;
- delo s storilci kaznivega dejanja med in po prestajanju kazni, da bi jim pomagali pri vključitvi v skupnost in spreminjanju njihovega odnosa in vedenja ter s tem zmanjšali možnosti storitve nadaljnjih kaznivih dejanj;
- svetovanje upraviteljem zapora in odborom za pogojni izpust, ki pomagajo ugotoviti, če in pod katerimi pogoji naj bo storilec kaznivega dejanja zaprt, izpuščen

iz zapora ali deležen alternativnih vzgojnih ukrepov;

- nastopanje kot zagovorniki skupin strank v skupnosti in prizadevanje za reševanje njihovih problemov;
- razvijanje preventivnih in intervencijskih programov za izpolnjevanje potreb skupnosti;
- ohranjanje stika z drugimi agencijami za socialnovarstvene storitve, izobraževalnimi institucijami in izvajalci zdravstvenih storitev, ki so povezane s strankami, da bi zagotovili informacije in dobili povratne informacije o splošnem stanju in napredovanju strank (SKP-08, 2010).

## **Poglavitne rešitve normativne ureditve psihoterapevske in svetovalne dejavnosti v našem predlogu zakona**

Po četrtem srečanju DSNUP v juniju 2018 smo bili člani zaproseni, da čez poletje pripravimo čim več pisnega gradiva, ki bo osnova za oblikovanje zakona, kar smo avtorji tega prispevka pripravili v obsegu več sto strani. Napisali smo osnutek predloga zakona o psihoterapevski dejavnosti vključno z obrazložitvijo vsakega člana posebej, analizo trenutnega stanja psihoterapije v Sloveniji, mednarodno primerjavo normativnih ureditev psihoterapije in svetovanja, osnutek standardov poklicne psihoterapevske dejavnosti in izobraževanja, etični kodeks, osnutek programa specializacije in slovar pojmov. Vse te dokumente smo MZ predložili do srede septembra 2018. V prilogi 1 podajamo ključne rešitve, ki smo jih zapisali v našem predlogu Zakona o psihoterapevski dejavnosti in dejavnosti psihosocialnega svetovanja ter predstavljajo srčiko celotnega gradiva.

S strani MZ odziva na naše gradivo do zdaj ni bilo, delo v DSNUP je zastalo, uradnih informacij zakaj, pa ni. Tudi na naša izrecna uradna vprašanja, kaj se dogaja in na naše pobude za razgovor pri ministru, odziva do zdaj ni. Medtem se je izteklo leto 2018 in z njim rok za pripravo osnutka zakona.

## **Do kdaj bo trajala brezbržnost in neodzivnost ministrov in njihovih uradnikov?**

Epizoda z aktualno DSNUP je le zadnji del zgodbe o prizadevanjih za ureditev psihoterapije v Sloveniji, ki ima že dolgo brado. Prve pobude za zakonsko ureditev psihoterapije sta podala Slovenska krovna zveza za psihoterapijo in Združenje psihoterapevtov Slovenije vsak zase že leta 2005. Sledilo je imenovanje delovne skupine, ki je v obdobju od 2006 do 2010 pripravila osnutek zakona o psihoterapevski dejavnosti (Možina in Bohak, 2008). Stroka je v tem obdobju strnila vrste in poenotila poglede na ureditev področja psihoterapije v osnutku zakona, ki je bil njeno skupno in usklajeno delo. Zakon se je oblikoval v obdobju, ko so se na MZ zamenjali kar štirje ministri. V mandatu petega ministra pa se je priprava zakona ustavila in štiriletno delo devetčlanske delovne skupine je potonilo v pozabo. Sledila so leta različnih poskusov, da bi aktualne ministre za zdrave motivirali za ureditev področja psihoterapije, kar je bilo, kot vemo, vse do leta 2018 neuspešno. Po spodbudnih začetkih v prvi polovici leta pa se v zadnjega pol leta ponovno soočamo z že znano prakso neodzivnosti in molka.

Kako lahko razumemo ravnanje ministrov in njihovih uradnikov vsa ta leta? Čemu pripisati brezbržnost in neodzivnost na tako zahtevno in za ljudi tako pomembno

problematiko, kot je področje psihoterapije in svetovanja, ki je le eno izmed mnogih neurejenih področji v okviru zdravstva? Ali lahko opravičimo ravnanje uradnikov, ki ne odgovarjajo na uradne dopise, ne spoštujejo rokov za zaupane delovne naloge in ne opozarjajo svojih predstojnikov na akutne probleme svojega delovnega področja? Kje je etičnost ravnanja in kje je odgovornost za nedelo? Ali je uradniška srenja res zadnja trdnjava, ki jo na poti do cilja ni mogoče premakniti? In kje je odgovornost ministrov, ki ne prepoznajo prioritete in ne opravijo svojega dela?

Eden od izgovorov, ki ga ministri in uradniki vedno znova zelo radi ponavljajo, odkar od leta 2004 trkammo na njihova vrata, je, da je stroka neenotna: »Ko se boste strokovnjaki med sabo dogovorili in prišli z usklajenim predlogom, potem ni problema, potem bomo na ministrstvu ukrenili vse potrebno!« Da je to res priročen in birokratsko prebrisan izgovor, se nam razkrije, če pogledamo, kako je nemško ministrstvo za zdravje od leta 2009 do 2018 pripravljalo novelo nemškega Zakona o psiholoških psihoterapevtih ter psihoterapevtih za otroke in mladostnike (Možina in sod., 2018). V celotnem obdobju oblikovanja novele, ki je tik pred sprejemom v parlamentu, so v nemški stroki plamtela nesoglasja, ki so se raztezala od blagih kritik do skrajno ostrih zavračanj. In na kaj se je opiralo nemško ministrstvo, da je kljub temu pripeljalo delo na noveli do konca? Najprej je leta 2009 naročilo obsežno študijo, ki jo je izvedel tim vrhunskih univerzitetnih raziskovalcev (Strauss in sod., 2009), delovna skupina pa je nato na njeni podlagi pripravila novelo. Ta je potem po dolgih letih usklajevanja dobila večinsko podporo stroke, nikakor pa ne enotne podpore. Ministrstvo je na podlagi svojega, na kvalitetni študiji utemeljenega stališča vodilo usklajevanje in ni vračalo žogice stroki ter se izogibalo svojemu delu odgovornosti, kot se to dogaja pri nas.

Nauk te zgodbe je, da se lahko kljub močnemu odporu do zakonske ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica, ki ni prisotno samo v Sloveniji, pač pa tudi v drugih evropskih državah, sprejme normativna ureditev, ki ima večinsko podporo stroke. Stroka sama bo zelo težko dosegla tolikšno soglasje, da bi prišla z usklajenim predlogom na pristojno ministrstvo. Odgovornost ministrstva je, da zavzame stališče na podlagi znanstvenih študij področja in nato na tej osnovi oblikuje kompetentno delovno skupino, ki je pripravljena sodelovati pri pripravi predloga zakona. Vanjo ne bi smelo vključiti strokovnjakov, ki so a priori proti zakonu in ki za svoja stališča nimajo empirično podprtih argumentov, temveč ponavljajo ideološko obarvana stališča, ki ščitijo njihove ozke interese. Prav tako ne bi smelo prepustiti odločanja o normativni ureditvi psihoterapije tistim delovnim telesom, v katerih o psihoterapiji odločajo samo ali večinoma klinični psihologi in psihiatri (to sta okviru MZ Razširjena strokovna kolegija za psihiatrijo in za klinično psihologijo).

## **Nesoglasja v slovenskih strokovnih krogih glede zakonske ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne akademske discipline**

V slovenskih strokovnih krogih je v zadnjih dveh letih še bolj kot v preteklosti prišlo do močnih nesoglasij glede tega, ali je zakon o psihoterapiji sploh potreben. V delovni skupini MZ za pripravo zakona v letih 2006 do 2010 to ni bilo vprašanje. Takrat so bili psihoterapevti, ki so delali v zdravstvu, kot tudi tisti, ki smo delali v drugih resorjih, enotni, da je zakonska ureditev psihoterapije nujna. Tako sta že leta 1997 starosti sloven-

ske psihoterapije dr. Peter Praper in dr. Gorazd Mrevlje v Psiholoških obzorjih napisala članek z naslovom »Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje« (Praper in Mrevlje, 1997). V njem sta med drugim predvidevala, da bo šel razvoj psihoterapije v smeri samostojne stroke in samostojnega poklica, pri čemer bosta psihiater in klinični psiholog ohranjala svojo vlogo in bila pomembna sooblikovalca programa edukacije za psihoterapevta, sama pa bosta pri svojem delu uporabljala le generično psihoterapijo za razliko od profesionalne psihoterapije, ki jo bodo izvajali le polno, po evropskih kriterijih za samostojen poklic usposobljeni psihoterapevti. Tudi sicer se vsebina članka v veliki meri prekriva s širšim, medresorskim modelom, ki smo ga prikazali zgoraj.

Vse to nas napeljuje na zaključek, da današnje zagovarjanje medicinskega modela s strani določenih kliničnih psihologov in psihiatrov nima prave strokovne podlage. Odpira pa se vprašanje, zakaj jih nenadoma ogroža akademizacija psihoterapije ter uveljavljanje psihoterapije kot samostojne znanstvene discipline in samostojnega poklica. Mlade generacije psihoterapevtov in svetovalcev, educiranih po akreditiranih študijskih programih psihoterapije in svetovanja, pa se zaradi neurejenega stanja psihoterapije pri nas, v javnem sektorju in s tem tudi v zdravstvu ne morejo zaposliti, ob tem da primanjkuje izvajalcev psihoterapevtskih in svetovalnih storitev.

Skrajni čas je, da začnemo probleme reševati širokopotezno in ne v interesu ozkih skupin. Ministrstvo bi moralo zavzeti jasno stališče in preprečiti, da usodo psihoterapije v Sloveniji še naprej krojijo tisti zdravstveni delavci, ki se imajo za edino primerne izvajalce psihoterapije in niso pripravljeni sodelovati s psihoterapevti, ki so ustrezno usposobljeni in kompetentni, čeprav delujejo zunaj zdravstva.

Potrebe po psihoterapiji in svetovanju so zelo velike, na kar kažejo tudi rezultati samoorganizirane civilne družbe, ki nudi različne oblike psihoterapije in svetovanja slehernemu človeku, ki se znajde v čustveni ali duševni stiski, pa v zdravstvenih ustanovah ne pride na vrsto oziroma sploh ne izpolnjuje preozkih indikacij za zdravljenje, za zasebnika pa nima denarja. Naj na tem mestu navedemo le en dragocen primer, to je Posvet - Center za psihološko svetovanje, ki je v minulem letu opravil kar 4300 svetovalnih ur (<http://www.posvet.org/>).

Takšne in podobne primere imamo v mislih, ko si prizadevamo za to, da se psihoterapevtske in svetovalne storitve ponudijo tudi osebam v stiski, ki niso psihiatrični bolniki in ne potrebujejo diagnostike kliničnega psihologa, kot so na primer zakonci v razveznem postopku, pri dodelitvi otrok v vzgojo in varstvo, starši, ki doživljajo vzgojno nemoč, obsojenci v zaporih, begunci in migranti v zbirnih centrih, žrtve trgovine z ljudmi, šolski in predšolski otroci z blažjimi učnimi, čustvenimi in vedenjskimi težavami, študenti s pomanjkljivo motivacijo za študij, brezposelni, moški ter ženske srednjih in starejših let s krizo smisla itn. Ali pa vzemimo akutni problem povezan z direktivo EU o pravicah žrtev (Direktiva 2012/29/EU), ki bi jo Slovenija morala v svoj pravni red prenesti že leta 2015. Direktiva določa, da morajo žrtve že ob prvem stiku dobiti takojšnjo psihosocialno podporo, nato pa še dolgotrajnejšo oskrbo. Na vse te potrebe ljudi po psihoterapiji in svetovanju nismo pripravljeni, morali bi pa nanje odgovoriti v okviru osnovnega standarda. Namesto tega pa se vedno znova vračamo na začetek, v fazo utemeljevanja, da ljudje rabimo psihoterapevtsko in svetovalno pomoč tako v smislu preventive, kot tudi v okviru zdravljenja in rehabilitacijskih programov, in da je to del naših pravic v okviru varovanja duševnega zdravja.

Kakšen zgled dajemo psihoterapevti, svetovalci in vsi drugi strokovnjaki, ki nudijo razne pogovorne oblike pomoči, družbi, če se niti sami ne zmoremo slišati, se konstruktivno pogovarjati o naših skupnih strokovnih problemih in možnih rešitvah v dobrobit vseh, tako psihoterapevtov in svetovalcev kot tudi uporabnikov naših storitev? Ali bomo padli na izpitu in do zadnjega branili svoje vrtičke, ali pa se bomo vendarle ozavestili in ukrepali v skupno dobro?

## Zakaj je čas za zakon dozorel?

Sprejetje zakona o psihoterapevtski in svetovalni dejavnosti predstavlja enega ključnih korakov v razvoju psihoterapije in svetovanja v katerikoli državi. Slovenska psihoterapija in svetovanje sta se po 50 letih razvoja znašla v položaju, ki ga bo ključno zaznamovala prav nadaljnja usoda dela na oblikovanju in sprejemanju zakona. Razmere za sprejem zakona so zrele, bodisi da izhajamo iz mednarodne primerjave ali iz analize obstoječega stanja na področju.

Menimo, da bi zakonska ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja kot samostojnih poklicev lahko prispevala k naslednjim pozitivnim premikom:

- izboljšanje dostopnosti do psihoterapevtskih in svetovalnih storitev uporabnikom, saj so potrebe po psihoterapiji in svetovanju veliko večje, kot jih lahko pokrijejo obstoječe službe;
- zagotovitev kakovosti, varnosti in učinkovitosti psihoterapevtskih in svetovalnih storitev, ki se izvajajo samoplačniško in v okviru javnih mrež znotraj zdravstva, socialnega varstva, varstva na delovnem mestu, v vzgoji in izobraževanju ter pravosodju;
- zmanjševanje stigme in diskriminacije oseb z duševnimi motnjami;
- uveljavitev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja kot akademskih znanstvenih disciplin in samostojnih poklicev;
- razmejitev poklicev »psihoterapevt« in »psihosocialni svetovalc« od drugih poklicev (npr. zdravnikov, psihologov, psihiatrov, socialnih delavcev, specialnih in socialnih pedagogov idr.), ki pri svojem delu tudi uporabljajo posamezne elemente psihoterapevtskega oziroma svetovalnega dela, saj psihoterapija in psihosocialno svetovanje nista podaljška medicinskih, psiholoških ali pedagoških disciplin in nista (sub)specialistični dejavnosti ali psihološko/psihiatrični metodi;
- zaščita psihoterapevtov, svetovalcev in uporabnikov psihoterapevtskih in svetovalnih storitev;
- zaščita pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov;
- zmanjšanje sive ekonomije;
- spodbujanje razvoja psihoterapije na različnih področjih (npr. povečane možnosti samozaposlovanja);
- kvantitativno povečanje psihoterapevtskih in svetovalnih storitev;
- izboljšanje kvalitete ponujenih storitev;
- vključevanje v sodobne evropske tokove, saj je zakon o psihoterapiji sprejelo že deset evropskih držav;
- preprečitev poskusov, da bi en psihoterapevtski pristop (npr. psihoanalitska terapija) ali ena poklicna skupina (npr. klinični psihologi ali psihiatri) dobila a priori privilegirani položaj;

- regulacija psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti na različnih družbenih področjih, na primer na področju zdravstvenega varstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva idr;
- zagotovitev visoke znanstvene ravni tega poklica in zaščite standardov in normativov tega poklica, ki so v evropskih deželah že dogovorjeni, npr. Evropska diploma iz psihoterapije;
- registracija poklica, ki ga bo mogoče doseči po različnih poteh, ki so se v Sloveniji že razvile, npr. po poti rednega in izrednega univerzitetnega študija v skladu z bolonjsko reformo in po izven akademskih poteh, ki upoštevajo evropske standarde (npr. standarde Evropske diplome iz psihoterapije);
- zagotovitev nadaljnega razvoja različnih psihoterapevtskih ter svetovalnih pristopov in metod;
- vzpostavitev sodelovanja med izvajalci na področju varovanja duševnega zdravja;
- definiranje področja dela posameznega izvajalca in njegovega mesta v mreži služb za duševno zdravje;
- ureditev zatečenega stanja kot prehodne rešitve.

Naj se zato novo leto 2019 zapiše v zgodovino slovenske psihoterapije in svetovanja kot leto, ko se bo napisal in sprejel zakon, ki bo spodbudil nadaljnji celovit razvoj področja.

## VIRI

Dernovšek, M. Z. (2018). *Predstavitev za Delovno skupino za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji pri Ministrstvu za zdravje. Delovno gradivo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Evropska komisija (2018). *ESCO Evropska klasifikacija spretnosti/kompetenc, kvalifikacij in poklicev*. Ljubljana: Evropska komisija. <https://ec.europa.eu/esco/portal/occupation>

Horvath, A. O. in Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 4: 561-573.

International Labour Office (2012). *International Standard Classification of Occupations: Structure, group definitions and correspondence table (ISCO-08)*. Geneva: International Labour Office.

Kobal, L. (2005). Psihoterapevtski odnos: sodobni tokovi v psihoterapiji. V: Bohak, J. (ur.), Možina, M. (ur.). *Sodobni tokovi v psihoterapiji : od patogeneze k salutogenezi: [zbornik prispevkov]*. Maribor: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo: 84-97.

Kosovel, I. (2016). Naša psihoterapevtska realnost – od besed k dejanjem. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 10, 3-4: 263-268.

Lambert, M. J. in Barley, D. E. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. V J. C. Norcross (ur.). *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. Luborsky, L. (1994). Therapeutic Alliance as Predictors of Psychotherapy Outcome: Factors Explaining the Predictive Success. V Horvath, A. O. in Greenberg, L. S.. *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons.

Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V: Žvelc, M. (ur.), Možina, M. (ur.) in Bohak, J. (ur.). *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: 11-55.

Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti.



*Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, zvezek 2, št. 3–4: 119–142.

Možina, M. in Kosovel, I. (2017). Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 11, 3-4: 235-247.

Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4: v tisku.

Norcross, J. C. (ur.) (2002). *Psychotherapy Relationships That Work – Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press.

Praper, P. in Mrevlje, G. (1997). Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: sodelovanje ali razhajanje? *Psihološka obzorja*, 6, 4: 79-94.

Roth, A. in Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, London: The Guilford Press.

Smail, D. (1999). The Impossibility of Specifying »Good« Psychotherapy. <http://www.oikos.org/smailther.htm>.

Standardna klasifikacija poklicev (SKP-08). Uradni list Republike Slovenije 50/2010. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlid=201050&stevilka=2661>.

Statistični urad RS (2011). *Standardna klasifikacija poklicev 2008. Metodološka pojasnila SKP-08*. Ljubljana: Statistični urad RS.

Statistični urad RS (2012). *Razvrstitev kategorij slovenskega sistema izobraževanja v kategorije po ISCED 1997*. Ljubljana: Statistični urad RS.

[https://www.stat.si/Klasius/Docs/PretKLASIUS-SRV\\_%20ISCED97.pdf](https://www.stat.si/Klasius/Docs/PretKLASIUS-SRV_%20ISCED97.pdf)

Statistični urad RS (2017). Opisi kategorij KLASIUS-P-16. Ljubljana: Statistični urad RS.

<http://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/9925/Opisi%20kategorij%20KLASIUS-P16.pdf>;

Strauss, B. et all. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.

Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy (2nd ed.)*. New York: Routledge.



## PRILOGA 1

Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP)  
Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda  
v Ljubljani (SFU Ljubljana),  
Teološka fakulteta Univerze Ljubljana (TeoF UL),  
Fakulteta za uporabne družbene študije (FUDŠ),  
Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS) in  
Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje (SZPS)

# Ključne rešitve v predlogu zakona o psihoterapevtski dejavnosti in dejavnosti psihosocialnega svetovanja

Ključne rešitve, ki smo jih v naših gradivih predložili MZ v našem predlogu Zakona o psihoterapevtski dejavnosti in dejavnosti psihosocialnega svetovanja (v nadaljevanju predlog Zakona), so:

- Predlog Zakona ureja poklic psihoterapevta in psihoterapevtsko dejavnost ter poklic psihosocialnega svetovalca (v nadaljevanju svetovalca) in dejavnost psihosocialnega svetovanja (v nadaljevanju svetovanja). To pomeni, da ureja t. i. poklicno psihoterapevtsko dejavnost in poklicno dejavnost psihosocialnega svetovanja (v nadaljevanju svetovalno dejavnost), torej dejavnost tistih psihoterapevtov in svetovalcev, ki imajo polno psihoterapevtsko oziroma svetovalno izobrazbo po sodobnih evropskih kriterijih (npr. po standardih Evropske diplome iz psihoterapije ali po evropskih standardih za poklic svetovalca) za opravljanje psihoterapije oziroma svetovanja kot samostojnih poklicev.

Ne ureja pa področja t. i. generičnih psihoterapevtov ali svetovalcev, ki imajo poleg usposobljenosti za osnovni poklic (npr. socialno delo, socialna ali specialna pedagogika, pedagogika, medicina, psihologija, andragogika, teologija, pravo itn.) opravljen tudi del edukacije iz psihoterapije oziroma svetovanja in tako še ne izpolnjujejo pogojev za pridobitev evropskih kriterijev za samostojen poklic. Vsi ti bodo lahko opravljali svoje dejavnosti osnovnih poklicev, v katere bodo integrirali psihoterapevtske oziroma svetovalne elemente, tako kot doslej, seveda pa se ne bodo mogli predstavljati kot poklicni psihoterapevti oziroma svetovalci in ne bodo mogli opravljalati psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti, kot jo določa predlog Zakona.

V Sloveniji prevladujejo generični psihoterapevti, poklicnih psihoterapevtov je okoli 200 do 300, pa še od teh le redki opravljajo samo psihoterapevtsko dejavnost oziroma se preživljajo samo z njo. Večina poklicnih psihoterapevtov izvaja psihoterapijo kot dodatek drugemu delu. Sprejetje Zakona bo z registracijo poklica psihoterapevt gotovo omogočilo temeljni premik k uveljavljanju poklicne psihoterapije. Lahko pričakujemo, da se bodo številni od obstoječih poklicnih psihoterapevtov bolj posvetili psihoterapiji, saj bodo imeli vse pogoje za pridobitev licence. Prav tako pa se bodo številni generični psihoterapevti

odločili za dopolnitev svoje izobrazbe do poklicne ravni. To jim bo omogočilo pridobitev licence in možnost samostojnega opravljanja psihoterapevtske dejavnosti. Seveda pa je ključnega pomena, da bo Zakon z uveljavitvijo poklica psihoterapevt bistveno povečal interes za izobraževanje pri mladih, ki bodo lahko izbrali psihoterapijo tudi kot prvi, osnovni poklic.

- Predlog Zakona v definiciji psihoterapije namerno eksplicitno ne omenja zdravljenja, ker hoče poudariti, da psihoterapija ni omejena na zdravstveno dejavnost. Obravnava je širši pojem, ki ustreza širšemu razumevanju psihoterapevtske dejavnosti. Ta je lahko del zdravstvene obravnave v razponu od zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, preko zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe, vendar je lahko tudi del obravnave na področju socialnega varstva, šolstva oziroma vzgoje in izobraževanja, kjer je še posebej dragocena za univerzalno, selektivno in indicirano preventivo. Psihoterapevtske storitve imajo lahko svoje mesto tudi v okviru pravosodja, gospodarstva, pa tudi na takih področjih, ko so zdravstveni turizem ter v policiji in vojski.
- Predlog Zakona poudarja temeljna načela poklicne etike psihoterapevtov in svetovalcev, saj sta psihoterapija in svetovanje, podobno kot na primer medicinske oblike pomoči, lahko zelo škodljivi, v kolikor jih psihoterapevti in svetovalci ne izvajajo z visoko stopnjo odgovornosti in etične osveščenosti. Prav zaščita klientov in pacientov je eden ključnih razlogov za to, da je zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja v Sloveniji nujna. Predlog Zakona psihoterapevtom kot tudi študentom, edukantom, specializantom in drugim osebam, ki se ukvarjajo s psihoterapevtsko in svetovalno dejavnostjo, nalaga delovanje v skladu z etičnimi pravili in Etičnim kodeksom psihoterapevtov in svetovalcev, dolžnost zavarovanja, spoštovanja in zagotavljanja klientovih oziroma pacientovih pravic, spoštovanje zasebnosti in varovanje osebnih podatkov pacienta, vodenje dokumentacije in stalno strokovno izpopolnjevanje.

Etični kodeks psihoterapevtov in svetovalcev predpiše Zbornica. Predlog zakona določa tudi tri organe: komisijo za pritožbe ter disciplinski komisiji I. in II. stopnje. Komisija za pritožbe ima vlogo informiranja in reševanja lažjih pritožb. Zahtevnejše pritožbe pa posreduje naprej na druga dva organa. Komisija za pritožbe ima pomembno vlogo etične podpore, ki jo je Zbornica dolžna nuditi svojim članom. Vlogo nadzora in obravnavo zahtevnejših kršitev etičnega kodeksa pa imata disciplinski komisiji.

- Predlog Zakona določa, da se lahko v okviru izvajanja psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti uporabljajo samo tisti pristopi, za katere je na znanstven način ugotovljeno, da so učinkoviti v doseganju ciljev psihoterapevtske oziroma svetovalne obravnave. Ti pa ne obsegajo le ciljev, ki so povezani z zdravljenjem, temveč tudi s preventivo, ki krepi in ohranja dobro duševno zdravje, preprečuje duševne težave in motnje ter prispeva k vzpostavljanju podpornih okolij za osebno rast, zmanjševanju stigme in opolnomočenju, kar so tudi ključna področja dejavnosti psihosocialnega svetovanja.

Poleg psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov obstaja veliko na znanstvenih dokazih utemeljenih metod, ki so uporabne za obravnavo določenih motenj ali problemov in niso nujno sestavni del določenega pristopa.

Predlog Zakona nalaga Zbornici psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev (v nadaljevanju Zbornica) odgovornost, da določi kriterije in postopke za verifikacijo znanstvene utemeljenosti in praktične učinkovitosti psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov ter metod. Le v primeru njihove uspešne verifikacije s strani Zbornice jih lahko izvajalci psihoterapevtske dejavnosti in dejavnosti psihosocialnega svetovanja uporabljajo v okviru svojih storitev.

- Predlog Zakona vzpostavlja pravni okvir za celostno in dolgoročno zasnovano izvajanje psihoterapevtske dejavnosti na ravni primarne, sekundarne in terciarne preventive. Psihoterapevtsko dejavnost izvajajo psihoterapevti, dejavnost psihosocialnega svetovanja pa psihosocialni svetovalci. Predlog Zakona jasno zaščiti pojma psihoterapevtska dejavnost in dejavnost psihosocialnega svetovanja ter ju s tem jasno razmeji od dejavnosti samooklicanih »strokovnjakov«, ki danes na tržišču ponujajo vse možne oblike »terapij« in »svetovanj«.
- »Psihoterapevt« in »psihosocialni svetovalc« sta samostojna poklica. Zaposljiva sta na različnih področjih, v javnih mrežah in kot zasebnika, na primer na področju zdravstvenega varstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva idr. Svoji dejavnosti tako lahko izvajata v okvirih različnih dejavnosti, na primer zdravstvene, socialno varstvene, vzgojno izobraževalne, pravosodne, gospodarske in kot samoplačniško dejavnost na prostem trgu (glej tabelo 1). Na določenih področjih je za pridobitev licence potrebno poleg zaključenega izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja po evropskih kriterijih za samostojen poklic, opraviti še pripravništvo in strokovni izpit, npr. na področjih zdravstvenega in socialnega varstva.
- Psihoterapevtsko oziroma svetovalno dejavnost izvajajo psihoterapevti oziroma svetovalci z licenco v okviru različnih mrež dejavnosti, na primer v okviru mreže javnega zdravstva na primarni, sekundarni in terciarni ravni ali kot zasebno zdravstveno dejavnost, v okviru javne mreže socialnega varstva ali kot zasebno socialno varstveno dejavnost, v okviru javne mreže vzgoje in izobraževanja ali kot zasebno vzgojno in izobraževalno dejavnost, v okviru javne mreže pravosodnih služb ali kot zasebno dejavnost na tem področju pravosodja. Koncesijska razmerja, ki jih sklepajo psihoterapevti oziroma svetovalci, urejajo zakoni, ki urejajo različne dejavnosti, na primer zdravstveno dejavnost Zakon o zdravstvenem varstvu, socialno varstveno dejavnost Zakon o socialnem varstvu itn.
- Predlog Zakona ukinja pojmovanje psihoterapije in svetovanja kot specializacij ali subspecializacij neke druge poklicne dejavnosti (npr. zdravnikov, psihologov, psihiatrov, socialnih delavcev idr.), še bolj pa je s tem preseženo pojmovanje psihoterapije oziroma svetovanja kot zbirke »dodatnih znanj oziroma spretnosti« v okviru neke druge strokovne dejavnosti. Predlog Zakon sicer uvaja specializacijo iz psihoterapije, vendar sta njen obseg in vsebina taka, da omogočata pridobitev ustreznih znanj in kompetenc za samostojen poklic. Kdor že ima nek poklic, se lahko izobražuje in usposablja iz psihoterapije ali svetovanja tako, da pridobi še drugi poklic, poklic psihoterapevta oziroma psihosocialnega svetovalca. Možno pa je tudi izobraževanje za psihoterapijo ali svetovanje kot prvi poklic preko neposrednih akademskih študijev psihoterapije.

Slika 3: Psihoterapevtska dejavnost v okviru zdravstvene in socialno varstvene dejavnosti ter kot samoplačniška dejavnost na prostem trgu (po Dernovšek, 2018)

### Psihoterapevtska dejavnost v okviru zdravstvene in socialno varstvene dejavnosti ter kot samoplačniška dejavnost na prostem trgu

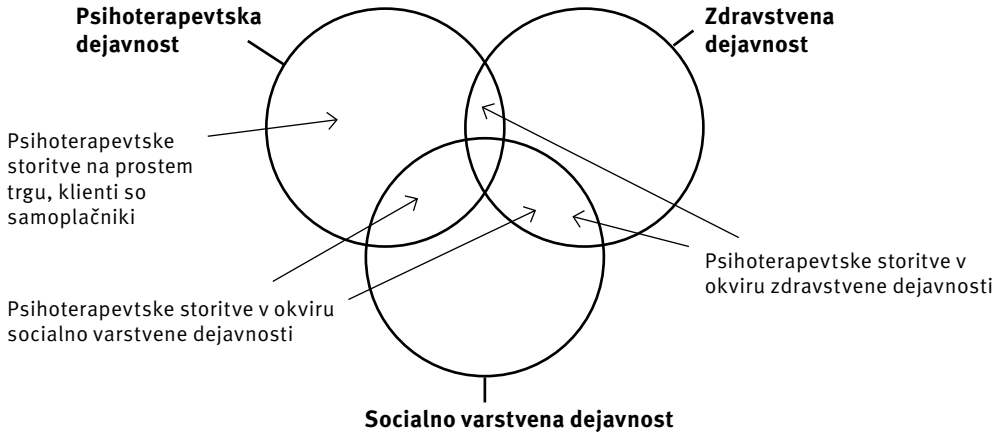


Tabela 1: Psihoterapevtska in svetovalna obravnava na področju varovanja duševnega zdravja (po Dernovšek, 2018)

	Psihoterapija in svetovanje					
	znotraj zdravstvenega vastva	znotraj socialnega varstva	znotraj vzgoje in izobraževanja	znotraj pravosodja	znotraj gospodarstva	za samo- plačnike
Univerzalna preventiva	-	+	+	-	+	+
Selektivna preventiva	-	+	+	-	+	+
Indicirana preventiva	-	+	+	+	+	+
Zgodnje prepoznavanje	+	+	-	+	+	+
Zdravljenje (Zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje)	+	-	-	-	-	+
Preprečevanje ponovitev	+	+	+	+	+	+
Dolgotrajna oskrba	+	+	-	-	-	+

- Psihoterapevtska ali svetovalna obravnava na področju duševnega zdravja lahko vključuje katerekoli storitve, od univerzalne, selektivne in indicirane preventive preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe. Da bi bil lahko ta izjemno širok spekter možnosti psihoterapevtske in svetovalne obravnave v celoti izkoriščen, jo Zakon umešča v okvire služb zgoraj navedenih področij oziroma sektorjev.
- Psihoterapevtska ali svetovalna obravnava je lahko del samoplačniške dejavnosti na prostem trgu, del zdravstvene obravnave v okviru zdravstvene dejavnosti, del socialno varstvene obravnave v okviru socialno varstvene dejavnosti (glej sliko 3), del obravnave v okviru vzgoje in izobraževanja v vzgojnih zavodih, šolskih svetovalnih službah in drugih oblikah organizirane skrbi za podporo ranljivim skupinam otrok, mladostnikov in družin, del kazenske obravnave v okviru pravosodja na tožilstvih in sodiščih ter del obravnave za varovanje duševnega zdravja v gospodarskih organizacijah (glej tabelo 1).
- Psihoterapevtska in svetovalna dejavnost se lahko opravljata kot samoplačniški storitvi na tržišču ali kot koncesionirani dejavnosti v okviru mreže služb zdravstvenega, socialnega in šolskega sektorja. Večina psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti se trenutno opravlja zunaj teh treh mrež kot storitev na tržišču. Zakon ustvarja potreben temelj, na podlagi katerega se bo postopno večal delež koncesionirane psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti poklicnih psihoterapevtov in svetovalcev. Zakon bo omogočil svobodno konkurenco psihoterapevtskih storitev. Kadar bo posamezen zavod ali zasebnik opravljal psihoterapevtsko dejavnost po pogodbi za zdravstveno ali drugo zavarovalnico, se bo dolžan podrediti tudi nadzoru zavarovalnice, s katero bo imel sklenjeno pogodbo;
- Psihoterapijo oziroma svetovanje lahko izvajajo le poklicni psihoterapevti oziroma svetovalci. Da bi lahko svojo dejavnost opravljali kot storitev na tržišču ali kot del javnih služb, se lahko organizirajo kot zavod, gospodarska družba ali samostojni podjetnik posameznik v skladu s predpisi, ki urejajo organizacijo zavodov ali gospodarskih družb. S tem je omogočena fleksibilnost organiziranja znotraj in zunaj javnih mrež.
- Podobno kot je Zbornica odgovorna za verifikacijo pristopov in metod, ki se lahko uporabljajo v okviru psihoterapevtske dejavnosti, je odgovorna tudi za verifikacijo izvajalcev psihoterapevtske dejavnosti oziroma dejavnosti psihosocialnega svetovanja, ki so lahko organizacije, enote organizacij ali posamezniki, ki izpolnjujejo pogoje za opravljanje psihoterapevtskih oziroma svetovalnih storitev v skladu z Zakonom in s standardi poklicne psihoterapevtske oziroma svetovalne dejavnosti.

V okviru podzakonskih aktov (statut Zbornice psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev Slovenije, Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in izobraževanja, Standardi poklicne dejavnosti psihosocialnega svetovanja in izobraževanja) je predvideno, da bo ta strokovni organ v okviru Zbornice psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev Slovenije Komisija za verifikacijo izvajalcev psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti (KVID).

- Ker se področje psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti razteza v različne

družbene sektorje, ne samo v zdravstveni, kjer je uporabnik definiran kot »pacient« in zaščiten s posebnim Zakonom o pacientovih pravicah, je uporabnik zunaj zdravstvenega sistema definiran kot »klient«. Predlog Zakona torej po eni strani upošteva že obstoječi Zakon o pacientovih pravicah, po drugi strani pa zaščito pravic razširja na vse kliente, ki so v psihoterapevtski ali svetovalni obravnavi zunaj zdravstvenega sistema.

Glede na to, da je psihoterapevtovo ali svetovalčevo glavno »orodje« lastna oseba, predlog Zakona poleg strokovne zahteva tudi osebnostno primernost. Po zgledu nekaterih drugih strok, na primer pravnikov, predlog Zakona navaja samo negativno definicijo osebnostne primernosti. Vse pozitivne definicije osebnostne primernosti se namreč izkažejo v enem ali drugem vidiku sporne, na primer preveč omejujoče ali dvoumne.

Ker izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja vključuje preverjanje in razvijanje osebnostne primernosti posredno preko supervizije in neposredno preko osebne izkušnje, predlog Zakona določa, da je oseba, ki je uspešno zaključila izobraževanje, osebnostno primerna za opravljanje psihoterapevtske oziroma svetovalne dejavnosti.

Pomembno pa je tudi, da v primeru dvoma o osebnostni primernosti odloča Zbornica. Preverjanje in razvijanje osebnostne primernosti je v prvi vrsti odgovornost nosilcev izobraževanja. Zbornica odloča le v primeru dvoma, potem ko je nosilec izobraževanja že seznanil študenta, edukanta ali specializanta o svoji oceni osebnostne primernosti in se ta z njo ne strinja.

Preverjanje osebnostne primernosti je potrebno ob vpisu v izobraževanje iz psihoterapije oziroma svetovanja in ob prehodih. Preverjanje in razvijanje osebnostne primernosti je v prvi vrsti odgovornost izvajalcev izobraževanja in usposabljanja, saj imajo s študenti, edukanti ali specializanti največ neposrednega stika. V proces preverjanja ne sme biti vključen psihoterapevt za osebno izkušnjo. Le-ta lahko samo prispeva k razvijanju študentove, edukantove ali specializantove osebnostne primernosti. Glavni način preverjanja pa je posreden, preko supervizije študentove, edukantove ali specializantove prakse. Izvajajo ga supervizorji.

Procesi preverjanja, kot jih zahteva predlog Zakona, niso le strokovno opravilo, marveč tudi etično dejanje, tako v odnosu do kandidata kot v odnosu do psihoterapije, svetovanja in klientov. V vsakem posameznem primeru se lahko študentu, edukantu ali specializantu nadaljnje izobraževanje odsvetuje, ali pa se mu svetuje dodatno usposabljanje in osebna izkušnja. Pomembno je, da se vse ugotovljeno evidentira v zapisniku, ki se vloži v mapo študenta, edukanta ali specializanta.

Ustrezna osebnostna primernost se lahko ugotavlja tudi po podeljeni licenci, in sicer na osnovi morebitnih utemeljenih pritožb. Takrat je postopek za ugotavljanje osebnostne primernosti v domeni Zbornice, ki ga uredi s posebnim pravilnikom.

- Predlog Zakona določa, da se mora ocenjevati strokovna usposobljenost psihoterapevta ali svetovalca na podlagi strokovnih standardov. Strokovni standard je definiran kot zahteva, ki jo sprejme pristojni strokovni organ posamezne stroke za doseganje optimalne urejenosti na določenem področju. Standardi poklicne



psihoterapevtske oziroma svetovalne dejavnosti so splošne in specifične zahteve psihoterapevtske oziroma svetovalne kompetentnosti glede znanja, razumevanja, sposobnosti in naravnosti. Z vidika izobraževanja predstavljajo temeljne cilje, ki naj jih dosežejo študenti, edukanti in specializanti. Predlog Zakona predvideva zagotavljanje psihoterapevtskih in svetovalnih standardov, ki bodo kliente ščitili pred škodljivim ravnanjem psihoterapevtov in svetovalcev, hkrati pa bodo pripomogli h kvalitetnim psihoterapevtskim in svetovalnim storitvam.

Standardi poklicne psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti bodo v pristojnosti KVID, v kateri bodo na paritetni osnovi zastopani vsi izvajalci psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti. KVID bo odgovorna za oblikovanje generičnih standardov psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti Zbornice in za zagotavljanje, da bodo standardi, ki jih bo vzpostavil vsak posamezni izvajalec in psihoterapevtski oziroma svetovalni pristop, skladni z njimi. Način delovanja in pristojnosti KVID bodo opredeljeni v Pravilniku o delovanju KVID.

- Iz standardov poklicne psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti morajo biti izpeljani standardi izobraževanja, v katerih mora biti definirano, kaj naj psihoterapevti oziroma svetovalci po končanem izobraževanju obvladajo. Standardi izobraževanja so splošni principi in zahteve, na katerih mora biti zasnovano psihoterapevtsko izobraževanje. Predstavljajo regulacijski okvir in so izhodišče za oblikovanje in izvajanje izobraževalnih programov na način, ki zagotavlja implementacijo Standardov psihoterapevtske dejavnosti.

Na ta način bo spodbujena transparentnost izobraževanj. Zasnovani bodo na tisti ravni splošnosti, ki bo podrobnejšo razčlenbo tega, kar naj študenti, edukanti in specializanti psihoterapije oziroma svetovanja obvladajo ob koncu izobraževanja, zahtevali od posameznih izvajalcev izobraževanja oziroma psihoterapevtskih oziroma svetovalnih pristopov. Vključevali bodo tri področja: a) vednost in razumevanje, b) zahtevane sposobnosti za uporabo v praksi in c) zahteve profesionalnega ravnanja. Iz teh bo moral vsak psihoterapevtski oziroma svetovalni pristop določiti svoje specifične strokovne standarde, ki bodo izhajali iz splošnih standardov, ki jih bosta oblikovala KVID in Komisija za verifikacijo izobraževanj s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (KVIP).

Standardi neakademskega izobraževanja s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bodo v pristojnosti KVIP, v kateri bodo na paritetni osnovi zastopani predstavniki vseh verificiranih izvajalcev izobraževanja. KVIP bo odgovorna za oblikovanje generičnih standardov izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja Zbornice in za zagotavljanje, da bodo standardi, ki jih bo vzpostavil izvajalec izobraževanja oziroma vsak posamezni psihoterapevtski oziroma svetovalni pristop, skladni z njimi. Način delovanja in pristojnosti KVIP bodo opredeljeni v Pravilniku o delovanju KVIP.

- Predlog Zakona določa tri glavne stebre izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja: teorijo, prakso in osebno izkušnjo.

Tretji steber predstavlja posebno zahtevo v primerjavi z izobraževanji za druge poklice, saj mora bodoči psihoterapevt ali svetovallec sam izkusiti psihoterapevtski oziroma svetovalni proces v vlogi klienta. Poleg supervizirane prakse osebna izkušnja ključno prispeva k osebnostnemu zorenju in s tem k zagotavljanju osebnostne primernosti. Osebno izkušnjo lahko študent, edukant

ali specializant pridobi v različnih psihoterapevtskih pristopih. Celotni obseg osebne izkušnje je najmanj 250 ur, od tega pa naj bi najmanj 150 ur pri istem terapevtu zagotovilo izkušnjo večletnega procesa. Hkrati je zapisana varovalka »pri čemer se upoštevajo posebnosti posameznega psihoterapevtskega pristopa«, ki omogoča raznolikost osebne izkušnje po različnih pristopih.

- Predlog Zakona določa tri poti izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja, ki ustrezajo sedanji stopnji razvoja psihoterapije in svetovanja v Sloveniji:
  - specializacija iz psihoterapije,
  - akademski študiji s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja,
  - verificirane edukacije s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja in
  - kombinacija akreditiranih študijev in verificiranih edukacij s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja, pri čemer ustreznost te kombinacije in posledično usposobljenost študenta ali edukanta presoja Zbornica.

Poti izobraževanja iz svetovanja so podobne, le da ni poti preko specializacije in da so zahteve za vključitev v edukacijo iz svetovanja za nesorodne poklice nižje, saj je dovolj 7. stopnja ali prva bolonjska stopnja.

- Bolj natančno predlog Zakona določa naslednje možnosti izobraževanja s področja psihoterapije in vstopne pogoje:
  1. Akademski študiji s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov v okviru diplomskih in podiplomskih programov ter programov za izpopolnjevanje, akreditiranih s strani Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu ali tujih primerljivih agencij. Za vstop v te študije je potrebno izpolnjevati pogoje, ki jih v skladu z Zakonom o visokem šolstvu določi akreditirani izvajalec študijev.
  2. Edukacije s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov, verificirane s strani Zbornice, v katere je možen vstop z:
    - zaključeno drugo stopnjo fakultetnega študijskega programa za pridobitev izobrazbe ali
    - zaključenim drugim enakovrednim univerzitetnim študijskim programom ali
    - zaključeno specializacijo po opravljenih visokošolskih strokovnih programih, v vseh treh primerih zlasti s področja humanističnih in družbenih ved.
  3. Kombinacija akreditiranih študijev in verificiranih edukacij s področja psihoterapije, pri čemer ustreznost te kombinacije in posledično diplomantovo usposobljenost za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti presoja Zbornica.
  4. Specializacija iz psihoterapije, v katero lahko vstopajo kandidati z zaključeno drugo stopnjo fakultetnega študijskega programa za pridobitev izobrazbe ali z zaključenim drugim enakovrednim univerzitetnim študijskim programom ali z zaključeno specializacijo po opravljenih visokošolskih strokovnih programih, ter opravljenim strokovnim izpitom za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce.
- Bolj natančno predlog Zakona določa naslednje možnosti izobraževanja s pod-

ročja psihosocialnega svetovanja in vstopne pogoje:

1. Akademski študiji s področja psihosocialnega svetovanja v okviru diplomskih in podiplomskih programov ter programov za izpopolnjevanje, akreditiranih s strani Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu ali tujih primerljivih agencij. Za vstop v te študije je potrebno izpolnjevati pogoje, ki jih v skladu z Zakonom o visokem šolstvu določijo akreditirani izvajalec študijev.
  2. Edukacije s področja psihosocialnega svetovanja, verificirane s strani Zbornice, v katere je možen vstop z:
    - zaključeno prvo stopnjo fakultetnega študijskega programa za pridobitev izobrazbe ali
    - zaključeno 7. stopnjo, zlasti s področja humanističnih in družbenih ved.
  3. Kombinacija akreditiranih študijev in verificiranih edukacij s področja psihosocialnega svetovanja, pri čemer ustreznost te kombinacije in posledično usposobljenost študenta ali edukanta presoja Zbornica.
- V vseh fazah izobraževanja s področja psihoterapije ali psihosocialnega svetovanja po predlogu Zakona se upoštevajo vsa že pridobljena znanja, usposobljenosti in kompetence kandidata oziroma študenta, specializanta in edukanta.
  - Za nesorodne poklice, kot so na primer pravniki, ekonomisti idr., pa je potrebno, da pred vstopom v specializacijo iz psihoterapije ali izobraževanje iz priznanih psihoterapevtskih oziroma svetovalnih pristopov opravijo še uvodno izobraževanje s področja psihoterapije (glej tabelo 5) oziroma psihosocialnega svetovanja. Vsebine uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja so lahko tudi del akreditiranih študijskih programov s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, še posebej dodiplomskih programov, ki omogočajo študij takoj po maturi.
  - Zakonski predpisi in podzakonski akti, ki poleg Zakona regulirajo glavne izobraževalne možnosti iz psihoterapije in svetovanja, so še Zakon o visokem šolstvu, Zakon o zdravstvenem varstvu in Pravilnik o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev.
- Akademsko študije v skladu z Zakonom o visokem šolstvu z (re)akreditacijo preverja NAKVIS, medtem ko Zbornica nadzoruje prag za izvajanje poklicne dejavnosti s podeljevanjem licenc tistim, ki so zaključili študije iz področja psihoterapije oziroma svetovanja ter pripravništvo in strokovni izpit, v kolikor je to predpisano na določenih področjih, na primer na področju zdravstvene dejavnosti, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja. Specializacijo iz psihoterapije in edukacije s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja preverja in potrjuje preko postopka verifikacije samo Zbornica.
- Predlog Zakona določa minimalne okvirje za trajanje izobraževanja, ki je za uvodno izobraževanje s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja najmanj eno leto, za neposredni študij, to je študij takoj po maturi, najmanj 5 let (tri leta prva in dve leti druga stopnja), za izobraževanje iz psihoterapevtskega pristopa oziroma specializacijo iz psihoterapije najmanj 4 leta, za izobraževanje iz svetovalnega pristopa pa najmanj tri leta. V kolikor poteka izobraževanje iz psihoterapije oziroma svetovanja kot kombinacija študija in edukacije, mora trajati najmanj štiri leta. Možno je namreč, da se kandidati

Tabela 5: Program uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije:

Teorija v obliki predavanj, seminarjev in vaj	Minimalno število ur
<b>Modul a - psihologija za psihoterapevte</b>	
Splošna psihologija (teorija motivacije, emocij in kognitivnih procesov)	30
Razvojna psihologija (značilnosti razvojnih obdobj)	30
Psihologija osebnosti (teorije osebnosti)	20
Klinična psihologija in nevropsihologija (psihodiagnostika, teorija travme)	30
Socialna psihologija (socialna motivacija in resničnost, skupinska dinamika)	20
<b>Modul b - psihiatrija in nevroznanost za psihoterapevte</b>	
Psihiatrija (zgodovina in organizacija psihiatrije, socialna psihiatrija, skupnostna psihiatrična skrb, psihosomatika)	20
Psihofarmakologija	10
Psihopatologija in patogeneza ter salutologija in salutogeneza	40
Nevroznanost (nevrobiologija psihoterapije)	20
<b>Modul c - psihoterapija kot poklic in znanost</b>	
Uvod v psihoterapijo (psihoterapija kot avtonomen poklic in kot znanstvena disciplina)	5
Zgodovina in razvoj psihoterapije (razvoj glavnih psihoterapevtskih pristopov)	25
Psihoterapevtski pristopi oziroma šole v Sloveniji (predstavitev glavnih psihoterapevtskih pristopov v Sloveniji)	30
Filozofske osnove in družbeno kulturni kontekst psihoterapije (epistemologija, fenomenologija, sociološke in kulturne študije ...)	20
Raziskovanje v psihoterapiji (kvantitativna in kvalitativna metodologija)	20
Etika v psihoterapiji	10
Socialnovarstvena in zdravstvena zakonodaja ter prva pomoč	30
<b>Skupaj teorija</b>	<b>360</b>

Teorija v obliki predavanj, seminarjev in vaj	Minimalno število ur
<b>Praksa</b>	
Psihosocialna praksa*	160
Supervizija psihosocialne prakse	10
Osebna izkušnja (učna terapija)	50
<b>Skupaj teorija in praksa</b>	<b>580</b>

\* Psihosocialna praksa je supervizirana praksa v učnih bazah, ki so lahko organizacije oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč.

vpišejo v program izpopolnjevanja ali v magistrski študij s področja psihoterapije oziroma svetovanja z zaključeno prvo stopnjo po bolonjskih fakultetnih študijskih programih ali z zaključeno 7. stopnjo po predbolonjskih študijskih programih (to pomeni z zaključeno specializacijo po opravljenih visokošolskih strokovnih programih) in nato nadaljujejo z edukacijo v izbranem psihoterapevtskem oziroma svetovalnem pristopu. Prav tako štiri leta traja izobraževanje s področja psihoterapije kot kombinacija podiplomskih programov in programov za izpopolnjevanje.

Sveda je trajanje izobraževanja odvisno tudi od tega, kako intenzivno se edukant oziroma študent izobražuje (redno – »full time« ali izredno, ob delu – »part time«). Vsekakor sta obseg in trajanje izobraževanja po vseh poteh približno enaka in ju je možno bolj natančno prikazati s pomočjo kreditnih (ECTS) točk. Po visokošolski zakonodaji mora en letnik študija vsebovati 60 ECTS, kar v petih letih zneso 300 ECTS. En ECTS pa pomeni okoli 30 ur študentovega dela, od teh je okoli polovica t. i. kontaktnih ur, ki jih študent prebije v direktnem stiku z učitelji, supervizorji, mentorji. Standard Evropske diplome iz psihoterapije (EDP) zahteva najmanj 3200 kontaktnih ur, torej so zahteve študijev nekoliko višje od zahtev za edukacije, vendar pa je to utemeljeno, saj se v študij vključujejo mlajši, ki zato potrebujejo večji obseg. V vsakem primeru pa je tudi glede edukacij jasno, da gre za dolgoletno izobraževanje, ki je po obsegu enakovredno visokošolskem študiju prve in druge stopnje skupaj.

- Izobraževanje s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja zajema vse programe, ki po vsebini spadajo na področje psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja, in vključuje:
  1. vsebine uvodnega izobraževanja in vsebine psihoterapevtskih oziroma svetovalnih pristopov v okviru akreditiranih študijskih programov na dodiplomski in podiplomski stopnji ter programov za izpopolnjevanje;
  2. verificirane edukacijske programe, vključno s programi uvodnega izobraževanja in specializacije ter programi psihoterapevtskih oziroma svetovalnih pristopov.

Programe določenih psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov lahko izvajajo tudi akademske ustanove (kot je to že praksa sedaj; npr. Zakonski in družinski študiji in izpopolnjevanje iz Zakonske in družinske terapije na Teološki fakulteti v Ljubljani; študij psihoanalize, sistemske psihoterapije, geštalta, jungovske psihoanalize na SFU Ljubljana), v kolikor jih akreditira NAKVIS v skladu z Zakonom o visokem šolstvu ali tuja primerljiva agencija.

- Izobraževanja iz psihoterapevtskih pristopov morajo trajati najmanj štiri leta in morajo vsebovati:
  - 600 ur teorije,
  - 880 ur supervizirane prakse, od tega najmanj 480 ur supervizirane psihosocialne prakse in najmanj 400 ur supervizirane psihoterapevtske prakse,
  - 170 ur supervizije, od tega najmanj 20 ur supervizije za psihosocialno prakso in najmanj 150 ur supervizije za psihoterapevtsko prakso,
  - 250 ur osebne izkušnje.
  - Specializacija iz psihoterapije traja najmanj štiri leta in obsega (glej tabelo 6) teoretična znanja v obliki predavanj, seminarjev in vaj (v nadaljnjem besedilu: teorija), osebno izkušnjo in praktično usposabljanje v obliki:
    - supervizirane psihosocialne prakse v učnih bazah, ki so lahko organizacije oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč;
    - supervizirane psihoterapevtske prakse.

Tabela 6: Specializacija iz psihoterapije s predpisanim najmanjšim številom (kontaktnih) ur

Kontaktna ura = specializant je v stiku z učiteljem (predavanja, vaje, seminarji, supervizija, osebna izkušnja) ali s pacienti / uporabniki v okviru prakse

	<b>Stopnje izobraževanja</b>	<b>Uvodno izobraževanje za nesorodne poklice</b>			<b>Specializacija</b>	
<b>Štirje glavni stebri izobraževanja</b> (minimalno število ur)	Osebna izkušnja	50	Zaključni izpit	Strokovni izpit	250	Specialistični izpit
	Supervizirana (SV) psihoterapevtska praksa				400 150 SV	
	Teorija -predavanja, vaje, seminarji	360			600	
	Supervizirana (SV) psihosocialna praksa	160 10 SV			480 20 SV	
	Skupaj ur	580			1900	
	Okvirno trajanje	Najmanj 1 leto			Najmanj 4 leta	

Trajanje specializacije se ustrezno podaljša v primeru specializantov, ki opravljajo specializacijo z manj kot polnim delovnim časom ali kot zasebniki zunaj delovnega razmerja in samoplačniško (v nadaljnjem besedilu: specializant volonter). Trajanje specializacije se ustrezno podaljša tudi v primerih, ko specializant kljub polnemu delovnemu času v štiriletnem obdobju iz opravičljivih (utemeljenih) razlogov ne opravi celotnega programa izobraževanja in usposabljanja. O trajanju specializacije in podaljšanju specializacije odloča glavni mentor.

Program specializacije obsega izobraževanje iz psihoterapevtskega pristopa, ki je verificiran s strani Zbornice. Specializant lahko sam izbere izobraževanje iz enega pristopa iz nabora verificiranih izobraževanj. Programi izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov obsegajo vsem psihoterapevtskim pristopom skupne vsebine, ki so potrebne za integracijo znanj iz različnih pristopov, in specialne vsebine, ki so lastne vsakemu posameznemu pristopu. Programi obsegajo teoretične vsebine, superzivirano psihosocialno prakso, supervizirano psihoterapevtsko prakso in osebno izkušnjo. Programi izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov lahko vključujejo usposabljanje iz različnih metod.

- Predlog Zakona tudi določa pomembno stopnico v času izobraževanja iz psihoterapevtskega oziroma svetovalnega pristopa ali v času specializacije, ko študent, edukant ali specializant pridobi status študenta, edukanta ali specializanta psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja pod supervizijo, ki mu dovoljuje opravljanje supervizirane psihoterapevtske oziroma svetovalne prakse. Začetek dela s klienti pod supervizijo odobri študentu ali edukantu vodja izobraževanja na predlog mentorja, specializantu pa izvajalec izobraževanja na predlog neposrednega mentorja.
- Drugi steber izobraževanja, praksa, se deli na psihosocialno in psihoterapevtsko prakso, obe pa morata biti supervizirani. Zbornica na predlog izvajalcev izobraževanj verificira ustreznost učnih baz za opravljanje prakse in vodi register učnih baz za psihosocialno prakso. Obe praksi, psihosocialno in psihoterapevtsko oziroma svetovalno, mora koordinirati Koordinator prakse pri Zbornici oziroma pri izvajalcu izobraževanja, v kolikor to zahteva obseg prakse, ki jo organizira, nadzoruje potek in ocenjuje uspešnost prakse v sodelovanju z mentorji na učnih bazah in s supervizorji, pri katerih praktikant opravlja zahtevano število ur supervizije.
- Supervizirana psihosocialna praksa se izvaja v okviru uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije v obsegu najmanj 160 ur in v okviru izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov v obsegu najmanj 480 ur. Izvajalci izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov lahko sami organizirajo psihosocialno prakso ali pa sklenejo pogodbo z drugim verificiranim ali akreditiranim izvajalcem izobraževanja, ki za njihove študente, edukante ali specializante organizira psihosocialno prakso.
- Supervizirano psihosocialno prakso praktikant opravlja v s strani Zbornice verificiranih učnih bazah, ki so lahko organizacije, enote organizacij oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč. Praktikanti morajo najmanj

eno tretjino psihosocialne prakse opraviti v psihiatričnih ustanovah, službah ali pri zasebnih psihiatrih, od tega morajo biti najmanj mesec dni na sprejemnih oddelkih psihiatričnih bolnic.

- Psihoterapevtska praksa v okviru izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskega pristopa je psihoterapevtsko delo s klienti, ki ga opravlja študent, edukant ali specializant pod vodstvom mentorja in ob rednem spremljanju supervizorja. Supervizirano psihoterapevtsko prakso v okviru izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov lahko praktikant opravlja s strani Zbornice verificiranih učnih bazah, kjer se izvaja psihoterapevtska dejavnost, kjer je zaposlen vsaj en psihoterapevt z licenco in kjer so zagotovljeni ustrezni klienti.
- Predlog Zakona definira supervizijo kot redno, posredno ali neposredno spremljanje psihoterapevtske prakse oziroma prakse psihosocialnega svetovanja, ki je namenjena zagotavljanju strokovnega in neoporečnega dela psihoterapevta oziroma psihosocialnega svetovalca. Supervizija je nujni sestavni del psihoterapevtske prakse tudi po zaključenem izobraževanju oziroma po pridobitvi licence, vendar podrobnejša določila glede tega Zakon prepušča Zbornici. Poleg supervizije je možna tudi intervizija, ki predstavlja dragocen vidik strokovnega spremljanja in razvijanja kvalitete psihoterapevtske prakse psihoterapevtov in svetovalcev.
- Predlog Zakona predvideva, da pristojno ministrstvo ne bo moglo izpolnjevati vseh nalog povezanih z regulacijo poklicev psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev, in bo moralo podeliti preko razpisa javna pooblastila tisti zbornici psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev, ki je najbolj reprezentativna. V skladu s slovensko zakonodajo ima prav Zbornica ključno vlogo pri regulaciji psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti.
- Predlog Zakona predvideva obvezno združevanje psihoterapevtov in svetovalcev v Zbornico, ki bo skrbela za razvoj in napredek psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti. Pri Zbornici bo delovala Komisija za podeljevanje nazivov, ki bo odločala o vlogah kandidatov, ali izpolnjujejo zahteve standardov poklicne dejavnosti. Po potrebi bo zahtevala dopolnitve vloge in opravila tudi posvetovalni pogovor s kandidatom. Če bodo izpolnjeni vsi pogoji, bo komisija predlagala Zbornici podelitev licence za samostojno delo psihoterapevta za dobo sedem let. Licenco za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti bo treba obnavljati. Z ustreznim aktom Zbornice bo predpisan način za ugotavljanje kriterijev, ki jih je treba izpolnjevati za podaljšanje licence. Vodila bo ločene registre psihoterapevtov, supervizorjev, psihoterapevtov za osebno izkušnjo, mentorjev, učiteljev ter verificiranih izvajalcev izobraževanja in programa specializacije iz psihoterapije in uvodnega izobraževanja.

Zbornica bo predpisala etični kodeks, komisija za etična vprašanja, komisija za pritožbe in disciplinske komisije pa bodo skrbela za njegovo spoštovanje in izvajanje. Sodelovala bo pri pripravi izobraževalnih programov z nosilci izobraževanj in skrbela za nenehno strokovno izpopolnjevanje psihoterapevtov in svetovalcev z namenom, da bodo dosegli pogoje za obnavljanje in potrditev licence. Zbornica bo z MZ sodelovala pri strokovnem nadzoru ali pa ga bo, na podlagi Zakona, izvajala tudi sama. Sodelovala bo pri sklepanju kolektivnih



pogodb, sodelovala pri oblikovanju izhodišč za sklepanje pogodb na področju zdravstvenega in socialnega zavarovanja in zastopala interese tistih, ki delajo v zasebni praksi in ki opravljajo psihoterapevtske oziroma svetovalne storitve na tržišču. Pomembna naloga Zbornice bo tudi seznanjati javnost oziroma uporabnike o izvajalcih psihoterapevtskih in svetovalnih storitev, ki bodo imeli licenco po Zakonu.

Po predlogu Zakona bo Zbornica sestavljena demokratično, saj bodo v njej zastopani vsi priznani in znanstveno utemeljeni psihoterapevtski in svetovalni pristopi, ki so organizirani v Sloveniji, s čimer je onemogočeno, da bi en pristop izrival ostale. Upravni odbor in vsi organi Zbornice bodo sestavljeni po načelu strokovnosti, nepristranosti, neodvisnosti in proporcionalne zastopanosti vseh pristopov.



Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc Jakša, Alenka Milič in Primož Rakovec<sup>1</sup>

# **Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija?**

**Croatia, Malta and Germany  
passed psychotherapy laws in 2018:  
how about Slovenia?**

## **Uvod**

Ko se ob koncu leta 2018 spominjamo pomembnih dogodkov na področju psihoterapije, ne moremo mimo tega, da sta še dve evropski državi sprejeli zakon, ki psihoterapijo ureja kot samostojen poklic, to sta Hrvaška in Malta, Nemčija pa je praktično tik pred parlamentarnim sprejemom (uradni razglas je predviden v drugi polovici leta 2019) pomembne novele Zakona o psiholoških psihoterapevtih ter psihoterapevtih za otroke in mladostnike iz leta 1999 (BMG, 2019ab). Čeprav sta Hrvaška in Malta relativno majhni državi, je to pomemben, več kot le simboličen premik za evropsko skupnost psihoterapevtov, saj v večini evropskih dežel do zakonske ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica še ni prišlo (Možina, 2010). Sprememba, ki jo uvajajo v Nemčiji, pa predstavlja pomemben akademski obrat, saj uvaja možnost neposrednega fakultetnega študija psihoterapije po maturi (triletna prva in dvoletna magistrska stopnja), hkrati pa uvaja nov poklicni naziv »psihoterapevt«, namesto starih nazivov »psihološki psihoterapevt« in »psihoterapevt za otroke in mladostnike«.

Glede na teritorialno bližino Hrvaške je za nas, slovenske psihoterapevte, ki si prizadevamo za normativno ureditev poklica, uspeh hrvaških kolegov in kolegic še toliko

1 Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, dekan in direktor Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Rovšnikova 2, 1000 Ljubljana, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)

Tomaž Flajs, psihoterapevt, predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, [tflajs@gmail.com](mailto:tflajs@gmail.com)

As. dr. Drago Jerebic, zakonski in družinski terapevt, Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani, [drago.jerebic@teof.uni-lj.si](mailto:drago.jerebic@teof.uni-lj.si)

Irena Kosovel, psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [irena.kosovel@gmail.com](mailto:irena.kosovel@gmail.com)

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

Alenka Milič, psihologinja in psihoterapevtka, predsednica Slovenskega društva za integrativno terapijo, [alenkamilič@gmail.com](mailto:alenkamilič@gmail.com)

As. dr. Primož Rakovec, psihosocialni svetovalec, Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici, predsednik Združenja za psihosocialno svetovanje in psihoterapijo, [primoz.rakovec@fuds.si](mailto:primoz.rakovec@fuds.si)

bolj spodbuden. Hkrati si, kot bomo prikazali v nadaljevanju, želimo še boljšega zakona, ki bi presegel nekatere pomanjkljivosti hrvaškega. Ključna prednost, za katero si v primerjavi s hrvaško normativno ureditvijo prizadevamo, je namreč prav to, kar prinaša novela nemškega zakona in česar hrvaški zakon ni upošteval – omogočiti neposredni akademski študij psihoterapije po maturi in tudi po poti odpreti možnost za pridobitev licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti.

Ob čestitkah hrvaškim kolegom in kolegicam pa ne moremo mimo grenkega priokusa, da so nas naši sosedje pošteno prehiteli, potem ko smo bili v letih 2006 do 2010 v veliki prednosti, tako da so od nas dobivali informacije in napotke, kako naj začnejo s prizadevanji za zakon. V tistem obdobju je namreč na našem Ministrstvu za zdravje (MZ) intenzivno pripravljala predlog o psihoterapevtski dejavnosti delovna skupina, ki je bila sestavljena iz predstavnikov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo in Združenja psihoterapevtov Slovenije (Možina in Bohak, 2008). Potem ko je bil leta 2010 predlog pripravljen in je bila na programu vlade za leto 2011 načrtovana nadaljnja procedura do sprejetja zakona v parlamentu, pa je žal ob menjavi ministra vse zastalo.

Šele marca 2018 nas je MZ ponovno povabilo v novo delovno skupino za pripravo zakona, saj naj bi po akcijskem načrtu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (v nadaljevanju ReNPDZ18–28), ki jo je sprejel Državni zbor 27. marca 2018, tri ministrstva skupaj (Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo izobraževanje, znanost in šport) do konca leta 2018 pripravila in do konca leta 2019 omogočila sprejetje normativne ureditve psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti ter v letu 2020 njeno uveljavljanje vključno s financiranjem (Možina in dr., 2018).

V okviru delovne skupine smo poleti 2018, ravno v času, ko sta bila sprejeta zakona na Hrvaškem in Malti, pripravili obsežno mednarodno primerjavo o normativnih ureditvah psihoterapije po Evropi, v katero smo vključili naslednje države: Avstrijo, Belgijo, Bolgarijo, Finsko, Francijo, Hrvaško, Italijo, Latvijo, Madžarsko, Malto, Nemčijo, Nizozemsko, Švedsko, Švico in Veliko Britanijo. Za ta članek smo iz tega gradiva izluščili prikaz stanja na Hrvaškem, Malti in Nemčiji, skupaj z našimi komentarji, katerih cilj je ustvariti najboljšo možno podlago za oblikovanje slovenskega zakona o psihoterapevtski in svetovalni dejavnosti.

## HRVAŠKI ZAKON O PSIHOTERAPEVTSKI DEJAVNOSTI

6. julija 2018 je hrvaški parlament sprejel Zakon o psihoterapevtski dejavnosti (v nadaljevanju Zakon), ki določa vsebino, pogoje in način izvajanja psihoterapevtske dejavnosti, standarde izobraževanja, ustanovitev Hrvaške zbornice psihoterapevtov ter dolžnosti in strokovni nadzor nad delom psihoterapevtov in izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti (Hrvatski sabor, 2018).

Psihoterapevtska dejavnost je v zakonu opredeljena kot samostojna dejavnost in psihoterapija kot samostojen poklic. Tisto, po čemer se hrvaški zakon razlikuje od vseh drugih do zdaj sprejetih regulativ v Evropi, je, da je področje psihoterapije v pristojnosti Ministrstva za socialne zadeve.

Psihoterapija je v hrvaškem zakonu opredeljena kot obravnava težav čustvene narave, preko katere educirana oseba namerno vzpostavlja profesionalen terapevtski odnos in uporablja strokovne postopke z namenom odpravljanja, modifikacije ali blažitve inten-

zivnosti obstoječih psihičnih simptomov/težav. Cilj psihoterapije je spreminjati moteče vzorce vedenja in spodbujati pozitivni razvoj osebnosti otroka, adolescenta in odrasle osebe. Psihoterapija v skladu s to definicijo obsega:

- psihoterapijo, ki pomeni vzpostavljanje terapevtskega odnosa zaradi doseganja pozitivnih sprememb v smislu spreminjanja vzorcev vedenja in odzivanja preko vzpostavljanja povezave z nezavednimi motivi, mislimi in občutki. V tem smislu je psihoterapevtska dejavnost sistem posameznih ali skupno usmerjenih strokovnih postopkov, ukrepov in sredstev, ki temeljijo na načelih in spoznanjih psihoterapevtske znanosti in prakse;
- svetovanje, ki pomeni vzpostavljanje terapevtskega odnosa, katerega cilj je predelovanje aktualnih težav, da bi odkrili najboljše rešitve v skladu s potrebami osebe, ki išče svetovanje, pri čemer pa se ne dela na predelovanju nezavednih motivacij aktualnih čustvenih težav.

V Zakonu je določeno, da lahko psihoterapevtsko dejavnost izvajata psihoterapevt in terapevt svetovalec.

Psihoterapevt je lahko posameznik, ki ima zaključeno drugo stopnjo študija psihologije, medicine, socialnega dela in edukacijske rehabilitacije, socialne pedagogike, pedagogike ter logopedije ter uspešno opravljeno najmanj štiriletno edukacijo v enem od psihoterapevtskih pristopov, ki jih priznava EAP (Evropska zveza za psihoterapijo) in so odobrene s strani krovnih mednarodnih združenj za posamezne psihoterapevtske pristope. Tisti psihoterapevt, ki bo hotel licenco za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, bo moral biti član Zbornice in bo vpisan v njen register, ostalim se ne bo treba včlaniti v Zbornico, ampak potem tudi licence ne bodo imeli.

Terapevt svetovalec (savjetodavni terapevt) je lahko posameznik, ki ima zaključeno 1. stopnjo študija iz istih področij kot psihoterapevt ter uspešno opravljeno vsaj triletno edukacijo (npr. KVT) v izbranem psihoterapevtskem pristopu, ki ga priznava EAP in je odobrena s strani krovnega mednarodnega združenja za ta psihoterapevtski pristop. Terapevt svetovalec pa lahko postane tudi posameznik z zaključeno 2. stopnjo študija na drugih področjih, če opravi propedeutiko iz psihoterapije (glej tabelo 1) in najmanj triletno edukacijo v izbranem psihoterapevtskem pristopu. Terapevt svetovalec lahko izvaja svetovanje, suportivno terapijo ter svetovalno individualno in skupinsko delo po principih psihoterapije. Tako kot psihoterapevti bodo morali biti tisti terapevti svetovalci, ki bodo hoteli licenco za samostojno opravljanje dejavnosti terapevtskega svetovanja, člani Zbornice in bodo vpisani v njen register, ostalim se ne bo treba včlaniti v Zbornico, ampak potem tudi licence ne bodo imeli.

Poleg zgoraj navedenih pogojev morata psihoterapevt in terapevt svetovalec, da lahko opravljata zasebno psihoterapevtsko dejavnost, razpolagati z ustreznim prostorom in opremo ter biti poslovno sposobna. Oseba, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, je pooblaščen, da za svojim imenom in nazivom osnovne stroke uporabi naziv psihoterapevt ali terapevt svetovalec skupaj z oznako psihoterapevtske smeri.

Psihoterapevt oziroma terapevt svetovalec, ki dela z otroki in mladostniki, mora imeti posebno dodatno izobraževanje o uporabi posameznih terapevtskih tehnik glede na značilnosti razvojne faze otroka, njegove probleme itn. Posebna z Zakonom določena zahteva je, da lahko psihoterapevt oziroma terapevt svetovalec začne z obravnavo otroka ali mladostnika šele po pridobitvi zdravniške diagnostične dokumentacije in predlagane

Tabela 1: Minimalni obseg Programa propedeutike psihoterapije (SPUH, 2015)

Učne enote	Minimalno število ur
<b>Teorija</b>	
Psihiatrija : psihopatologija, psihosomatika, otroška in adolescentna psihiatrija, psihofarmakologija	90
Rehabilitacija: psihološke značilnosti oseb z različnimi hendikepi	45
Biološka osnova psihičnih procesov	30
Splošna psihologija: zaznava, čustva, motivacija, mišljenje, učenje, spomin	30
Psihoterapevtske teorije in šole	30
Razvojna psihologija	30
Teorije osebnosti	30
Sociokulturni kontekst psihoterapije	30
Specifičnosti znanstveno raziskovalnega dela v psihoterapiji	30
Etika	10
<b>Skupaj teorija</b>	<b>350</b>
<b>Praksa</b>	
<b>Praksa v zdravstvenih in psihosocialnih ustanovah</b>	
najmanj 60 ur v psihiatričnih ustanovah	60
najmanj 100 ur v ostalih ustanovah	100
<b>Supervizija prakse</b>	
tutorske skupine	20
<b>Osebna izkušnja dela na sebi</b>	
Individualna ali skupinska, pri registriranem psihoterapevtu, članu SPUHa	50
Skupaj praksa	230
<b>Skupaj teorija in praksa</b>	<b>585</b>

indikacije za izvajanje obravnave.

Psihoterapevtski pripravnik je oseba, ki se v skladu z določbami Zakona usposablja za psihoterapevta ali za terapevta svetovalca. Vsebino pripravniškega staža, ki traja 1 leto, v svojih aktih določa Zbornica.

Zakon precej natančno določa pogoje in možnosti za izvajanje zasebne psihoterapevtske prakse. Dovoljenje za samostojno delo izdaja Hrvaška zbornica psihoterapevtov, ki izdaja tudi licence za opravljanje psihoterapevtske prakse.

Pritožbe na odločitve Zbornice v zvezi z začasnim ali trajnim odvzemom licenc ali izrečeno obvezo dodatnega strokovnega izpopolnjevanja niso možne, ampak se rešujejo z upravnimi spori.

Večji del Zakona opredeljuje javna pooblastila, naloge in organe Zbornice. Glavne naloge Zbornice so, da štiti ugled in pravice psihoterapevtov in terapevtov svetovalcev, izvaja strokovni nadzor nad njihovim delom, spodbuja, zastopa in usklajuje njihove skupne interese pred državnimi in drugimi organi v Republiki Hrvaški ter svojim članom nudi strokovno pomoč ter zaščito.

Organi Zbornice so Skupščina, Upravni odbor, Izvršni odbor, predsednik in druga telesa. Zakon dokaj podrobno določa njihovo sestavo, naloge in pooblastila.

Sredstva za ustanovitev Zbornice se zagotovijo iz državnega proračuna, saj je njena ustanoviteljica država skupaj z Zvezo psihoterapevtskih združenj Hrvaške (Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske = SPUH). Sicer pa se sredstva za delovanje Zbornice zagotavljajo z vpisninami, članarinami in z drugimi prihodki, ki jih s svojo dejavnostjo ustvarja Zbornica. Članstvo v Zbornici ni obvezno, ampak prostovoljno. Do tega določila je prišlo po odločitvi pravnikov, češ da EU ne odobrava povečanja parafiskalnih dajatev, čeprav so hrvaški kolegi želeli obvezno članstvo.

Poleg registra psihoterapevtov, terapevtov svetovalcev in psihoterapevtskih pripravnikov Zbornica vodi tudi:

- register supervizorjev za psihoterapevte in terapevte svetovalce;
- register mentorjev/supervizorjev za psihoterapevtske pripravnike;
- register psihoterapevtov in terapevtov svetovalcev, ki izvajajo skupinsko zasebno prakso;
- register podjetij in obrti, ki opravljajo psihoterapevtsko dejavnost;
- seznam psihoterapevtskih smeri in programov izobraževanja.

Nadzor nad zakonitostjo delovanja Zbornice in njenega izvajanja javnih pooblastil izvaja Ministrstvo za socialne zadeve.

V prekrškovnih določbah Zakon določa višine denarnih kazni za:

- pravne osebe, ki za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti zaposlujejo ali sklepajo pogodbe z osebami, ki ne izpolnjujejo zakonsko predpisanih pogojev;
- osebe, ki opravljajo psihoterapevtsko dejavnost in ne izpolnjujejo zakonsko predpisanih pogojev;
- psihoterapevte in terapevte svetovalce, če ne izpolnjujejo pogojev, ki jih predpisuje Kodeks psihoterapevtske etike.

Zakon sicer ni izpolnil pričakovanj kolegov iz SPUH-a, ki so ga pod okriljem Ministrstva za socialo pripravljali več kot deset let, saj je v parlamentu sprejeta verzija drugačna od njihovega predloga. To je v svojem sporočilu evropskim kolegom iz EAP ob sprejetju zakona

tudi napisala ugledna hrvaška psihoterapevtka in klinična psihologinja dr. Irena Bezić:

„To ni tisto, za kar smo si dolga leta prizadevali, a kljub vsemu zakon pomeni priznanje psihoterapije kot poklica. Zdaj se bodo tisti, ki so opravili štiriletno psihoterapevtsko izobraževanje in predhodni študij psihologije, medicine, socialnega dela, socialne pedagogike in pedagogike, lahko imenovali psihoterapevti. Psihiatri in klinični psihologi z nekaj terapevtske edukacije (na primer 2 leti KVT) se bodo imenovali terapevti svetovalci. In obstajajo druge poti za vsakogar, da pridobi status terapevta svetovalca, če gre na študij propedeutike in nato opravi 4 leta psihoterapevtskega izobraževanja. Ni torej popolno, smo pa postali še ena od evropskih držav, ki je pravno uredila psihoterapijo kot samostojni poklic.“ (Bezić, 2018)

Poleg tega, da sta medicinski in psihološki lobi v fazi sprejemanja zakona dosegla onemogočenje dostopa do naziva psihoterapevt vsem, ki niso zaključili druge stopnje študija psihologije, medicine, socialnega dela in edukacijske rehabilitacije, socialne pedagogike, pedagogike ter logopedije in to kljub temu, da opravijo posebno uvodno izobraževanje iz psihoterapije, t. i. propedeutiko psihoterapije (glej tabelo 1), so hrvaški kolegi iz SPUH-a razočarani tudi nad določbo 5. točke 5. člena zakona, da lahko psihoterapevt oziroma terapevt svetovalec začne z obravnavo otroka ali mladostnika šele po pridobitvi zdravniške diagnostične dokumentacije in predlagane indikacije za izvajanje obravnave. To je po njihovem mnenju v mnogih primerih povsem nepotrebno in lahko pomeni zgodnjo stigmatizacijo, saj bodo podatki o tem vpisani v otrokovo oziroma mladostnikovo zdravstveno dokumentacijo, ki ga bo potem spremljala skozi celo življenje.

## KOMENTAR K NORMATIVNI UREDITVI PSIHOTERAPIJE NA HRVAŠKEM

### Definicija psihoterapije in svetovanja

Ključni razlikovalni kriterij med psihoterapijo in svetovanjem je v hrvaškem Zakonu delo z nezavednim. Psihoterapija vključuje delo z »nezavednimi motivi«, medtem ko se pri svetovanju »ne dela na predelovanju nezavednih motivacij aktualnih čustvenih težav«. Ta razlikovalni kriterij ne temelji na znanstveno podprtih dejstvih, temveč služi bolj političnim ciljem, kar se kaže skozi celoten tekst zakona, ko gre za razlikovanje med psihoterapevti in terapevti svetovalci.

### Dostop do poklica psihoterapevt

Kolegice in kolegi iz SPUH-a (Morović, 2018) so kritični do tega, da sta medicinski (predvsem psihiatrični) in psihološki lobi v zaključni fazi sprejemanja Zakona neupravičeno izsilila zoženje dostopa do poklica psihoterapevt samo na določene poklice (2. točka 5. člena Zakona). Že od vsega začetka prizadevanj za zakon pred 13 leti sta namreč hotela doseči, da bi psihiatri in psihologi lahko opravljali psihoterapevtsko dejavnost brez dodatnega poklicnega izobraževanja. Tudi nam se zdijo taka prizadevanja neupravičena in poudarjamo, da lahko pritiski lobijev pripeljejo do pristranske zakonske ureditve, ki bolj na znanstveni in strokovni podlagi temeljijo na ozkih političnih interesih določenih poklicnih skupin. Ureditve na Hrvaškem na primer ni samo strokovno sporna, temveč je diskriminatorna, saj krši osnovne ustavne pravice hrvaških državljanov, ki po sprejetju



Zakona nimajo več enakopravnih možnosti dostopa do poklica psihoterapevt. Če je na primer nekdo doštudiral pravo, ne bo mogel postati psihoterapevt kljub temu, da bo opravil celotno izobraževanje za psihoterapevta, skrajni domet zanj je poklic terapevtski svetovalec.

## **Vstopni pogoji za izobraževanje s področja psihoterapije**

Ena ključnih slabosti hrvaškega Zakona je, da ne upošteva možnosti neposrednega študija s področja psihoterapije po srednji šoli, torej izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic. Po Zakonu je možno postati psihoterapevt ali terapevtski svetovalec samo preko izobraževanja za drugi poklic. Kaj to pomeni za akademizacijo psihoterapije na Hrvaškem v prihodnosti? Če si predstavljamo, da bo neka univerza ali fakulteta odprla dodiplomski in podiplomski študij iz psihoterapije, potem bodo lahko ti diplomanti postali največ terapevtski svetovalci. K tako nepravični ureditvi pa nista prispevala le medicinski in psihološki lobi, temveč deloma tudi SPUH, ki je od svoje ustanovitve leta 1998 naprej premalo podpiral idejo izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic. V njegovem delovanju se je zrcalilo dolgoletno konzervativno stališče EAP, ki je zavračala idejo izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic in je šele februarja 2017 sprejela sklep, da je poleg izobraževalnih poti za drugi poklic neposredno akademsko izobraževanje enakovredna pot do poklica psihoterapevt. Če bi imel SPUH v dolgih letih prizadevanj za zakon jasnejše stališče do neposrednega izobraževanja iz psihoterapije, bi verjetno v besedilu Zakona danes upoštevali tudi to možnost. S tem pa bi medicinski in psihološki lobi težje izsilila (ali ne bi mogla izsiliti) diskriminatorno 2. točko 5. člena Zakona.

## **Psihoterapija otrok in mladostnikov**

Tako kot hrvaške kolegice in kolegi se tudi mi ne strinjamo z določilom, da lahko psihoterapevt oziroma terapevt svetovalec začne z obravnavo otroka ali mladostnika šele po pridobitvi zdravniške diagnostične dokumentacije in predlagane indikacije za izvajanje obravnave. V številnih primerih je to nepotrebno in brez strokovne utemeljenosti komplicira klinične poti za psihoterapevtsko obravnavo otrok in mladostnikov. Tudi na tej točki se kaže vpliv medicinskega in psihološkega lobija, ki hočeta brez prave strokovne podlage ohraniti primat nad psihoterapevti in terapevti svetovalci.

## **Pristojno ministrstvo za normativno ureditev psihoterapevtske dejavnosti**

Pristojno ministrstvo za izvajanje določil hrvaškega Zakona o psihoterapevtski dejavnosti je Ministrstvo za socialne zadeve, kar je pomemben precedens ter lahko služi kot zgled in spodbuda za oblikovanje medresorskega zakona v Sloveniji. Ni torej nujno in neizogibno, da je psihoterapija izključno zadeva Ministrstva za zdravje.

## **Neobvezno članstvo v Zbornici psihoterapevtov**

Neobvezno članstvo v Zbornici odpira kup vprašanj oziroma problemov, na primer: (i) Zakon sicer določa primere prenehanja pravice do opravljanja psihoterapevtske dejavnosti, vendar se pojavlja vprašanje, kako lahko Zbornica odvzame licenco tistim psihoterapevtom in terapevtom svetovalcem, ki niso njeni člani. (ii) Prav tako se postavljajo

vprašanja o izvajanju obveznih strokovnih izpitov, za katere je Zbornica pristojna, o možnostih pregleda nad strokovnostjo dela, o reševanju strokovnih in etičnih vprašanj in problemov itn.

Poleg tega, da hrvaški zakon o psihoterapevtski dejavnosti regulira psihoterapijo kot samostojni poklic, je za normativno urejanje psihoterapije na Slovenskem pomemben tudi zato, ker kaže na določene slabosti, predvsem diskriminatorna določila, katerim se lahko in moramo izogniti.

## MALTEŠKA ZAKONA O POKLICIH PSIHOTERAPEVT IN SVETOVALEC

### Malteški Zakon o psihoterapevtskem poklicu

Malta je primer države, ki je sprejela zakonsko ureditev psihoterapije na osnovi Strasburške deklaracije in standardov EAP oziroma Evropske diplome iz psihoterapije (EDP). Proces je trajal petnajst let. Tako so v Aktu o zdravstvenih poklicih leta 2003 v tretjem seznamu, kjer so poklici v komplementarni medicini (na seznamu je 18 poklicev, poleg psihoterapije še akupunktura, hiropraksa, dietetika, zobna higiena, delovna terapija, prehranjevanje, osteopatija, fizioterapija, radiografija idr.), določili psihoterapijo kot samostojen poklic. V okviru Sveta za komplementarne poklice v medicini (Council for the Professions Complementary to Medicine) Ministrstva za zdravje so nato tri leta oblikovali kriterije za izobraževanje in podeljevanje licenc. Proces usklajevanja je potekal med predstavniki univerzitetnega študija psihologije, psihiatrične klinike, Malteškega združenja psihoterapevtov in Malteškega geštalt inštituta.

Septembra 2006 so stopili v veljavo kriteriji, ki za vstop v izobraževanje iz izbranega psihoterapevtskega pristopa zahtevajo bakalavreat (diplomo prve stopnje po bolonjskem sistemu). Določili so, da mora izobraževanje obsegati najmanj 3.200 ur in trajati štiri leta (kot izredni »part time« študij) ali dve leti (kot redni »full time« študij) na podiplomski stopnji univerz ali na akreditiranih inštitutih, ki jim je priznana ista, torej podiplomska stopnja. Priznani so vsi relevantni pristopi. Svet oziroma Ministrstvo za zdravje podeljuje naziv *psihoterapevt* in vodi register psihoterapevtov, v katerem je bilo do februarja 2010 48 imen (Mifsud, 2010).

Ključni motor za uvedbo take pravne ureditve je bilo Malteško združenje psihoterapevtov (Malta Association of Psychotherapists – MAP), ki so ga ustanovili leta 1999 in je kmalu nato dobilo status pooblaščenice nacionalne krovne organizacije v EAP. Vse od ustanovitve so tesno sodelovali z Ministrstvom za zdravje pri reguliranju psihoterapevtske dejavnosti, izobraževanja in licenciranja. Na to, kako izjemen je uspeh MAP v urejanju avtonomnosti področja psihoterapije kot zdravstvene dejavnosti in samostojnosti poklica psihoterapevt, kaže tudi dejstvo, da se je prva sistematična edukacija iz psihoterapije, in sicer iz geštalta, začela šele leta 1995 in je prva generacija 13 geštalt terapevtov diplomirala leta 1999. Leta 2002 je bilo v psihoterapevtski praksi dejavnih okoli 50 terapevtov, saj so se poleg geštalta uveljavile tudi jungovska, adlerjanska, rogerjanska, psihodinamska in vedenjska terapija (Oudijk, 2002).

20. junija 2018 je malteški parlament izglasoval Zakon o psihoterapevtskem poklicu (Act No. XXV of 2018 – Psychotherapy Profession Act). 26. junija 2018 ga je podpisala

predsednica Malte Marie-Louise Coleiro Preca, s čemer je bil tudi formalno sprejet. Kot temeljni namen in vzrok za sprejetje zakona sta navedena regulacija psihoterapevskega poklica, kar pomeni, da je v zakonu psihoterapija obravnavana kot samostojen poklic.

Psihoterapija je v zakonu definirana kot celovita, premišljena in načrtovana obravnava ali terapevtska intervencija, ki temelji na splošnem in specialnem usposabljanju s področja psihosocialnih, psihosomatskih in vedenjskih motenj ali stanj trpljenja in pri kateri se uporabljajo znanstvene psihoterapevtske metode. Izvaja se v interakciji med eno ali več obravnavanimi osebami in enim ali več psihoterapevti s ciljem spreminjanja motečih vedenj, kar vodi k spremembi in spodbuja zorenje, razvoj in zdravje obravnavane osebe.

Pridobitev licence za opravljanje psihoterapevskega poklica omogoča uporabo naziva „Registrirani psihoterapevt“, ki mu sledi podatek o psihoterapevskem pristopu, kar je osnova za pridobitev in opravljanje psihoterapevskega poklica.

Ob poudarku, da se ne posega v določbe malteškega Zakona o vzajemnem priznavanju kvalifikacij ter predpisov, ki so bili sprejeti na njegovi podlagi, so v zakonu navedeni naslednji pogoji za pridobitev licence:

- državljanstvo Malte ali EU, oziroma pravica ali dovoljenje za delo na Malti;
- primerno vedenje in primerne moralne lastnosti;
- polna pravna sposobnost;
- bakalavreat (diploma prve stopnje po bolonjskem sistemu) s področja humanističnih ali socialnih ved, ki jo izda visokošolski zavod in ki ga pristojni minister (minister za zdravstvo) po nasvetu Odbora za psihoterapevtski poklic določi v predpisih;
- opravljeno usposabljanje v skladu z zahtevami Odbora v okviru določenega psihoterapevskega pristopa v obsegu najmanj 3.000 ur, oziroma ekvivalentno 120 ECTS, kar je enakovredno magisteriju, ki ga izda visokošolski zavod.

Pristojni minister lahko namesto teh minimalnih zahtev predpiše tudi druge minimalne zahteve v zvezi z mednarodnimi ali meddržavnimi pogodbami, ki jih je sklenila Malta, ali pa v zvezi z določbami katerekoli zakonodaje, ki je začela veljati na podlagi takih pogodb ali sporazumov.

Ne glede na vse druge določbe zakona so ob morebitnem prilagoditvenem obdobju ('morebitno prilagoditveno obdobje' pomeni, da Odbor lahko določi, da mora posamezna oseba iz spodnjih treh alinej opraviti določene dodatne obveze, ki trajajo določeno obdobje) ter preizkusu usposobljenosti, ki ju zanje lahko predpiše Odbor za psihoterapevtski poklic, do pridobitve licence upravičene tudi osebe, ki so pred sprejetjem zakona:

- pridobile Evropsko diplomu iz psihoterapije (ECP), ki jo izdaja EAP;
- bile registrirane v Svetu za komplementarne poklice v medicini kot psihoterapevti;
- bile najmanj dvanajst let zaposlene v vladnih sužbah, agencijah ali v drugih vladnih subjektih kot psihoterapevti.

V zakonu so ob pojasnilu, da je izobraževanje v določenem psihoterapevskem pristopu sestavljeno iz teoretičnega izobraževanja in praktičnega usposabljanja, navedeni naslednji psihoterapevtski pristopi: psihoanalitski/psihodinamski, kognitivni/vedenjski, sistemski/družinski, humanistični, integrativni in hipnopsihoterapevtski.

Teoretično izobraževanje obsega najmanj 800 ur v neprekinjenem obdobju najmanj štirih let vključuje naslednje vsebine: osnovna načela psihoterapije in teorije osebnosti;

osnovna metodološka načela raziskav in znanosti; etična praksa in ustrezni družbeni in pravni okvirji; teorije razvoja osebnosti in patologije; psihoterapevtske metode in tehnike.

Praktično usposabljanje obsega najmanj 600 ur in je sestavljeno iz osebne psihoterapevtske izkušnje ter praktičnega usposabljanja pod stalno supervizijo, bodisi v okviru sistema socialnega varstva bodisi sistema za varovanje duševnega zdravja.

Ključno regulativno telo na področju psihoterapije, ki ga določa zakon, je Odbor za psihoterapevtski poklic na Malti. Sestavljen je iz desetih članov, od katerih štiri določi pristojni minister. Med temi štirimi člani je eden imenovan za predsednika (pogoj za zasedbo tega položaja je licenca in najmanj šest let psihoterapevtske prakse), en član pa je odvetnik z najmanj petletnimi izkušnjami in je imenovan za podpredsednika. Preostala dva člana, ki jih imenuje minister, sta psihoterapevta z licenco. Odbor sestavljajo še: dva člana, ki ju iz svojih vrst izvolijo psihoterapevti z licenco na volitvah, ki jih izpelje Odbor; en psihoterapevt, ki je imenovan iz vrst stalnega akademskega osebja za psihoterapijo, izobraževanje in usposabljanje na Univerzi Malte; en psihoterapevt, ki je imenovan iz vrst izobraževalnega osebja Inštituta za usposabljanje iz geštalt terapije Malta; en psihoterapevt, ki je imenovan iz vrst izobraževalnega osebja Inštituta za družinsko terapijo Malta; en psihoterapevt, ki je imenovan iz vrst izobraževalnega osebja katerekoli visokošolske inštitucije na Malti, ki nudi usposabljanje iz psihoterapije. Pristojni minister prav tako imenuje tajnika Odbora, ki pa nima pravice glasovanja.

Odbor za psihoterapevtski poklic na Malti je pristojen za reguliranje psihoterapevtske dejavnosti in pridobitev psihoterapevtskega poklica. V zvezi s tem ima naslednje funkcije:

- vzpostavitev psihoterapevtskih standardov, ocenjevanje obstoječih in razvijanje novih standardov stalnega profesionalnega razvoja ter drugih potrebnih standardov;
- preučitev in procesiranje vlog za pridobitev licence in posredovanje mnenja pristojnemu ministru glede teh vlog, kakor tudi glede enakovrednosti in priznavanja psihoterapevtskih kvalifikacij;
- vzdrževanje registra psihoterapevtov z licenco;
- vzdrževanje registra društev psihoterapevtov;
- vzdrževanje registra združenj psihoterapevtov;
- preučitev prijav poklicnih kršitev, hudih malomarnosti ali nekompetentnosti psihoterapevtov;
- oblikovanje priporočil pristojnemu ministru glede predpisovanja predpisov v zvezi z zaposlovanjem oseb, ki kljub temu, da imajo višjo izobrazbo in poklicne kvalifikacije, ne izpolnjujejo pogojev za licenco;
- oblikovanje priporočil pristojnemu ministru glede Etičnega kodeksa v skladu s posvetovanji s psihoterapevtskimi združenji;
- oblikovanje kakršnihkoli potrebnih priporočil pristojnemu ministru;
- opravljanje drugih funkcij, ki izhajajo iz zakona ali iz kateregakoli drugega zakona, predpisa ali funkcij, ki jih nanj prenese pristojni minister.

Zakon poleg vsega navedenega opredeljuje še:

- postopek pridobitve in ohranjanja licence;
- pogoje odvzema licence;
- Preiskovalno komisijo, ki obravnava prijave poklicnih kršitev, hudih malomarnosti ali nekompetentnosti psihoterapevtov;

- kazni za kršitve, hude malomarnosti ali nekompetentnosti psihoterapevtov;
- pritožbe na odločitve Odbora;
- prenehanje začasnih odvzemov ali preklicev licence;
- združenja psihoterapevtov;
- društva psihoterapevtov;
- določbe, ki se nanašajo na društva psihoterapevtov;
- kazniva dejanja v povezavi s psihoterapevtsko dejavnostjo;
- pristojnosti ministra glede oblikovanja predpisov v zvezi z zakonom.

## Malteški Zakon o svetovalskem poklicu

Malta je področje svetovanja zakonsko uredila leta 2012 z Zakonom o svetovalskem poklicu (Counselling Profession Act) (v nadaljevanju Zakon). Svetovanje je v malteškem Zakonu opredeljeno kot opazovanje, opisovanje, ocenjevanje, raziskovanje ali nudenje pomoči, skladno s sprejetimi principi svetovalne stroke. Nanaša se na metode ali postopke preprečevanja ali odpravljanja omejevalnih vedenj, izboljšave medosebnih odnosov in medosebne refleksije, osebne spremembe na delovnem mestu in v življenju nasploh, osebnega razvoja in opolnomočenja na področju učenja, fizičnega blagostanja in duševnega zdravlja.

Poklic svetovalca lahko opravlja le oseba, ki ima veljavno licenco. Podeljuje jo Svet za svetovanje na Malti (v nadaljevanju Svet), pridobi pa jo lahko le državljan Malte, EU ali oseba, ki ima dovoljenje za opravljanje dela na Malti. Dokazati mora tudi pravno sposobnost in moralno neoporečnost. Za pridobitev licence je zahtevan zaključen magistrski program svetovanja Univerze na Malti ali katera izmed drugih oblik profesionalne in akademske usposobljenosti, priznane s strani Sveta. Poleg navedenih pogojev mora kandidat za licenco po zaključenem izobraževanju Svetu predložiti dokazila o pridobljenih ustreznih izkušnjah za samostojno opravljanje poklica svetovalca. Za ustrezne izkušnje štejejo najmanj dvoletne delovne izkušnje za polni delovni čas oziroma najmanj petletne delovne izkušnje za polovični delovni čas ali 1.000 opravljenih ur dela pod supervizijo registriranega supervizorja.

Kandidat za licenco vloži prošnjo na Svet, ki presodi, ali dosega standarde, opredeljene z Zakonom, in predlaga ministru, pristojnemu za področje svetovanja, izdajo licence. Svet ima v skladu z zakonskimi določili pristojnost še dodatno preveriti kandidatovo usposobljenost za opravljanje poklica. Register svetovalcev vodi in uradno objavlja Svet. Vsaka od licenc med drugim vsebuje podatka o njeni veljavnosti in specialističnem področju svetovanja posameznega nosilca licence. Nosilci licence jo morajo izpostaviti na vidnem mestu v prostorih, kjer izvajajo svetovalno dejavnost, prav tako pa morajo imeti vedno pri sebi identifikacijski dokument, s katerim izkazujejo svojo usposobljenost za izvajanje svetovalnega poklica. Kdor se neupravičeno predstavlja za svetovalca ali svojo dejavnost neupravičeno poimenuje kot svetovalno, je kaznovan po določilih Zakona.

Fakulteta za družbeno blaginjo (Faculty for Social Wellbeing) Univerze na Malti izvaja izredni magistrski program svetovanja v obsegu 120 kreditnih točk (glej tabelo 2). Kandidati za študij morajo imeti vsaj diplomu humanistične ali družboslovne smeri in najmanj eno leto delovnih izkušenj na psihosocialnem področju. Vpis je omejen na 26 mest. Pri kandidatih se v postopku vpisa preverja tudi profesionalno usposobljenost in osebnostno primernost.

Študij traja osem semestrov, štiri študijska leta, diplomanti po uspešno zaključenem študiju pridobijo naziv magister svetovanja in se lahko zaposlijo v javnem sektorju ali v

Tabela 2: Vsebine magistrskega študijskega programa iz svetovanja

Letnik	Semester	Predmet	ECTS
1. letnik	1. semester	Uvod v svetovanje za osebnostni in profesionalni razvoj	10 ECTS
		Razvojne teorije	5 ECTS
		Teorija in svetovalni pristopi	5 ECTS
	2. semester	Uvod v svetovanje otrokom in mladostnikom	5 ECTS
		Osnovne svetovalne veščine	5 ECTS
2. letnik	1. semester	Študije primerov in tehnike za učinkovito svetovanje	10 ECTS
		Psihopatologija za svetovalce	5 ECTS
		Karierni razvoj	5 ECTS
	2. semester	Napredne svetovalne veščine	5 ECTS
		Napredne etične in poklicne teme	5 ECTS
3. letnik	1. semester	Praktikum 1 in analize študij primerov	5 ECTS
		Skupinsko svetovanje	10 ECTS
		Medkulturno svetovanje	5 ECTS
		Napredne raziskovalne metode v svetovanju	5 ECTS
	2. semester	Skupinsko svetovanje*	
4. letnik	1. in 2. semester	Disertacija	30 ECTS
		Praktikum 2	5 ECTS
		SKUPAJ	120 ECTS

\* Izvajanje predmeta se nadaljuje v 2. semestru.

zasebnih organizacijah, NVO-jih ali lastnih privatnih praksah.

Po zaključenem študiju imajo magistri možnost, da se v profesionalnem združenju MACP (Malta Association for the Counselling Profession) nadalje izobražujejo, povezujejo in izmenjujejo dobre prakse.

## KOMENTAR K NORMATIVNI UREDITVI PSIHOTERAPIJE IN SVETOVANJA NA MALTI

Malta je dokaz, da je tudi v majhni državi mogoče zakonsko urediti psihoterapijo kot samostojen poklic kljub nasprotovanjem, predvsem psihološkega in medicinskega lobija. MACP je namreč vztrajalo veliko let in uspelo v trdih soočanjih s številnimi organizacijami in telesi, ki so bili proti avtonomiji psihoterapije. Zagotovitev avtonomije psihoterapije je izziv tudi v Sloveniji, saj je ostrina nasprotovanj njeni poklicni samostojnosti velika.

### Izobraževanje iz psihoterapije

Sedanja malteška normativna ureditev psihoterapije je odraz smernic EAP, ki so veljale do februarja 2017. Šele takrat je namreč EAP sprejela možnost izobraževanja iz psihoterapije za prvi poklic. Do takrat pa je zagovarjala stališče, da se lahko v psihoterapevsko izobraževanje iz izbranega psihoterapevskega pristopa vključujejo samo tisti kandidati, ki imajo najmanj prvo bolonjsko stopnjo, predvsem s področja humanističnih ali socialnih ved. Seveda pa taka ureditev ne izključuje možnosti, da se bo lahko tudi na Malti v prihodnosti odprl študij psihoterapije na prvi stopnji, po katerem bo lahko diplomant nadaljeval z rednim, »full time« dvoletnim študijem na drugi stopnji ali s štiriletno »part time« edukacijo iz psihoterapevskega pristopa na akreditiranih inštitutih, ki jim je priznana ista, torej podiplomska stopnja. Malta je torej normativno uredila izobraževanje podobno kot Avstrija, kjer sta možni tako akreditirana akademska kot tudi verificirana edukacijska pot preko raznih inštitutov in društev. Na Malti ni eksplicitno omenjena kombinacija obeh poti, vendar ni izključena.

### Priznani psihoterapevski pristopi

Malteški zakon eksplicitno navaja pristope, ki jih priznava, to so psihoanalitski/psihodinamski, kognitivni/vedenjski, sistemski/družinski, humanistični, integrativni in hipnopsihoterapevski. Izbor je narejen v skladu s smernicami EAP in predstavlja glavne tradicije oziroma šole, ki so v svetu najbolj uveljavljene in za katere se je nabralo največ znanstveno podprtih dokazov o njihovi učinkovitosti. Tak način je možen tudi za slovensko zakonsko ureditev, priznavanje oziroma verifikacijo pristopov pa se lahko prepusti Zbornici, ki bo na podlagi znanstveno podprtih raziskav presojala tudi tiste, ki ne spadajo točno v te glavne tradicije.

## NEMŠKA NOVELA ZAKONA ODPIRA MOŽNOST ZA NEPOSREDNI AKADEMSKI ŠTUDIJ PSIHOTERAPIJE

Normativna ureditev psihoterapije v Nemčiji je bila leta 2010 v Kairosu dokaj izčrpno predstavljena (Možina, 2010), tako da so bili opisani tudi štirje različni predpisi, iz katerih izhajajo določila za urejanje psihoterapevskega izobraževanja in dejavnosti:

- »Smernice za psihoterapijo« v okviru sistema zdravstvenega varstva iz leta 1967 (s kasnejšimi dopolnitvami, npr. leta 1978, 1987);
- Regulacija za podiplomsko izobraževanje zdravnikov iz leta 1992 (ärztliche Weiterbildungsordnung) v psihoterapiji, psihoanalizi, psihoterapevtski medicini, psihiatriji in psihoterapiji, psihiatriji za otroke/mladostnike in psihoterapiji;
- Dovoljenje za opravljanje psihoterapije v okviru Zakona o alternativni medicini (Heilpraktikergesetz) iz leta 1939;
- Zakon o psiholoških psihoterapevtskih ter psihoterapevtskih za otroke in mladostnike iz leta 1999 (PsychThG).

Prav v zvezi z zadnjim zakonom se je v zadnjih desetih letih veliko dogajalo in privedlo do tega, da je na začetku leta 2019 novela tik pred sprejemom v parlamentu (BMG, 2019ab). Začelo se je z obsežno študijo o stanju izobraževanja za psihološke psihoterapevte ter za psihoterapevte otrok in mladostnikov, ki jo je naročilo nemško ministrstvo za zdravje (Strauss in sod., 2009). Rezultati raziskave so pokazali, da so potrebne spremembe zaradi (Strauss, 2010):

- uvedbe bolonjskega sistema v akademsko izobraževanje;
- različnih vstopnih pogojev za izobraževanje psihoterapevtov odraslih in psihoterapevtov otrok in mladostnikov;
- finančnih problemov (predvsem v zvezi s prakso edukantov v psihiatričnih bolnicah, za katero do zdaj ni bilo sredstev);
- razlik v sistemih izobraževanja za medicinske in psihološke psihoterapevte;
- desete obletnice zakona, ki je že sama po sebi kazala na potrebo po reviziji.

Po intenzivnih razpravah o morebitnih reformnih modelih so se v novembru 2014 udeleženci 25. Nemških dnevov psihoterapije z dvotretjinsko večino opredelili za izobraževalno pot, ki vodi preko dodiplomskega in magistrskega študija psihoterapije ter nato preko nadaljnega usposabljanja do strokovnega izpita in s tem do licence, torej do dovoljenja za opravljanje poklica (nemško »Approbation«), da bi s tem rešili problem vstopnih zahtev. Poleg tega si psihoterapevti prizadevajo za vzpostavitev struktur financiranja za študij in nadaljnje usposabljanje, saj so doslej stroške izobraževanja krili udeleženci izobraževanja sami, kar je pogosto oteževalo njihov gospodarski položaj. Kar se tiče psihoterapevtskih pristopov, so se zedinili za štiri glavne skupine: psihodinamski, sistemski, humanistični in vedenjski.

## **Novela Zakona o psiholoških psihoterapevtskih ter psihoterapevtskih za otroke in mladostnike iz leta 1999**

Ministrstvo za zdravje je na podlagi študije in sklepa večine psihoterapevtov iz leta 2014 jeseni 2016 pripravilo »Smernice za posodobitev izobraževanja psiholoških psihoterapevtov« (BMG, 2016) in nato 27. 7. 2017 objavilo Predlog novele zakona o reformi izobraževanja psihoterapevtov. V Smernicah je Ministrstvo za zdravje zapisalo: »Revizija Zakona o psihoterapiji (PsychThG) iz leta 1999, ki ureja izobraževanje za dosego naziva psihološki psihoterapevt in psihoterapevt za otroke in mladostnike, je nujno potrebna. Potreba po reformi zakona je nujna zlasti zaradi spremenjenih študijskih struktur, ki so se razvile po bolonjski reformi in vplivajo na zakonsko določene pogoje za sprejem v izobraževanje. Poleg tega zaradi spremenjenih študijskih vsebin programi prve stopnje



niso zadostno usklajeni z nadaljnjim izobraževanjem za psihoterapevta, ki temelji še na študijskih strukturah in vsebinah iz leta 1999. Prav tako ne smemo spregledati, da se je od uveljavitve Zakona o psihoterapiji (PsychThG) psihoterapija kot taka razvijala in spremenila tako v smislu zdravljenja bolnikov kot znanstvenega razvoja.«

Po preverjanju različnih možnosti izobraževanja se je zvezno ministrstvo za zdravje odločilo za neposredno akademsko izobraževanje takoj po maturi (nemško »Direkttausbildung«) in razvilo koncept izobraževanja s ciljem (BMG, 2016):

- zagotavljati dosedanje visoko raven izobraževanja in njen nadaljnji razvoj,
- združiti teorijo in prakso z empirično podprtim raziskovanjem,
- integrirati teoretična in praktična znanja iz študijev psihologije, pedagoških in medicinskih ved ter dosedanjih v postopke in metode usmerjenih psihoterapevtskih izobraževanj,
- zagotoviti pridobivanje kompetenc, ki omogočajo odgovorno opravljanje psihoterapevtske zdravstvene obravnave in tako zagotoviti zaščito pacientov,
- nadgrajevati psihoterapevtske postopke in metode z znanstveno priznanimi psihoterapevtskimi pristopi in metodami in pri tem
- upoštevati posebnosti obravnave glede na posamezne starostne skupine.

Predvideno je, da se bo petletni visokošolski študijski program psihoterapije, katerega cilj je opravljanje psihoterapije kot samostojnega poklica, torej pridobitev licence, na nemških univerzah začel leta 2020 (BMG, 2019). Ob koncu izobraževanja je predviden strokovni izpit, s katerim se pridobi dovoljenje za opravljanje poklica (nemško »Approbation«). Strokovni izpit na državni ravni zagotavlja, da je vsak posameznik sposoben samostojno in na lastno odgovornost obravnavati paciente oziroma kliente v skladu z nalogami poklica.

Izobraževanje je zasnovano tako, da bo združljivo s prvostopenjskim in drugostopenjskim izobraževalnim sistemom (1. stopnja študija traja tri leta, 2. stopnja pa dve leti). Diplomanti psihoterapevtskega študija, ki ne želijo delati v zdravstveni oskrbi bolnikov in zato ne želijo opravljati strokovnega izpita, bodo imeli možnost, da z diplomo ali magistrijem opravljajo psihoterapevtsko dejavnost tudi zunaj zdravstva. Natančnejši pregled nove strukture izobraževanja za psihoterapevte je podan v tabeli 1 (celotne Smernice za posodobitev izobraževanja psiholoških psihoterapevtov pa so v prilogi 1).

## 1. Struktura izobraževanja

Za doseg cilja izobraževanja je potreben petletni univerzitetni študij psihoterapije ali enakovreden visokošolski študij. Študij je razdeljen na: prvo stopnjo (1.–3. študijsko leto), na kateri se pridobijo osnovne psihološke, psihoterapevtske in znanstvene kompetence, ter drugo stopnjo (4.–5. študijsko leto), na kateri se pridobijo poglobljene psihoterapevtske kompetence, kompetence, pomembne za oskrbo, in znanstvene kompetence.

Študij obsega vsaj 5200 ur ter vsebuje teoretično izobraževanje in praktično usposabljanje.

Pogoj za podelitev licence je uspešno opravljen strokovni izpit, ki je razdeljen na dva dela. Drugi del strokovnega izpita se opravlja na koncu študija (glej točko »Državni strokovni izpit«).

Študenti, ki ne želijo delati v zdravstveni oskrbi pacientov, se lahko odpovejo opravljanju strokovnega izpita in po opravljenem visokošolskem izpitu (nemško »Hochschulprüfung«) zaposlijo na področju izven zdravstva.

## 2. Teoretični del izobraževanja

Teoretični del izobraževanja prinaša v skladu s ciljem izobraževanja osnovna in poglobljena znanja, potrebna za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, v obliki predavanj, seminarjev in praktičnih vaj v obsegu najmanj 2900 ur, ki so razdeljene na prvi in drugi stopnji študija na naslednja področja izobraževanja:

Prva stopnja (2100 ur): Osnove psihologije (600 ur), Osnove pedagogike (120 ur), Osnove medicine (120 ur), Osnove farmakologije (60 ur), Nauk o duševnih motnjah (100 ur), Psihološka diagnostika (230 ur), Splošne vsebine o postopkih in metodah (320 ur), Preventivni in rehabilitacijski koncepti psihoterapevtskega delovanja (120 ur), Znanstvena metodologija (370 ur), Poklicna etika in delovno pravo (60 ur)

Druga stopnja (800 ur): Specialne vsebine o postopkih in metodah (170 ur), Uporabna psihoterapija (300 ur), Dokumentacija in evalvacija psihoterapevtske obravnave (30 ur), Psihološko izvedenstvo (100 ur), Izbirni obvezni moduli (200 ur)

### 3. Praktični del izobraževanja

S praktičnim delom izobraževanja se v skladu s ciljem izobraževanja pridobijo kompetence delovanja, ki so potrebne za samostojno in odgovorno psihoterapevtsko obravnavo bolnikov. Praktično usposabljanje poteka preko opazovanja vsakdanjega raziskovalnega in kliničnega dela, hospitacij, poglobljene psihoterapevtske prakse pod vodstvom in nadzorom v majhnih skupinah za supervizijo in samorefleksijo.

Praktični del obsega vsaj 2300 ur praktičnega dela, ki je razdeljeno na prvi in drugi stopnji študija na naslednja področja usposabljanja in lokacije usposabljanja:

#### Prva stopnja (900 ur):

- Raziskovalna praksa v raziskovalni ustanovi klinične psihologije in psihoterapije (240 ur)
- Orientacijska praksa v bolnišnični ali delno bolnišnični psihoterapevtski oskrbi (210 ur)
- Hospitacije ambulantnega zdravljenja v ambulantah visokošolskih zavodov ali ambulantah zunaj visokošolskih zavodov (100 ur)
- Poklicna kvalifikacija I:  
Klinična dejavnost v psihiatrični, psihoterapevtski ali psihosomatični obravnavi (350 ur)

#### Druga stopnja (1400 ur):

- Poklicna kvalifikacija II:  
Klinična dejavnost v psihiatrični, psihoterapevtski ali psihosomatski obravnavi (650 ur)
- Poklicna kvalifikacija III:  
Ambulantno zdravljenje v ambulantni psihoterapevtski oskrbi (študent mora imeti možnost izbirati med vsaj tremi znanstveno priznanimi pristopi, 250 ur)  
Seminarji/praktične vaje iz samorefleksije na visokošolskem zavodu ali zunaj nje (100 ur)  
Prosta razdelitev ur v okviru psihoterapevtske prakse pod supervizijo II & III (400 ur).
- Poklicna kvalifikacija IV:  
študenti mora izbrati terapevta za osebno izkušnjo, ki ima licenco za opravljanje psihoterapije v vsaj enem znanstveno priznanem pristopu in status supervizorja.

Visokošolski zavod mora zagotoviti, da študent pridobi temeljna praktična znanja iz vseh znanstveno priznanih pristopov in da se lahko odloči za poglobljanje izkušenj, zlasti glede ambulantnega zdravljenja, supervizije in samorefleksije (imeti mora možnost izbirati med vsaj tremi znanstveno priznanimi pristopi).

#### 4. Državni strokovni izpit

Izobraževanje za poklic psihoterapevta vključuje strokovni izpit, ki se opravlja v dveh delih.

Prvi del strokovnega izpita se lahko opravlja najprej po zaključku prve stopnje študija. Vključuje 120-minutni ustni izpit, pri katerem sodelujejo štiri kandidati, v katerem se preverjajo področja osnove medicine, osnove farmakologije, nauk o duševnih motnjah, psihološka diagnostika, splošne vsebine o postopkih in metodah ter poklicna etika in delovno pravo.

Drugi del strokovnega izpita se lahko opravlja šele po opravljenem prvem delu strokovnega izpita in po zaključku druge stopnje študija. V 90-minutnem pisnem delu se preverjajo področja splošnih in specialnih vsebin o procesih, preventivni in rehabilitacijski koncepti psihoterapevtske obravnave in uporabna psihoterapija. Poleg pisnega izpita mora kandidat opraviti še 45-minutni ustni praktični individualni izpit, v katerem predstavi prej pripravljena pisna primera ambulantnega zdravljenja pacientov pod supervizijo. Po opravljenem strokovnem izpitu je možno zaprositi za licenco.

Izobraževanje bo potekalo na univerzah ali enakovrednih visokošolskih zavodih. Izobraževalne ustanove bodo morale zagotoviti, da se lahko vsi znanstveno priznani psihoterapevtski pristopi poučujejo v primerljivem obsegu. Če visokošolski zavodi sami ne bodo mogli zagotoviti teh zahtev, zlasti za praktično usposabljanje, bodo lahko sodelovali z drugimi ustreznimi institucijami.

Psihoterapijo na področju zdravstva bodo lahko opravljali samo tisti, ki bodo pridobili licenco. Izdajanje licenc bo še naprej potekalo v skladu z zahtevami trenutno veljavnega Psihoterapevtskega zakona in v skladu s povezanimi predpisi o izobraževanju in izpitih. Za pridobitev strokovnega potrdila, ki bo omogočalo prijavo za pridobitev koncesije za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, bo potrebno nadaljnje usposabljanje, ki bo usmerjeno v poglobljanje veščin za uporabo psihoterapevtskih postopkov in metod ter prilagajanje starostnim skupinam.

Seveda je predlog novele zakona poleg podpore in konstruktivnih predlogov večine psihoterapevtov in psihoterapevtskih organizacij naletel tudi na odpore in kritike, npr. iz strani Nemške zdravniške zbornice (Bundesärztekammer, 2018) in Nemškega združenja za psihoterapijo otrok, mladostnikov in družin (DGKJF = Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie). Tako je zdravniška zbornica podpirala akademizacijo, vendar ni videla psihoterapije kot samostojnega diplomskega področja in je zato hotela ohraniti pot do podiplomskega psihoterapevtskega izobraževanja preko psihologije. DGKJF (2017a,b) pa je bila še bolj radikalnega mnenja, da namreč »psihoterapije ni možno poučevati v okviru študija prve bolonjske stopnje, kot je to ustrezno za medicino, da se psihoterapije ne morejo začeti učiti maturantje z 18. leti, ampak šele tisti, ki diplomirajo, da se psihoterapije ni možno učiti na fakultetah, temveč tam, kjer se jo prakticira« itn. Vsi ti odpori pa niso bili dovolj močni, da bi zaustavili sprejetje novele zakona.

Uradni razglas je predviden v drugi polovici leta 2019, kar bo prineslo tudi uvedbo novega poklicnega naziva »psihoterapevt«, namesto starih nazivov »psihološki psihote-

rapevt« in »psihoterapevt za otroke in mladostnike« (BMG, 2019ab). S tem bo potegnjena jasnejša poklicna ločnica med poklicema psihoterapevt in psiholog.

## Kaj predlog novega nemškega zakona pomeni za Slovenijo?

Kljub razdrobljeni normativni ureditvi psihoterapije, ki je z leti privedla do večjih problemov tako na področju izobraževanja kot tudi na področju izvajanja psihoterapevtske dejavnosti, je Nemčija psihoterapevtska velesila ne samo v Evropi, temveč tudi v svetovnem merilu. K temu ni pripomogla le obsežnost nemške psihoterapevtske scene, ki je povezana z velikostjo Nemčije in njenimi 83 milijoni prebivalcev, temveč tudi legendarna nemška temeljitost, vztrajnost, nagnjenost k sistematičnosti in urejenosti, ki se kaže na vseh področjih, ne samo na psihoterapevtskem. Če so v marsikateri evropski državi psihiatri in klinični psihologi bolj zainteresirani za določene privilegije v zvezi psihoterapijo kot pa za kvalitetno dodatno psihoterapevtsko izobraževanje ter strokovno korektno in učinkovito psihoterapevtsko delo, kaj takega v Nemčiji ni mogoče. Vsi »psihološki« poklici, ki izvajajo psihoterapijo v okviru zdravstva, od zdravnikov za psihoterapevtsko medicino, specialistov za psihiatrijo in psihoterapijo, specialistov za psihiatrijo otrok/mladostnikov in psihoterapijo, preko specialistov za psihosomatsko medicino do psiholoških psihoterapevtov in psihoterapevtov za otroke in mladostnike, lahko pridejo do dovoljenja za psihoterapevtsko prakso samo po temeljitem dolgoletnem izobraževanju.

Podobno je s preverjanjem znanstvenosti psihoterapevtskih pristopov in empirično podprtih dokazov o njihovi klinični učinkovitosti. Kriteriji in postopki so tako zahtevni, da se celo mnogi strokovno in znanstveno dobro podkovani psihoterapevti in ugledne psihoterapevtske šole iz drugih dežel sprašujejo, ali bi uspeli priti skozi nemška sita. Nemški kriteriji so maksimalistični, kar seveda nima samo dobrih plati, vendar pa so dosežki nemške psihoterapije tako na področju izobraževanja in raziskovanja kot tudi v psihoterapevtski praksi impresivni.

Zato menimo, da bo novela zakona, ki uvaja neposredno dvostopenjsko univerzitetno izobraževanje iz psihoterapije po srednji šoli, sprožila velike spremembe ne le v Nemčiji, temveč po celi Evropi in svetu. Upamo, da bo nemški zgled prepričal tudi slovenske strokovnjake, uradnike, politike in širšo javnost, da je za psihoterapijo dozorel čas, ko se lahko bolj na široko odprejo vrata za izobraževanja za prvi poklic. Glede na to, da je poleg Nemčije in Avstrije Slovenija edina država v Evropi in tudi na svetu, kjer taka izobraževalna pot v okviru Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani že obstaja (Možina, 2007, 2016), bi morda slovenski psihoterapevti in psihoterapevtke lahko začutili oziroma začutile celo kanček ponosa.

Avtorji tega članka, ki smo na Ministrstvu za zdravje kot predstavniki Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Teološke fakultete Univerze v Ljubljani, Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije in Fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici vključeni v Delovno skupino za pripravo normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji, vidimo novelo novega nemškega zakona kot pomemben razvojni korak v smeri akademizacije izobraževanja iz psihoterapije in jasnejše poklicne razmejitve med psihologi, zdravniki (predvsem psihiatri) in psihoterapevti.

Hkrati pa zastopamo stališče, da mora slovenski zakon o psihoterapiji in svetovanju

glede na obstoječe stanje omogočiti tri poti izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja:

- akademsko pot preko akreditiranih študijev,
- edukacijsko pot preko verificiranih edukacij in
- kombinacijo obeh poti.

Akreditacije študijev v Sloveniji izvaja Nacionalna agencija za kvaliteto v visokem šolstvu RS, verifikacije pa naj bi po našem predlogu izvajala bodoča Zbornica psihoterapevtov in svetovalcev Slovenije. Tako rešitev bodo v kratkem sprejeli v noveli Zakona o psihoterapiji iz leta 1990 tudi v Avstriji, s tem da tam verifikacije že veliko let izvaja Ministrstvo za zdravje, akreditacije pa avstrijski visokošolski akreditacijski organ (AQ Austria).

Menimo, da se le na ta način lahko ohranijo dragocene izobraževalne možnosti, ki so se v Sloveniji razvile na raznih inštitutih in društvih, ki po neakademski poti usposablajo psihoterapevte za samostojen poklic po evropskih kriterijih, hkrati pa bi z modelom treh poti podprli neposredno akademsko izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic, kar od leta 2005 že obstaja v Avstriji, od leta 2006 pri nas in kar prinaša novela nemškega zakona.

## **Epilog: ne zaostanimo za Hrvaško in Malto, temveč sledimo Nemčiji in Avstriji**

Na podlagi mednarodne primerjave psihoterapevskega in svetovalnega področja smo izluščili ključne faze oziroma razvojne korake, ki se seveda lahko dogajajo tudi vzporedno:

- razvoj različnih psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov s programi izobraževanja na visoki strokovni in znanstveni ravni;
- oblikovanje krovnih organizacij, ki povežejo različne psihoterapevske in svetovalne pristope za uveljavitev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja kot avtonomnih poklicev;
- promocija psihoterapije in svetovanja preko publikacij;
- reguliranje področja psihoterapevske in svetovalne dejavnosti z zakonom: reguliranje izobraževanja preko akreditiranja oziroma verificiranja izvajalcev izobraževanja, sistem licenc (register psihoterapevtov), etični nadzor;
- integracija psihoterapevske in svetovalne dejavnosti v okvire različnih dejavnosti, na primer zdravstvene, socialno varstvene, vzgojno izobraževalne, pravosodne, gospodarske in v okvir samoplačniške dejavnosti na prostem trgu;
- razvoj globalne mreže psihoterapevtov in svetovalcev ter psihoterapevtskih in svetovalnih organizacij;
- integracija izobraževanja s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v akademski svet in razvijanje mreže univerz, ki imajo psihoterapevske in svetovalne programe.

Če s pomočjo te matrice primerjamo Slovenijo s Hrvaško in Malto, lahko hitro ugotovimo, da smo dosegli podobno ali celo višjo stopnjo razvitosti in da z zakonsko ureditvijo ne smemo več odlašati, če nočemo, da bomo začeli zaostajati za državami, ki so bile podobno kot Hrvaška in Malta še do nedavnega za nami.

Če bomo pri pisanju zakona upoštevali rezultate mednarodne primerjave in analize obstoječega stanja področja psihoterapije in svetovanja v Sloveniji, ki smo ju pripravili

za MZ, bomo lahko dobili trenutno najbolj napreden in moderen zakon v Evropi. Po našem mnenju sta najboljša zgleda normativni ureditvi v Avstriji in Nemčiji, ki sta tudi zato med najbolj psihoterapevtsko razvitimi državami v Evropi in na svetu. Naj se zato novo leto 2019 zapiše v zgodovino slovenske psihoterapije in svetovanja kot leto, ko se bo napisal in sprejel zakon, ki nas bo, kar se tiče normativne ureditve, postavil v sam evropski in svetovni vrh.

## VIRI

Act No. XXV of 2018 - Psychotherapy Profession Act.

<http://www.justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lp&itemid=28748&l=1>

Bezić, I. (2018). A letter to the EAP about the new Psychotherapy Law in Croatia.

*Counselling Professions Act 2012.* <http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lp&itemid=23878&l=1>. Dostopno 18. septembra.

Bundesärztekammer (2018). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsgesetz – PsychThGAusbRefG) Berlin: Bundesärztekammer.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2016). Eckpunktepapier zur Novellierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Bonn: BMG.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019a). Psychotherapeuten bekommen eigenen Studiengang. Bonn: BMG.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/psychotherapeutenausbildung.html>

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019b). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung. Bonn: BMG.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/P/PsychThG-RefE.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PsychThG-RefE.pdf)

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie (2017a). Stellungnahme Das neue Psychotherapeutenausbildungsgesetz ist der größte GesundheitsSkandal der letzten 10 Jahre. München: DGKJF.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie (2017b). Gemeinsame DFT-Stellungnahme vom 28.07.17 zur Position der Gesetzlichen Krankenversicherungen vom 24.08.16: Reform der Psychotherapie-Ausbildung. Duale Direktausbildung ein Lösungsansatz zur zeitnahen Reform – statt wieder ein neues „Megaprojekt“. München: DGKJF.

Hrvatski sabor (2018). *Zakon o djelatnosti psihoterapije*. Zagreb: Hrvatski sabor.

Malta Association for the Counselling Profession (MACP) (2018). <http://www.macpmalta.org/>. Dostopno 18. septembra.

Mifsud, G. (2010). The Position Adopted by the Council for the Professions Complementary to Medicine (Malta) vis-à-vis the Regulation of the Profession of Psychotherapy. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.

Morović, J. (2018). *Zakon o djelatnosti psihoterapije ne smije diskriminirati*. Zagreb: SPUH.

<https://www.savez-spuh.hr/uncategorized/zakon-o-djelatnosti-psihoterapije-ne-smije-diskriminirati/>

- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 1, 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2010). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V Fiegl, J. Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevtski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, 3-4: 119-142.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4: v tisku.
- Savez psihoterapijskih udrug Hrvatske (SPUH) (2015). Pravilnik o edukaciji iz propedeutike psihoterapije u RH. Zagreb: SPUH.
- Oudijk, R. (2002). Malta. V Pritz, A., ed. (2002). *Globalized Psychotherapy*. Vienna: Facultas Universitätsverlag: 214–217.
- Strauss, B. et al. (2009). *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen*. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Strauss, B. (2010). Development of Psychotherapy Education in Germany and in Europe – Presentation of the Research Results for the German Health Ministry and Perspectives for the Future. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. Vienna: EAP.
- University of Malta (2018). <https://www.um.edu.mt/courses/overview/PMCOUPETo-2018-9-0>. Dostopno 18. septembra.



# Smernice nemškega ministrstva za zdravje za posodobitev izobraževanja za psihološke psihoterapevte

## Preambula

Revizija Zakona o psihoterapiji (PsychThG) iz leta 1999, ki ureja izobraževanje za dosego naziva psihološki psihoterapevt in psihoterapevt za otroke in mladostnike, je nujno potrebna. Potreba po reformi zakona je nujna zlasti zaradi spremenjenih študijskih struktur, ki so se razvile po bolonjski reformi in vplivajo na zakonsko določene pogoje za sprejem v izobraževanje. Poleg tega zaradi spremenjenih študijskih vsebin programi prve stopnje niso zadostno usklajeni z nadaljnjim izobraževanjem za psihoterapevta, ki temelji še na študijskih strukturah in vsebinah iz leta 1999.

Prav tako ne smemo spregledati, da se je od uveljavitve Zakona o psihoterapiji (PsychThG) psihoterapija kot taka razvijala in spremenila tako v smislu zdravljenja bolnikov kot znanstvenega razvoja. Za zagotovitev trajne visoko kvalificirane psihoterapevtske obravnave bolnikov je pomembno, da se ta razvoj upošteva in da se posodobi izobraževanje iz psihoterapije za vse, ki prihajajo iz področja psihologije.

Po intenzivnih razpravah o morebitnih reformnih modelih so se v novembru 2014 udeleženci 25. Nemških dnevov psihoterapije z dvotretjinsko večino opredelili za izobraževalno pot, ki vodi preko dodiplomskega in magistrskega študija psihoterapije ter nato preko nadaljnega usposabljanja do strokovnega izpita in s tem do licence, torej do dovoljenja za opravljanje poklica (nemško »Approbation«), da bi s tem rešili problem vstopnih zahtev. Poleg tega si psihoterapevti prizadevajo za vzpostavitev struktur financiranja za študij in nadaljnje usposabljanje, saj so doslej stroške izobraževanja krili udeleženci izobraževanja sami, kar je pogosto oteževalo njihov gospodarski položaj.

Po preverjanju različnih možnosti izobraževanja se je zvezno ministrstvo za zdravje odločilo za neposredno akademsko izobraževanje (nemško »Direktausbildung«) in razvilo koncept izobraževanja s ciljem:

- zagotavljati dosedanje visoko raven izobraževanja in njen nadaljnji razvoj,
- združiti teorijo in prakso z empirično podprtim raziskovanjem,
- integrirati teoretična in praktična znanja iz študija psihologije, pedagoških in medicinskih ved ter dosedanjih v postopke in metode usmerjenih psihoterapevtskih izobraževanj,
- zagotoviti pridobivanje kompetenc, ki omogočajo odgovorno opravljanje psihoterapevtske zdravstvene obravnave in tako zagotoviti zaščito pacientov,
- nadgrajevati psihoterapevtske postopke in metode z znanstveno priznanimi psihoterapevtskimi pristopi in metodami in pri tem
- upoštevati posebnosti obravnav glede na posamezne starostne skupine.

- Predviden je petletni visokošolski študijski program psihoterapije, katerega cilj je
- opravljanje psihoterapije kot samostojnega poklica.

Ob koncu izobraževanja je predviden strokovni izpit, s katerim se pridobi dovoljenje za opravljanje poklica. Strokovni izpit na državni ravni zagotavlja, da je vsak posameznik sposoben samostojno in na lastno odgovornost obravnavati bolnike v skladu z nalogami poklica.

Izobraževanje je zasnovano tako, da bi bilo združljivo s prvostopenjskim in drugostopenjskim izobraževalnim sistemom (1. stopnja študija traja tri leta, 2. stopnja pa dve leti). Diplomanti psihoterapevskega študija, ki ne želijo delati v zdravstveni oskrbi bolnikov in zato ne želijo opravljati strokovnega izpita, bi imeli tudi možnost, da z diplomom ali magisterijem opravljajo psihoterapevsko dejavnost tudi zunaj zdravstva.

## Natančnejša predstavitev predloga izobraževanja

### 1. Dovoljenje za opravljanje poklica in cilj izobraževanja

- Za poklic (psihološkega) psihoterapevta je potrebno izobraževanje, s katerim se pridobijo kvalifikacije za psihoterapevsko obravnavo bolnikov. Izobraževanje je tudi pogoj za pot do licence.
- Predlagani cilj izobraževanja vključuje pridobivanje osebnih, strokovno-metodoloških, socialnih in v prakso usmerjenih kompetenc, ki so potrebne za samostojno in odgovorno izvajanje psihološke psihoterapije ter pripomorejo k nadaljnemu razvoju psihoterapevtskih postopkov, omogočajo samostojno in odgovorno nadaljnje izobraževanje in usposabljanje ter zagotavljajo podlago za prevzem vodstvenih vlog v psihoterapevtski obravnavi.
- Izobraževanje mora poleg tega predvsem prispevati k pridobitvi naslednjih kompetenc:
  - Prepoznati duševne motnje, ki potrebujejo psihoterapevsko obravnavo, jih obravnavati ali napotiti v nadaljnjo obravnavo tretjemu,
  - Reflektirati lastno psihoterapevsko delovanje glede na razvoj sposobnosti za samoregulacijo ter s temi spoznanji in z obstoječimi izsledki raziskav optimizirati terapevtski proces,
  - izvajati ukrepe za preverjanje, zagotavljanje varnosti in nadaljnjo optimizacijo kakovosti obravnave ter pri tem dokumentirati in vrednotiti lastno ali tujo psihoterapevsko obravnavo,
  - informirati druge udeležence in posameznike, institucije ali organe o ugotovitvah, ki so pomembne za obravnavo, pri tem prikazati psihoterapevske in podporne možnosti obravnave ter pojasniti njene posledice,
  - obravnavati strokovna vprašanja, vključno z vprašanji, ki se nanašajo na delovno ali poklicno nezmožnost na podlagi obsežnih diagnostičnih ugotovitev in drugih pomembnih informacij,
  - na podlagi znanstveno teoretičnih podlag pripraviti in ovrednotiti znanstvene prispevke ter njihove rezultate vključiti v lastno psihoterapevsko prakso,
  - upoštevati etična načela v psihoterapevtskem delovanju,

- aktivno in interdisciplinarno komunicirati z različnimi poklicnimi skupinami v okviru zdravstva ter z njimi sodelovati pri obravnavi pacientov.

## 2. Struktura izobraževanja

- Za doseg cilja izobraževanja je potreben petletni univerzitetni študij psihoterapije ali enakovreden visokošolski študij. Študij je razdeljen na:
  - prvo stopnjo (1.–3. študijsko leto), na kateri se pridobijo osnovne psihološke, psihoterapevtske in znanstvene kompetence, ter
  - drugo stopnjo (4.–5. študijsko leto), na kateri se pridobijo poglobljene psihoterapevtske kompetence, kompetence, pomembne za oskrbe, in znanstvene kompetence.
- Študij obsega vsaj 5200 ur ter vsebuje teoretično izobraževanje in praktično usposabljanje.
- Pogoj za podelitev licence je uspešno opravljen strokovni izpit, ki je razdeljen na dva dela. Drugi del strokovnega izpita se opravlja na koncu študija (glej točko »izpit«).
- Študenti, ki ne želijo delati v zdravstveni oskrbi pacientov, se lahko odpovejo opravljanju strokovnega izpita in po opravljenem visokošolskem izpitu (nemško »Hochschulprüfung«) zaposlijo na področju izven zdravstva.

## 3. Teoretični del izobraževanja

- Teoretični del izobraževanja prinaša v skladu s ciljem izobraževanja osnovna in poglobljena znanja, potrebna za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, v obliki predavanj, seminarjev in praktičnih vaj in obsega najmanj 2900 ur, ki so razdeljene na prvi in drugi stopnji študija na naslednja področja izobraževanja:
- Prva stopnja (2100 ur)
  - Osnove psihologije (600 ur)
  - Osnove pedagogike (120 ur)
  - Osnove medicine (120 ur)
  - Osnove farmakologije (60 ur)
  - Nauk o duševnih motnjah (100 ur)
  - Psihološka diagnostika (230 ur)
  - Splošne vsebine o postopkih in metodah (320 ur)
  - Preventivni in rehabilitacijski koncepti psihoterapevtskega delovanja (120 ur)
  - Znanstvena metodologija (370 ur)
  - Poklicna etika in delovno pravo (60 ur)
- Druga stopnja (800 ur)
  - Specialne vsebine o postopkih in metodah (170 ur)
  - Uporabna psihoterapija (300 ur)
  - Dokumentacija in evalvacija psihoterapevtske obravnave (30 ur)
  - Psihološko izvedenstvo (100 ur)
  - Izbirni obvezni moduli (200 ur)
- Velikost skupine za seminarje in praktične vaje se prilagodi, če tako zahteva

učna snov.

- Pri praktičnem usposabljanju se lahko uporabijo študije primerov. Pri tem se upoštevajo zakonsko zaščiteni interesi bolnikov.

#### 4. Praktični del izobraževanja

- S praktičnim delom izobraževanja se v skladu s ciljem izobraževanja pridobijo kompetence delovanja, ki so potrebne za samostojno in odgovorno psihoterapevtsko obravnavo bolnikov. Praktično usposabljanje poteka preko opazovanja vsakdanjega raziskovalnega in kliničnega dela, hospitacij, poglobljene psihoterapevtske prakse pod vodstvom in nadzorom v majhnih skupinah za supervizijo in samorefleksijo.
- Praktični del obsega vsaj 2300 ur praktičnega dela, ki je razdeljeno na prvi in drugi stopnji študija na naslednja področja usposabljanja in lokacije usposabljanja:
  - Prva stopnja (900 ur):
    - Raziskovalna praksa v raziskovalni ustanovi klinične psihologije in psihoterapije (240 ur)
    - Orientacijska praksa v bolnišnični ali delno bolnišnični psihoterapevtski oskrbi (210 ur)
    - Hospitacije ambulantnega zdravljenja v ambulantah visokošolskih zavodov ali ambulantah zunaj visokošolskih zavodov (100 ur)
    - Poklicna kvalifikacija I: Klinična dejavnost v psihiatrični, psihoterapevtski ali psihosomatični obravnavi (350 ur)
  - Druga stopnja (1400 ur)
    - Poklicna kvalifikacija II: Klinična dejavnost v psihiatrični, psihoterapevtski ali psihosomatski obravnavi (650 ur)
    - Poklicna kvalifikacija III: ambulantno zdravljenje v ambulantni psihoterapevtski oskrbi (študent mora imeti možnost izbirati med vsaj tremi znanstveno priznanimi pristopi, 250 ur)
    - Seminarji/praktične vaje iz samorefleksije na visokošolskem zavodu ali zunaj nje (100 ur)
    - Prosta razdelitev ur v okviru psihoterapevtske prakse pod supervizijo II & III (400 ur).
- Visokošolski zavod mora zagotoviti, da študent pridobi temeljna praktična znanja iz vseh znanstveno priznanih pristopov in da se lahko odloči za poglobljanje izkušenj, zlasti glede ambulantnega zdravljenja, supervizije in samorefleksije (imeti mora možnost izbirati med vsaj tremi znanstveno priznanimi pristopi).
- Med praktičnim izobraževanjem je treba v anonimizirani pisni obliki predstaviti dva primera lastne ambulantne obravnave pacientov. Poročilo mora vključevati znanstvene ugotovitve, diagnostiko, indikacije in evalvacijo rezultatov terapije, dokaz o etiološko orientiranem razumevanju bolezni ter potek zdravljenja in tehniko zdravljenja v povezavi s teorijo. Poročilo oceni dodeljeni supervizor.

## 5. Državni strokovni izpit

- Izobraževanje za poklic psihoterapevta vključuje strokovni izpit, ki se opravlja v dveh delih.
- Prvi del strokovnega izpita se lahko opravlja najprej po zaključku prve stopnje študija. Vključuje 120-minutni ustni izpit, pri katerem sodelujejo štirje kandidati, v katerem se preverjajo področja osnove medicine, osnove farmakologije, nauk o duševnih motnjah, psihološka diagnostika, splošne vsebine o postopkih in metodah ter poklicna etika in delovno pravo.
- Drugi del strokovnega izpita se lahko opravlja šele po opravljenem prvem delu strokovnega izpita in po zaključku druge stopnje študija. V 90-minutnem pisnem delu se preverjajo področja splošnih in specialnih vsebin o procesih, preventivni in rehabilitacijski koncepti psihoterapevtske obravnave in uporabna psihoterapija. Poleg pisnega izpita mora kandidat opraviti še 45-minutni ustni praktični individualni izpit, v katerem predstavi prej pripravljena pisna primera ambulantnega zdravljenja pacientov pod supervizijo.
- Po opravljenem strokovnem izpitu je možno zaprositi za licenco.

## 6. Licenca in strokovno potrdilo

- Psihoterapijo na področju zdravstva lahko opravlja tisti, ki pridobi licenco.
- Izdajanje licenc poteka v skladu z zahtevami trenutno veljavnega Psihoterapevtskega zakona in v skladu s povezanimi predpisi o izobraževanju in izpitih.
- Za pridobitev strokovnega potrdila, ki omogoča prijavo za pridobitev koncesije za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, je potrebno nadaljnje usposabljanje, ki je usmerjeno v poglobljanje veščin za uporabo psihoterapevtskih postopkov in metod ter prilagajanje starostnim skupinam.

## 7. Kvalifikacijske zahteve za izobraževanje

- Izobraževanje poteka na univerzah ali enakovrednih visokošolskih zavodih. Izobraževalne ustanove morajo zagotoviti, da se lahko vsi znanstveno priznani psihoterapevtski pristopi poučujejo v primerljivem obsegu.
- Če visokošolski zavodi ne morejo zagotoviti teh zahtev, zlasti za praktično usposabljanje, lahko sodelujejo z drugimi ustreznimi institucijami. V tem primeru morajo skleniti ustrezne pogodbe o sodelovanju.
- Za naslednja področja praktičnega usposabljanja je potrebno upoštevati naslednje posebne pogoje:
  - Za hospitacijo ambulantnega zdravljenja morajo biti na razpolago primerni bolniki oz. video posnetki ali DVD-ji.
  - Za predmet poklicna kvalifikacija I in II morajo biti na razpolago:
    - primerni specialisti za vodenje, ki imajo licenco za vsaj en znanstveno priznan psihoterapevtski pristop,
    - pacienti, primerni za namen izobraževanja
    - skupinske terapije, ki omogočajo spremljanje
    - možnost nadaljnjega izpopolnjevanja
    - primerna tehnična oprema za namen izobraževanja in knjižnica z znanstveno literaturo.

- Za predmet poklicna kvalifikacija III se morajo študenti odločiti za en znanstveno priznan pristop. Tega naj bi izbrali izmed vsaj treh znanstveno priznanih pristopov. Poleg tega morajo biti izpolnjeni naslednji okvirni pogoji:
  - na razpolago mora biti ambulantno osebje, ki je odgovorno za odgovarjanje na organizacijska vprašanja študentov ter posredovanje bolnikov in supervizorjev študentom,
  - pacienti, primerni za namen izobraževanja
  - notranje ali zunanje možnosti supervizij, ki jih vodijo psihoterapevti s statusom supervizorja in ki so kvalificirani v znanstveno priznanem pristopu, v katerem je bila izpeljana ambulantna obravnava.
- Za predmet poklicna kvalifikacija IV si morajo študenti izbrati terapevta za osebno izkušnjo, ki
- ima licenco za opravljanje psihoterapije v vsaj enem znanstveno priznanem pristopu in status supervizorja (kar lahko dokaže s tem, da je opravil nadaljnje izobraževanje ali s tem, da ima najmanj petletne praktične izkušnje v ambulantni psihoterapevtski obravnavi) in
- ni v sorodstvenem, gospodarskem ali poslovnem odnosu s študenti.







Miran Možina<sup>1</sup>, Tomaž Flajs<sup>2</sup>, Romana Kress<sup>3</sup>,  
Irena Kosovel<sup>4</sup>, Urška Kranjc Jakša<sup>5</sup> in Primož Rakovec<sup>6</sup>

## **Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija?**

### *New laws on psychotherapy in Europe: How did Slovenia get stuck?*

V četrtek, 18. junija 2020, smo predstavniki Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana), Teološke fakultete Univerze Ljubljana (TeoF UL), Fakultete za uporabne družbene študije (FUDŠ), Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS), Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje (SZPS) in Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) organizirali spletno okroglo mizo z istim naslovom. Pritegnila je veliko pozornost, saj ji je prisostvovalo 300 poslušalcev. Posnetek je dostopen na <https://youtu.be/5h3X1SeTJeQ>

Gostje okrogle mize so bili:

- Ddr. Alfred Pritz, psiholog in psihoanalitik, od leta 2005 rektor Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju, avtor avstrijskega zakona o psihoterapiji iz leta 1990;
- dr. Charles Cassar, psihoterapevt z Evropsko diplomom iz psihoterapije, predsednik EAP (Evropska zveza za psihoterapijo), predsednik MAP (Malteška zveza psihoterapevtov), predsednik državnega strokovnega odbora za poklic psihoterapije na Malti;
- doc. dr. Katharina Rebolj, psihoanalitičarka, ustanovna direktorica SFU

1 Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, dekan in direktor Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Trubarjeva 65, 1000 Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

2 Tomaž Flajs, psihoterapevt, podpredsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, tflajs@gmail.com

3 Romana Kress, predsednica Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, romana.kress@skzp.org

4 Irena Kosovel, psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, irena.kosovel@gmail.com

5 Urška Kranjc Jakša, zakonska in družinska terapevtka stažistka, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ukranjcjaksa@gmail.com

6 As. dr. Primož Rakovec, psihosocialni svetovalec, Fakulteta za uporabne družbene študije v Novi Gorici, predsednik Združenja za psihosocialno svetovanje in psihoterapijo, primoz.rakovec@fuds.si

Berlin od leta 2013;

- dr. Tamara Prevendar, psihologinja in specializantka psihoterapije, avtorica monografije o psihoterapiji na Hrvaškem in o poteku sprejemanja hrvaškega zakona o psihoterapiji, ki je začel veljati leta 2018;
- Zoran Milivojević, dr. med., psihoterapevt, predsednik Zveze psihoterapevtov Srbije, eden ključnih akterjev pri oblikovanju novega srbskega predloga zakona o psihoterapiji;
- Tomaž Flajs, geštalt psihoterapevt z Evropsko diplomo iz psihoterapije, podpredsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, član Delovne skupine za slovenski zakon o psihoterapiji;
- moderator pa je bil mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, direktor in dekan Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani,

Okrogla miza se je začela z desetminutnimi uvodnimi predstavami gostov: Alfred Pritz in Charles Cassar sta najprej skupaj predstavila trenutno stanje psihoterapevtske zakonodaje v Evropi, nato pa so sledile podrobnejše predstavitve normativne urejenosti v Avstriji (Pritz), na Malti (Cassar), v Nemčiji (Reboly), na Hrvaškem (Prevendar), v Srbiji (Milivojević) in Sloveniji (Flajs). Sledila je diskusija, v katero se je aktivno vključila tudi predstavica Ministrstva za zdravje, državna sekretarka dr. Tina Bregant. V nadaljevanju sledijo nekateri ključni poudarki iz predstavitev in diskusije.

## **Trenutno stanje psihoterapevtske zakonodaje v Evropi**

Alfred Pritz je na začetku poudaril, da približno 32 % evropskega prebivalstva trpi zaradi različnih čustvenih motenj: tesnobe, depresije, stresa, družinskih in partnerskih konfliktov ipd. Pojavlja se vprašanje, kdo od strokovnjakov lahko nudi pomoč in podporo tem ljudem v stiski. Imamo veliko strokovnjakov, npr. psihiatre, psihologe, svetovalce, duhovnike, ezoterične zdravilce, ki lahko nudijo neko vrsto pomoči in odgovarjajo na stiske ljudi. Psihoterapija pa nudi pomoč preko odnosa med psihoterapevtom in pacientom ter se osredotoča na individualni razvoj posameznika. Psihoterapevtskih pristopov je veliko, v Evropi jih je trenutno priznanih in v veljavi okoli 20. Pritz je poudaril, da je pomembno, da v Evropi končno uredimo poklic psihoterapevta. Trenutno imamo v Evropi 16 zakonov, ki regulirajo to področje, veliko držav pa se še nahaja v postopku sprejemanja zakona. Prednosti urejenosti poklica psihoterapevt je več, in sicer: (1) da pacient sploh ve, kdo psihoterapevt je in (2) vsi zakoni vsebujejo neke vrste kontrolo kvalitete psihoterapevtskega izobraževanja in prakse, poleg tega pa je zakon podlaga za (3) zagotavljanje socialne varnosti. V marsikateri državi, kjer

je poklic psihoterapevt zakonsko urejen, zdravstveno oz. socialno zavarovanje povrne pacientom stroške psihoterapije (v Avstriji, Nemčiji, Italiji, Švedski, Franciji, na Hrvaškem, Nizozemskem in Finskem in Malti). Veliko držav status psihoterapevta še ureja, nekatere se tudi zavzemajo uveljavitev dodiplomskega študija psihoterapije. Pritz je poudaril da, je cilj uveljavitev mednarodnih smernic za evropsko ureditev področja psihoterapije. Do tam je pot še dolga, saj bi morale vsaj 2/3 držav Evropske unije sprejeti zakone o psihoterapiji in šele takrat bo možno sprožiti razpravo v Evropskem parlamentu.

Charles Cassar je kot njen predsednik predstavil delovanje Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) na tem področju. Pričeli so s standardiziranjem izobraževalnih standardov za psihoterapijo (na osnovi primerjave med različnimi evropskimi državami), ki jih bodo naslednje leto predstavili Evropskemu parlamentu (pogoj, da je nek poklic priznan na evropski ravni, je namreč skupni izobraževalni okvir (ang. Common training framework), ki se izoblikuje na osnovi izobraževalnih standardov). Cilj prizadevanj EAP na evropski ravni je uveljavitev skupne zakonske regulative oziroma smernic za samostojni poklic psihoterapevta.

## Stanje v Avstriji

Alfred Pritz je poudaril, da je zakonska urejenost poklica psihoterapevt v Avstriji stara že 30 let in je trenutno pred prenovo (zakon je bil sprejet leta 1990). Ker je bila Avstrija med prvimi evropskimi državami, ki je dobila zakon, je ta imel pomemben mednarodni vpliv. Ker je zakon uveljavil psihoterapijo kot samostojni poklic, ki ni temeljil na psihologiji, medicini ali socialnem delu, temveč na drugih vstopnih izobraževalnih pogojih (odprl je možnost izobraževanja takoj po maturi), je bil zelo pomemben za oblikovanje podobe o tem poklicu v javnosti. Nov poklic psihoterapevt temelji na psihoterapevtski znanosti kot znanosti o subjektivnosti.

Avstrijski zakon ureja izobraževalno pot, psihoterapevtsko dejavnost in etične standarde. Zakonska urejenost poklica psihoterapevt je odprla tudi možnost za zdravstveno in socialno zavarovanje. Javno zavarovanje že od leta 1991 povrne stroške psihoterapije. Takrat se je iz proračunskih sredstev financiralo psihoterapevtske storitve za približno 1 milijon evrov, danes pa za približno 120 milijonov evrov. Zakonska urejenost področja psihoterapije poleg možnosti uveljavitve zdravstvenega in socialnega varstva pacientov poskrbi tudi za večjo prepoznavnost in poznavanje psihoterapije v širši javnosti ter za njeno ločevanje od drugih poklicev. Kot negativno plat zakonodaje je Pritz izpostavil pretirano birokracijo, ki je svetovna pandemija. Zato je potrebno biti stalno pozoren, da

birokrati ne uničijo bistva psihoterapije.

Na vprašanje, kako je zakon vplival na odnose med psihoterapevti, psihiatri in psihologi, ki si v številnih državah pogosto nasprotujejo, je Pritz poudaril pomembnost hkratne zakonske urejenosti obeh področij, tako psihoterapije kot psihološke dejavnosti. V Avstriji so v parlamentu oba zakona leta 1990 sprejeli istočasno. Če ni urejenosti obeh področji, prihaja do močnih napetosti, kot se trenutno kažejo v Nemčiji. Psihologi so tam izgubili psihoterapijo. V Avstriji so istočasno s psihoterapevti tudi psihologi oblikovali svojo identiteto, kar je bilo prav tako zahtevno. Za vsako poklicno skupino je zahtevno definirati svojo identiteto. Tudi v Avstriji je konkurenca med psihologi in psihoterapevti še vedno prisotna, zato je pomembno, da spoštujemo tudi interese psihologov, da zakonsko uredijo svoje področje. Nasprotovanj med psihiatri in psihoterapevti ni več. Na začetku so psihiatri močno odreagirali na težnje po zakonu o psihoterapiji, sčasoma pa so ugotovili, da zaradi tega niso izgubili denarja in da so še iskani na mnogih področjih, še posebej v okviru medicinskega zdravljenja. Nekateri med njimi so tudi postali psihoterapevti, sicer ne v tolikšnem številu, kot bi si želel Pritz. Za psihiatre je namreč psihoterapija izguba zaslužka, saj z medicinsko obravnavo veliko bolje zaslužijo kot s psihoterapijo. Zato samo nadarjeni izberejo psihoterapevtski način pomoči.

Na vprašanje, kaj je akademizacija psihoterapije prinesla Avstriji, je Pritz odgovoril, da so sprejeli zakon (leta 1990) 15 let pred akademizacijo (leta 2005 se je odprla Univerza Sigmunda Freuda). Univerza Sigmunda Freuda ima veliko znanstveno produkcijo. Ko je bil mlad psihoterapevt, je bila v povprečju izdana ena ali dve psihoterapevtski knjigi na leto, zdaj pa izide nova psihoterapevtska knjiga vsakih 14 dni. Študij psihoterapije lahko primerjamo s zobozdravstvenim študijem. Lahko rečemo, da se v akademskih programih educirajo »zobozdravniki za dušo«. Podobno kot mora zobozdravnik veliko vedeti o celem telesu, čeprav se ukvarja le z zobmi, in o tehnikah zdravljenja, za psihoterapevta ni dovolj, da ima dobro dušo in empatijo, zato se študenti učijo veliko temeljnih znanj in tehnik. Univerza ima tudi štiri ambulante, kjer imajo študentje možnost teoretična načela uporabljati v praksi.

## Stanje na Malti

Charles Cassar je predstavil dolgotrajni proces sprejemanja psihoterapevtskega zakona na Malti. Pot do zakona se je začela pred 20 leti, ko psihoterapija še ni bila priznana kot samostojen poklic. Takrat je bil dostop do psihoterapevtskega izobraževanja omogočen samo psihologom, socialnim delavcem, zdravnikom,

zobozdravnikom ipd. Sprejemanje zakona je bilo močno pod vplivom vsakokratnega političnega sestava. Trnova pot za priznanje poklica psihoterapevt se je tako velikokrat začela in tudi končala na političnem parketu in potrebno je bilo veliko lobiranja. Zakon o psihoterapiji je bil končno sprejet septembra 2018. Zakon jasno določa kriterije, kar je končana prva stopnja humanistične ali družboslovne smeri in 3000 ur izobraževanja v izbranem psihoterapevtskem pristopu, ki minimalno vsebuje vsaj 1000 ur teoretičnega dela, ki mora zadostiti pogojem druge bolonjske stopnje. Zakon prav tako določa zakonodajni okvir, kdo lahko dela kot psihoterapevt. Psihoterapevti na Malti so lahko zaposleni v vseh sektorjih, razen na področju duševnega zdravja, ki je še vedno domena psihiatrov.

### **Stanje v Nemčiji**

Kathy Reboley je predstavila pot sprejemanja novega nemškega zakona o psihoterapiji, ki je bil sprejet konec leta 2019 in je določil novo, neposredno akademsko pot izobraževanja za psihoterapevte takoj po maturi. Pri oblikovanju in sprejemanju zakona o psihoterapiji je odigralo pomembno vlogo tudi združenje pacientov. To je jasno poudarilo, da želi, da paciente obravnavajo psihoterapevti in ne psihologi ali psihiatri, kar je pomembno pripomoglo tudi k političnemu razumevanju področja psihoterapije. V Nemčiji je tudi vzpostavljena Zbornica psihoterapevtov, ki trenutno šteje 45.000 članov. Prevod celotnega govora Reboleyjeve lahko najdete spodaj v prilogi 1.

### **Stanje na Hrvaškem**

Tamara Prevendar je predstavila hrvaški zakon o psihoterapiji. Zakon je bil sprejet leta 2018 in vključuje vsebino, pogoje in način izvajanja psihoterapevtske dejavnosti, standarde izobraževanja, pogoje za ustanovitev Hrvaške zbornice psihoterapevtov in za strokovni nadzor nad izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti. Tisto, po čemer se hrvaški zakon razlikuje od vseh drugih do zdaj sprejetih regulativ v Evropi, je, da je področje psihoterapije v pristojnosti Ministrstva za socialne zadeve. Prav tako spada pod okrilje tega ministrstva Zakon o psihološki dejavnosti. Zakon o psihoterapevtski dejavnosti ureja psihoterapijo kot ekonomsko dejavnost, kar pomeni, da je urejena izven zdravstvenega sistema. Zavarovalnica povrne le stroške psihoterapevtske obravnave, ki jo izvajajo psihiatri.

Zakon o psihoterapevtski dejavnosti določa, da je psihoterapevt lahko nekdo, ki je zaključil drugo stopnjo študija psihologije, medicine, socialnega dela,

edukacijske rehabilitacije, socialne pedagogike, pedagogike in logopedije ter uspešno opravil najmanj štiriletno edukacijo v enem od psihoterapevtskih pristopov, ki jih priznava EAP (Evropska zveza za psihoterapijo). Vsi ostali, ki želijo opravljati psihoterapijo, jo lahko opravljajo samo kot psihoterapevti svetovalci.

### **Več o situaciji na Hrvaškem lahko preberete v:**

Prevedar, T. (2019). Proces oblikovanja in reguliranja psihoterapije kot poklica na Hrvaškem. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 13(3-4), 131-153.

## **Stanje v Srbiji**

Zoran Milivojević je poudaril, da je v Združenju psihoterapevtov Srbije, ki mu predseduje, povezanih 27 društev. Združenje psihoterapevtov Srbije deluje že 22 let. Težnje po zakonski urejenosti področja psihoterapije so jih vzpodbudile, da oblikovali že prvi osnutek zakona, ki ga še dopolnjujejo. Tudi v Srbiji je predviden sistem zbornice. Odločili so se, da bodo predlagali, da se uveljavita dva naziva – psihoterapevt in psihoterapevt pod supervizijo. Drugi naziv je začasen in ga ima posameznik lahko tri do pet let. Po tem obdobju je predviden strokovni izpit in pridobitev licence preko zbornice. Ugotovili so tudi, da je dobro plačati pravnike za pisanje zakona drugega osnutka, tako da predvideva, da bo končan do konca junija 2020.

V lanskem letu so imeli spor s psihologi, ki so definirali psihološko prakso tako, da je psihoterapija del psihološke prakse, ki jo lahko opravljajo samo psihologi. V Srbiji zakon o psihološki dejavnosti že obstaja, vendar se zdaj pripravlja druga verzija tega zakona. V njej so poskušali prevzeti psihoterapijo v celoti pod svoje okrilje. Prišlo je do močne reakcije s strani psihoterapevtov, tako da so psihologi umaknili svoj predlog o prevzemu psihoterapije. To je dobro vplivalo na povezanost in aktivnost v Združenju psihoterapevtov, prav tako pa je prišlo do javnih razprav, kaj je psihoterapija.

V času korona krize je Združenje organiziralo 430 psihoterapevtov in psihoterapevtov pod supervizijo, ki so nudili brezplačne seanse. Na spletni strani Združenja so objavili seznam terapevtov, ki so bili dostopni v različnih mestih in krajih po Srbiji. Na ta način je veliko ljudi izvedelo za psihoterapevte, kar jim je pomagalo k še večji prepoznavnosti.

V Združenju psihoterapevtov Srbije prihaja tudi do integracije med različnimi psihoterapevtskimi pristopi. Psihoterapevt je t.i. tretja identiteta. Prva je npr. socialni delavec, ki nato izbere določen psihoterapevtki pristop, npr. geštalt, in je v rivalitetnem odnosu do drugih pristopov, Združenje pa nato poskrbi za skupno identiteto psihoterapevta. Vsako leto organizirajo konferenco z okoli

400 udeleženci. Združenje tudi spodbuja svoje člane, da so nastopajo v medijih. Tri univerze ponujajo študij propedeutike.

Združenje deluje na način, kot da zakon že obstaja. Sčasoma vse več ljudi pozna pravila in načela povezana s psihoterapijo kot samostojnim poklicem. Psihoterapevti so v krogih psihologov in psihiatrov že dobro prepoznani, vendar pa do težav še vedno prihaja pri dialogu z vladajočo politiko. Milivojević priča-kuje, da bo Srbija sprejela zakon v dveh do štirih letih. V Srbiji pa se soočajo tudi s problemom t.i. samooklicanimi psihoterapevti. Kot primer je navedel primer nekega kliničnega psihologa, ki psihoterapevtske izobrazbe nima, vodi pa di društvo za psihoterapijo, svetovanje in coaching. Na ta način se napačno predstavlja v javnosti, na socialnih omrežjih mu sledi pa kar precej ljudi. Z zakonom bodo take anomalije odpravljene, saj bo poklic psihoterapevta zaščiten.

## Stanje v Sloveniji

Celoten govor Tomaža Flajsa najdete spodaj v prilogi 2.

## Glavni poudarki iz razprave

Veselilo nas je, da se je po uvodnih predstavitvah v razpravo vključila državna sekretarka ministrstva za zdravje, dr. Tina Bregant, ki je najprej povlekla vzpo-rednico z Malto in Slovenijo, saj se, podobno kot na Malti, kjer se je v času sprejemanja zakona o psihoterapiji zamenjalo pet ministrov za zdravje, dogaja tudi v Sloveniji. Bergantova je poudarila, da je duševno zdravje eno ključnih področij javnega zdravja in da se soočamo z epidemijo duševnih motenj. V Sloveniji k temu prispeva tudi dolgotrajna narodna razcepljenost in epigenetske spremembe, povezane z drugo svetovno vojno. Ta razcepljenost se pokaže tudi takrat, ko bi morali sodelovati, kot je to v primeru sprejemanja zakona.

Kako regulirati in razvijati psihoterapijo v Sloveniji, je strateško vprašanje. Po njenem mnenju je psihoterapija komplementarna medicini, vendar se zaveda, da to morda ni najboljša rešitev za ljudi, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč. Psihoterapija bi morala biti na osnovi etičnih vodil zgrajena na treh stebrih: izobraževanju, praksi in raziskovanju. Vse to bi moralo biti vključeno v zakone in zakoni bi morali biti instrumentalni.

Po njeni oceni se Slovenija ne razlikuje veliko od Nemčije. Pridružila se je mnenju dr. Reboły, da so zakoni pomembni, vendar ti s seboj prinesejo tudi precej birokracije. Po njenem mnenju bi se lahko tudi v Sloveniji odločili za ustanovitev Psihoterapevtske zbornice (podobno kot jo imajo v Nemčiji), saj

je slovensko ministrstvo za zdravje tako rešitev že uveljavilo (npr. Zdravniška zbornica). Takšen zakonodajni okvir pa seveda za seboj potegne veliko finančno obremenitev. Zdravstveni sektor se trenutno bori s finančnimi problemi. Kot primer je navedla zdravstveno krizo zaradi korone, saj je bilo treba dati v zdravstveni sektor vložiti 6 % BDP, kar lahko pripelje tudi do ekonomske krize. Jasno je, da v krizi trpi tudi duševno zdravje, zato bi morala biti zakonska urejenost področja psihoterapije ena od priorit. Bergantova upa, da bomo v Sloveniji uspeli urediti pogoje, v katerih se bo psihoterapija razvijala in ne le preživela.

Izrazila je tudi upanje, da bodo ljudje, ki so sodelovali na spletni okrogli mizi, ministrstvu za zdravje pomagali implementirati dobre prakse. Zaradi razmer, ki trenutno vladajo, je trenutna prioriteta Ministrstva za zdravje urejanje težav, ki jih prinaša korona. Poleg tega urejajo tudi druge zelo pomembne zakone, npr. z zakon o nalezljivih boleznih, zdravstveni zakon in še nekatere druge zakone, zato ne more obljubiti, da bi se lahko duševnemu zdravju posvetili pred jesenjo 2020. Hkrati pa meni, da bi morali udeleženci okrogle mize slediti svoji poti in upa, da bi lahko hodili po tej poti skupaj z ministrstvom, zato je predlagala, če organizatorji okrogle mize zaprosijo za sestanek z njo, tako da bi se lahko pogovorili, kaj je možno narediti. Na koncu se je zahvalila za prispevke govorcev, ki jih je doživela kot navdihujoče.

Miran Možina se je zahvalil za vabilo in obljubil, da bodo organizatorji okrogle mize nemudoma zaprosili za sestanek.

Pritz je nato vprašal Bergantovo, kakšna so stališča različnih političnih strank do psihoterapevtskega zakona, glede na to, da bo zakon sprejemal parlament. Odgovorila je, da mora ministrstvo za zdravje pripraviti predlog, vendar mora biti dosežen širši konsenz. Kolikor sama razume, naj bi predlog zakona pripravila tri ministrstva, poleg zdravstvenega še Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport, zato bo proces priprave zakona zahtevnejši, kot če bi šlo le za Ministrstvo za zdravje. Potrdila je, da pa gre predlog zakona nato v postopek sprejemanja v parlamentu in nato na vlado. Reboły je dodala, da je šlo po enakih korakih tudi v Nemčiji.

Možina je nato kot vprašanje Rebołyjevi izpostavil, da Ministrstvo za zdravje stalno poudarja, da se mora stroka poenotiti in se na ta način izogiba svoji odgovornosti ter opravičuje svojo neaktivnost v zvezi s pripravo predloga zakona o psihoterapiji. V demokraciji ne more nikoli priti do popolnega poenotenja, kar je v svojem mnenju izpostavil tudi Varuh človekovih pravic, ki se je kritično izrazil do takega načina delovanja Ministrstva za zdravje. Možini je bilo zato všeč, da je nemško ministrstvo za zdravje naročilo obsežno študijo o stanju izobraževanja iz psihoterapije, ki jo je v nekaj letih izvedel tim raziskovalcev iz Univerze v Jeni (poročilo je bilo izdano leta 2009), ki je ministrstvu pomagalo



pri oblikovanju lastnega stališča kljub neenotnosti stroke, kar je potem pripomoglo k sprejetju zakona.

Rebolyjeva je na to odgovorila, da se je politični proces, v katerem niso sodelovali samo strokovni krogi, temveč se je odvijal široko na nacionalni ravni, in ki je pripeljal do sprejetja zakona leta 2019, začel že približno deset let prej, in sicer leta 2009. Za začetek procesa je bil pomemben angažma političarke iz vrst krščanske demokratske stranke Annette Widmann-Mauz, ki se je leta 2009 začela zavzemati za psihoterapevtski zakon. Proces je potem trajal več let, dokler ni Jens Spahn, sedanji minister za zdravje, zakon uveljavil. Pri tem je zanimivo, da se ni toliko ukvarjal z zdravniki oz. z medicinsko stroko, temveč se je osredotočil na skrb za duševno zdravje v širšem smislu. Med drugim se je oprl tudi na veliko raziskav, ki kažejo, da je ambulantni sistem cenejši od psihiatričnih klinik.

Na vprašanje udeleženca okrogle mize, kaj je možno narediti, da bi prišli do dobrega zakona, je Rebolyjeva poudarila, da je pomembna evropska perspektiva, ne gre le za slovenskega, hrvaškega ali nemškega psihoterapevta, temveč za evropsko vprašanje, gre za »evropskega psihoterapevta«. Prevedarjeva je dodala, da se pojavlja tudi vprašanje mobilnosti psihoterapevtov med državami Evropske unije. Ali torej delujemo tudi v smeri, da bi ob različnih zakonih, ki obstajajo v raznih državah, omogočili mobilnost psihoterapevtov?

Bregantova se je strinjala, da smo Evropejci in da živimo v Evropski uniji, vendar je po njenem mnenju težko pričakovati, da bi lahko EU oblikovala univerzalni zakon za vse članice. Pomembno je, da EU pusti posamezni državi svobodni prostor na področju zakonskega urejanja določenega področja. Tako je pomembno, da nekaj stvari naredimo v svoji deželi in nekaj na širši bazi. Ne verjame, da bi EU lahko harmonizirala zakone, še posebno ne v državah, kot je Slovenija, kjer zakona sploh še ni. Vendar meni, da je skrb za duševno zdravje problem v celotni EU in da nam je v trenutni korona krizi postalo še bolj jasno, da smo del Evrope ter da si lahko pomagamo samo tako, da sodelujemo in se učimo drug od drugega. Evropski Komisar za zdravje je zaradi korona krize namenil veliko sredstev v zdravstveni sektor. Najbolj se je lahko povezala s tem, kar je povedala Rebolyjeva, vendar ne gre samo za vprašanje, kaj je treba narediti, temveč tudi, kako narediti, kar je po njenem mnenju najtežje. V Sloveniji moramo nas na tem področju časa še veliko dela.

Flajs se je strinjal, da ima vsaka država svoje specifičnosti, tako da ne more obstajati zakonodajna univerzalnost. EAP, kot je na začetku poudaril Cassar, je pobudnica skupnega izobraževalnega okvirja. Deset držav, med njimi tudi Slovenija preko Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, je že podalo svoje predloge za skupni izobraževalni okvir. Gre torej za iskanje skupnih imenovalcev,

kot na primer, da je psihoterapija samostojni poklic in akademska disciplina ter da obstajajo v izobraževanju trije stebri – ne samo teorija, temveč tudi učna izkušnja in psihoterapevtska praksa pod supervizijo. Nekaj splošnih načel bi lahko veljalo za vse psihoterapevtske zakonodaje v različnih državah.

V zaključnih izjavah je Pritz rekel, da je zanimivo slišati, da imamo vsi podobne izkušnje z birokracijo in s težavno potjo zakonskega urejanja področja psihoterapije. Meni, da je poklic psihoterapevta težko razumeti tistim, ki so zunaj, saj gre za zaprto, hermetično dejavnost, medtem ko je za politično delovanje treba nastopati navzven. Psihoterapevtski poklic je introvertiran poklic, medtem ko je za politični boj potrebna ekstrovertnost, izvajanje pritiska. Tega pa se v psihoterapiji ne učimo. Učimo se sprejemati razumevanje drugega, poslušati in zadrževati lastne ideje. To ustvarja razcep med aktivisti in psihoterapevti, ki opravljajo svoje vsakdanje delo. Glede evropskega vprašanja tudi meni, da gre za konvergentno proceduro, tako da bo na koncu EU imela funkcijo v smislu podajanja smernic, vendar nič več kot to. Misli globalno, deluj lokalno, je lahko nasvet tudi za vse nas.

Cassar je poudaril, da morajo biti psihoterapevti tudi politiki, če želijo priti do zakona. Tisti, ki poskušajo lobirati, da bo poklic psihoterapevta priznan in reguliran, morajo govoriti isti jezik kot politiki. Morajo biti strategji in se morajo reklamirati, tako kot se reklamirajo politiki, prav tako pa je politiko treba prepričati, da bo imela država od reguliranja psihoterapije korist.

Prevdarjeva je poudarila, da imamo vsi izkušnje z različnimi interesi različnih interesnih skupin, tako da napredek v prizadevanjih za zakon ni linearen, tako da po lahko tudi po najhujšem padcu pride do novega zaleta, s pomočjo katerega se doseže cilj.

Milivojević je povedal, da ni lahko živeti v Srbiji, vendar gre po njegovem prizadevanje za psihoterapijo kot poklic v pravo smer. Upa, da gre pri tem za evolucijski proces, tako da bo prvi korak sprejetje zakona, nato pa akademski študij. Izgleda, kot da so ujeti v »kavelj 22« v smislu, da moraš imeti poklic, če hočeš imeti univerzitetni študij oz. ne moreš imeti poklica, če nimaš univerzitetnega študija. V Srbiji so se temu izognili, tako da je izrazil optimizem glede sprejetja zakona.

Rebolyjeva je pripomnila, da je zanimivo slišati, kako smo si glede izkušenj v različnih državah blizu. V Nemčiji so v okviru kampanje za zakon poslali pismo vsakemu politiku posebej, v katerem so predstavili svoje stališče.

Flajs je potrdil, da smo Slovenci razdeljen narod in da se šele učimo komunicirati. Na okrogli mizi je bilo govora o politični dimenziji psihoterapije, vendar je pomembno, kako razumemo pojem politika. Za Flajsa to ni boj ene interesne skupine proti drugi z namenom vsiljevanja lastnega interesa, temveč ga razume

bolj v smislu Hannah Arendt, da je to prizadevanje za vzdrževanje pluralnosti v družbi. Njegova želja je, da bi medicinska stran vstopila v dialog z organizatorji okrogle mize, kar se v delovni skupini žal ni zgodilo. Vsi skupaj lahko veliko dodamo in podelimo veliko zanimivih in koristnih idej. Če do tega sodelovanja ne bo prišlo, se boji, da se ne bomo mogli premakniti iz mrtve točke, na kateri smo sedaj.

Možina je zaključil, da mu je bilo na okrogli mizi pomembno začutiti vzdušje odprtosti in pluralnosti. Bilo je dobro vzdušje, tako da se je zahvalil za podporo drugih držav Sloveniji in vsem organizatorjem okrogle mize. Izrazil je prepričanje, da bo skupina organizatorjev okrogle mize s svojim delom nadaljevala. Poudaril je, da se je v šestnajstih letih svojega prizadevanja za zakon naučil potrpežljivosti. Zadnja leta mu je bil v zadovoljstvo način sodelovanja v delovni skupini, ki je pripravila tudi to okroglo mizo, tako da ko bo odšel v penzijo, si bo lahko rekel, da je naredil vse, kar je bilo v njegovi moči. In ne glede na izid, mu bo ostalo v spominu, da si je za zakon prizadeval v dobri družbi.

#### **Podrobnejše informacije situaciji v Sloveniji ter o novih zakonih v Nemčiji, na Hrvaškem in Malti so na voljo v:**

Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc Jakša in Primož Rakovec (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12(3-4), 7-39.

Miran Možina, Tomaž Flajs, Drago Jerebic, Irena Kosovel, Urška Kranjc Jakša, Alenka Milič in Primož Rakovec (2018). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12(3-4), 245-272.

#### **Priloge:**

Govor Kathy Reboly

Govor Tomaža Flajsa

Odgovor Varuha človekovih pravic na pritožbo o delovanju Ministrstva za zdravje iz dne 2. 6. 2020

#### **Priloga 1**

#### **Katharina Reboly: Novi nemški Zakon o psihoterapiji**

Nemški zvezni svet je konec leta 2019 dokončno sprejel novi Zakon o psihoterapiji (Psychotherapeutengesetz, kratica PsychThG), ki ga je nemški zvezni parlament sprejel 26. septembra 2019. Novi zakon bo stopil v veljavo 1. septembra 2020.

Vzpostavlja novo pot izobraževanja - petletni visokošolski študij po maturi, ki je v skladu z bolonjskim sistemom razdeljen na triletni dodiplomski program (1. bolonjska stopnja) in dvoletni magistrski program (2. bolonjska stopnja) ter se zaključí z enotnim strokovnim izpitom. Podobno kot velja za študij medicine bo novi petletni študij psihoterapije po uspešnem zaključku študija ter opravljenem strokovnem izpitu vodil do licence, torej do dovoljenja za opravljanje poklica.

S tem dosedanji študij psihologije ne vodi več do poklica psihoterapevt, študij pedagogike pa ne do poklica psihoterapevt za otroke in mladostnike. Do sedaj so morali bodoči psihološki psihoterapevti dokončati magistrski študij klinične psihologije. Psihoterapevti za otroke in mladostnike pa so lahko do ustreznega izobraževanja pristopili s končanim študijem pedagogike, ki so ga morali nadaljevati vsaj tri leta v državno priznanem izobraževalnem inštitutu za psihoterapijo. Šele z uspešno zaključenim izobraževanjem po priznanem psihoterapevtskem pristopu in opravljenem strokovnim izpitu so pridobili dovoljenje za opravljanje poklica (licenco) in s tem priznanje svoje specializacije.

V skladu z novim zakonom bodo morali psihoterapevti v nadaljnjem izobraževanju (nemško Psychotherapeut in Weiterbildung - PiW) opraviti najmanj petletno nadaljnje izobraževanje v stacionarnih oblikah zdravljenja (npr. bolnice, dnevne bolnice), ambulantah in preventivnem kontekstu, za katero so plačani po uradnih postavkah. Z nadaljnjim izobraževanjem bodo pridobili strokovno znanje za različne psihoterapevtske pristope (KVT, globinske psihoterapije, analitične psihoterapije in nedavno priznane systemske terapije), ki so v Nemčiji priznani na osnovi zahtevnih postopkov preverjanja njihove učinkovitosti<sup>7</sup>. Tako bodo prišli do zaščitenega poklicnega naziva »psihoterapevt«. Na ta način bodo pridobili tudi pravico do vpisa v registre, ki jih vodi vsaka nemška dežela posebej za zdravnike, ki so dobili koncesijo (to pomeni, da njihove storitve plačujejo zavarovalnice). Pri teh deželnih zdravniških združenjih (nemško Kassenärztliche Vereinigung des Landes - KV) bodo tako lahko zaprosili za dovoljenje za samostojno izvajanje psihoterapevtskih storitev v okviru javnega zdravstva.

Državno priznani izobraževalni inštituti, ki so bile do zdaj zasebni, naj bi se v skladu z novim zakonom preoblikovali v inštitute za nadaljnje izobraževanje, pri čemer naj bi njihove učne ambulante, ki so bile vključene v javni zdravstveni sistem, ne opravljale zgolj izobraževalne funkcije, temveč naj bi se bolj vključile v zdravstveno oskrbo. S tem bi lahko v okviru nadaljnega izobraževanja za psihoterapevte psihoterapevtske izobraževalne ustanove prevzele vodilno

7 Leta 1999 je v skladu s takrat sprejetim zakonom o psihoterapiji začel delovati t. i. Znanstveni svet (Wissenschaftliche Beirat) pri Zvezni zdravniški zbornici (Bundesärztekammer), ki je odločal o znanstvenosti določenega pristopa oziroma metode na osnovi dokazov o učinkovitosti za različne duševne motnje in s tem tudi posredno o možnosti za pridobitev koncesij za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti v okviru javnega zdravstva.

vlogo pri nadzoru nad ambulantnim delom izobraževanja in se intenzivneje vključile v javno mrežo ambulantne psihoterapije v okviru javnega zdravstva.

Z enotnim državnim poimenovanjem poklica »psihoterapevt« je odpadel dosedanji dodatek »psihološki«<sup>8</sup>, kar nakazuje na odmik od psihologije kot temeljne znanosti. Zdravniški psihoterapevti (specialisti psihosomatke medicine in psihoterapije) se prav tako lahko odločijo za poklicni naziv »psihoterapevt«, vendar lahko dodajo tudi naziv »zdravniški« psihoterapevt.

Zakon o psihoterapiji (PsychThG) je izobraževanje psihoterapevtov v prihodnosti preoblikoval do te mere, da novosti veljajo ne samo za bodoče psihoterapevte in za psihoterapevte v prehodnem dvanajstletnem obdobju, ampak tudi za že uveljavljene psihoterapevte. Zakon je poklicu psihoterapevt dal novo pravno podlago, razširil kompetence, priznal in nadgradil samostojnost, tako da so zdaj psihoterapevti glede svojega statusa postali enakovredni zdravnikom. Širjenje t.i. smernic za psihoterapijo (nemško Psychotherapierichtlinien) pa seveda ostaja dinamičen proces in jih bo možno v smislu nenehnega nadaljnega razvoja prilagajati in izboljševati.

Dosedanje podiplomsko izobraževanje nadomešča reguliran univerzitetni študij (1. in 2. bolonjske stopnje), ki se zaključí s podelitvijo licence za opravljanje poklica psihoterapevt. Vsebino študija, minimalne zahteve in določbe ureja Pravilnik o licenciranju psihoterapevtov (nemško Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - PsychTh-ApprO). Da bi zagotovili pravočasno in vsesplošno izvajanje novega študija na uveljavljenih univerzah, je pravilnik o licenciranju zasnovan tako, da bodo lahko fakultete, ki izvajajo študij psihologije, še naprej izhajale iz psihologije kot ene od temeljnih znanosti psihoterapije, vendar bodo vsebine v sklopu novega polivalentnega dodiplomskega študija psihoterapije preoblikovali.

Pravilnik o licenciranju določa takojšnjo vzpostavitev neposrednega akademskega študija psihoterapije po maturi. Zanimivo bo, kako se bodo različne znanosti in visokošolski učitelji temu prilagodili. Glede na Pravilnik bo možen cel spekter novosti: od minimalnih prilagoditev študijskih vsebin dosedanjih smeri psihologije (kar lahko povzroči odmik od akademske psihologije, sorodnih področij uporabe in dosedanjih zaposlitvenih možnosti), preko etabliranja psihoterapije na javnih medicinskih, humanističnih in družboslovnih fakultetah ali privatnih univerzah pa vse do uveljavljanja samostojnih fakultet za psihoterapevtsko znanost.

8 Zakon o psihoterapiji iz let 1999 je razločil medicinsko in psihološko psihoterapijo ter v njenem okviru uvedel dva nova poklica – *psihološkega psihoterapevta ter psihoterapevta za otroke in mladostnike*. Ta zakon je predstavljal predvsem uspeh za psihologe, ki so se borili zanj skoraj dvajset let. Psihološki psihoterapevti so lahko samostojno delovali znotraj zdravstvenega sistema in pridobili licenco in koncesijo od zdravstvenih zavarovalnic. Po novem zakonu o psihoterapiji naziva »psihološki psihoterapevt« ne bo več, temveč samo »psihoterapevt«.

## Priloga 2

### **Tomaž Flajs: Predstavitev stanja normativne urejenosti psihoterapije v Sloveniji**

Prve pobude za zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji sta vsaka zase že leta 2005 podali dve ključni slovenski strokovni organizaciji s področja psihoterapije: Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, ki združuje pod svojim okriljem deset različnih psihoterapevtskih pristopov oz. društev in Združenje psihoterapevtov Slovenije, ki je pionirska organizacija s področja psihoterapije v Sloveniji, povezuje pa predvsem psihoterapevte delujoče v okviru zdravstva in je zaslužna za uvajanje psihoterapevtske edukacije v slovenski prostor. Tako je bila na Ministrstvu za zdravje imenovana delovna skupina, ki je od leta 2006 do 2010 pripravila osnutek zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Psihoterapevtska stroka je v tem obdobju strnila vrste in poenotila poglede na ureditev področja psihoterapije v osnutku zakona, ki je bil njeno skupno in usklajeno delo. Tik pred javno razpravo na osnutek zakona se je zamenjal minister za zdravje, že peti v času priprave zakona. Minister je delo na sprejemu zakona ustavil, češ da to ni prioriteta ministrstva za zdravje. Tako je bilo štiriletno delo devetčlanske delovne skupine zavrženo in pozabljeno. Edinstvena priložnost, da bi normirali področje psihoterapije, pa je bilo izgubljena. Sledila so leta različnih poskusov, da bi aktualne ministre za zdravje motivirali za ureditev področja psihoterapije, ki pa žal niso bili uspešni.

Neurejenost psihoterapevtskega prostora so najbolj občutili prav tisti, ki so psihoterapijo izvajali, zato ne čudi, da se je po nekaj letih zgodil pomemben premik v krogih strokovnih društev. ZPS in SKZP sta januarja 2016 sklenila Memorandum o sodelovanju na področju urejanja psihoterapevtske dejavnosti, junija istega leta pa so se za dosego istega cilja povezale v Kolegij tri fakultete, ki v Sloveniji izobražujejo za poklic psihoterapevta in psihosocialnega svetovalca: Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana), Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani (TeoF) in Fakulteta za uporabne družbene študije iz Nove Gorice (FUDŠ). Pridružilo se jim je nekaj strokovnih psihoterapevtskih društev in društev, ki povezujejo uporabnike psihoterapevtskih storitev.

A sodelovanje med ZPS in SKZP zaradi razkola v ZPS ni zaživel in Memorandum je ostal le mrtva črka na papirju. Kolegij treh fakultet pa je začel s sistematičnimi aktivnostmi, v katere sta se vključili tudi Slovenska krovna zveza za psihoterapijo in Združenje zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije (ZZDTS). Tako je leta 2016 prišlo do ustanovitve Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje (SZPS) s ciljem, da bi v prvi vrsti delovalo prav na

področju normativnega urejanja psihoterapije in ki bi lahko združevalo tako izvajalce kot uporabnike. Tako združenje danes povezuje psihoterapevte ne glede na psihoterapevtski pristop, kar je lahko dobra podlaga za strokovno zbornico, ko bo sprejet zakon. K sodelovanju je vabilo tudi ZPS, ki pa sodelovanje zavrača in je začelo zagovarjati stališče proti zakonu, kar je obratno od stališča iz let 2006 do 2010.

Strokovna naveza Kolegija treh fakultet, SZPS, SKZP in ZZDTS je v naslednjih dveh letih izvedla množico aktivnosti, s katerimi smo opozarjali na problematiko neurejenosti psihoterapije in psihosocialnega svetovanja tako v Državnem zboru RS kot tudi v Odboru za zdravje, na Ministrstvu za zdravje ter v širši strokovni in laični javnosti. Ena od prelomnih aktivnosti je bilo oblikovanje pripomb na osnutek Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje od 2018 do 2028 (v nadaljevanju Resolucija), s katerimi so opozorili, da je v tako pomembnem strateškem dokumentu »izpadlo« celotno področje psihoterapije, saj ta ni bila niti omenjena. Po intenzivnih prizadevanjih in argumentiranju so bile pripombe upoštevane. Tako je Resolucija, ki je bila v parlamentu potrjena marca 2018, med svoje obveze med drugim zapisala, da se normativno uredi področje psihoterapije in svetovanja in določila, da je to medresorska naloga Ministrstva za zdravje, Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport (zadnji odgovor tega ministrstva je v prilogi) ter Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti.

V marcu 2018 je v okviru MZ sledilo imenovanje medresorske delovne skupine za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji (v nadaljevanju DS), katere naloga je bila priprava osnutka zakona o normativni ureditvi psihoterapije in svetovanja v Sloveniji z rokom do konca leta 2018. Rok za sprejem zakona v parlamentu je bil do konca 2019 in rok za implementacijo zakona do konca leta 2020. Vse to so bili nujno potrebni koraki v smeri vzpostavljanja pogojev za razreševanje neurejenega področja psihoterapije v Sloveniji.

A že prva srečanja v DS so pokazala, da se zastopniki ZPS, zbornice kliničnih psihologov in RSK za psihiatrijo upirajo vsakršnemu delu na oblikovanju zakona, kar je v nadaljnjih štirih srečanjih preraslo v pravo obstrukcijo dela DS. Jasno pa se je tudi izkazalo, da sta se soočila dva pogleda na način ureditve psihoterapije in svetovanja pri nas in sicer: ožji medicinski, ki želi psihoterapijo kot metodo dela zapreti v obzidje zdravstva in ohraniti status quo zgolj z večanjem števila kliničnih psihologov, torej brez zakonske ureditve področja ter širši, ki prepozna psihoterapijo kot samostojno znanstveno disciplino in samostojen neodvisen poklic, ki ima avtonomno področje delovanja v vseh družbenih resorjih od zdravstva, šolstva, sociale, sodstva, gospodarstva itd. Po tem t.i. »kontekstualnem modelu« je naloga psihoterapije mnogo širša od zdravljenja samega in sicer od

pomoči ljudem v čustvenih stiskah, izgubah, stresnih situacijah do osebnostne rasti in s tem večanja kvalitete življenja do najširše preventive.

Člani delovne skupine so bili s strani vodje delovne skupine napoteni, da pripravijo čim več pisnega gradiva, ki bo osnova za oblikovanje zakona, kar je del članov, to so organizatorji današnje okrogle mize, pripravilo v obsegu več sto strani (osnutek predlog zakona o psihoterapevski dejavnosti, vključno z analizo trenutnega stanja psihoterapije v Sloveniji, mednarodno primerjavo normativnih ureditev psihoterapije in svetovanja, osnutek psihoterapevtskih standardov, etični kodeks idr.) in ga predalo na MZ do srede septembra 2018. S strani MZ odziva na gradivo ni bilo. Še več, MZ se je ovilo v molk. Po spodbudnem začetku v prvi polovici leta 2018 je delo v delovni skupini zastalo, uradnih informacij zakaj pa do danes člani delovne skupine niso dobili.

Naveza Kolegija treh fakultet (SFU Ljubljana, TEOF in FUDŠ) ter treh strokovnih združenj s področja psihoterapije (SZPS SKZP in ZZDT), to smo vsi organizatorji današnje okrogle mize, je navkljub zastoju dela v DS oziroma prav zaradi tega nadaljevala z aktivizmom. Tako smo v letu 2019 obiskali poslanske skupine v parlamentu RS in jih zaprosili za pomoč pri ponovnem zagonu aktivnosti, pisno smo se obrnili na vse tri ministre, zadolžene za projekt normativne ureditve psihoterapije in svetovanja, v septembru 2019 pa smo obiskali tudi varuha človekovih pravic. Na izrecna vprašanja, kaj se dogaja in pobude za razgovor pri ministrih, pravih odzivov ni.

Naš ključni predlog za nadaljevanje normativnega urejanja psihoterapije v Sloveniji je:

- Na osnovi gradiv, ki jih je Delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapiji predložila MZ jeseni 2018, naj MZ zadolži Službo vlade Republike Slovenije za zakonodajo, da napiše ogrodje zakona. Vztrajamo na stališču, da smo v delovni skupini pripravili dovolj kvalitetnega strokovnega gradiva, da lahko državna uprava začne s svojim delom. Kot je poudaril tudi Varuh v svojem mnenju 2. 6. 2020: »Varuh sicer razume, da je za oblikovanje predloga zakona ključna uskladitev različnih strokovnih stališč, vendar pa ne razumemo, kako naj bi do tovrstne uskladitve prišlo, če se delovna skupina ne sestaja več. Tudi sicer razhajanja v stroki, ki so del demokratične družbe, za katero je značilen pluralizem mnenj, ne smejo predstavljati ovire za sprejem nujnih ukrepov, od katerih je odvisno duševno zdravje marsikaterega prebivalca Slovenije.« (celoten odgovor Varuha je v prilogi)



### Priloga 3

## Odgovor Varuha človekovih pravic v zvezi z postopki Ministrstva za zdravje

Varuh človekovih pravic  
Dunajska cesta 56  
1109 Ljubljana

Številka: 9.4-53/2019-10-COT  
Datum: 02/06/2020

Varuh človekovih pravic Republike Slovenije (v nadaljevanju Varuh) je prejel vaš dopis, v katerem prosite za informacijo o obravnavi vaše pobude, ki se nanaša na normativno ureditev psihoterapije.

Sporočamo vam, da se je v predmetni zadevi Varuh oktobra 2019 obrnil na vsa pristojna ministrstva, pri čemer nas je zanimalo, zakaj se ne odzivajo na vaše poizvedbe v zvezi s prekinitvijo delovanja delovne skupine. Ministrstva smo vprašali tudi, ali izvajajo aktivnosti za normativno ureditev psihoterapije, katere dejavnosti izvajajo ter časovni okvir aktivnosti za pripravo predloga zakona o psihoterapiji in svetovanju, sprejemom tega zakona in njegovo implementacijo.

Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (v nadaljevanju MDDSZ), ki je na našo poizvedbo odgovorilo šele januarja 2020 po posredovani urgenci nam svoje neodzivnosti na vaše dopise ni pojasnilo. Enako pojasnil ni podalo Ministrstvo za zdravje (v nadaljevanju MZ). Ministrstvo za izobraževanje, znanost in šport (v nadaljevanju MIZŠ) pa nam je sporočilo, da na en dopis niso odgovorili zaradi administrativne napake pri razvrščanju pošte. Dopis so našli šele po opozorilu Varuha in naj bi nanj tudi odgovorili.

Medtem ko Varuh pojasnila MIZŠ sprejema pa smo težje sprejeli molk MDDSZ in MZ, ki je po našem mnenju nedopusten, saj bi vam morali odgovoriti na posredovane dopise. Prav tako je nedopustno, da nam MZ ni pojasnil, kdaj naj bi ponovno pristopili k urejanju področja psihoterapije. Iz odgovora MZ namreč izhaja, da je bila delovna skupina imenovana za določeno obdobje, in sicer do 31. 12. 2018, nato pa delovna skupina ni bila ponovno imenovana. Kot navaja MZ je razloge za »začasno prenehanje dela«, delovne skupine pojasnila Vlada RS na redni seji dne 9. 5. 2019. V odgovoru na poslanski vprašanje je Vlada RS navedla, da težave predstavlja usklajevanje stališč in priprava izhodišč za področje dejavnosti psihoterapije in svetovanja, ki naj bi trajala še nekaj časa, stališča različnih strok si namreč nasprotujejo. To je sicer razvidno tudi iz odgovora MDDSZ Varuhu, v katerem je navedeno ministrstvo zapisalo da menijo,

da normativna ureditev psihosocialnega svetovanja kot metode dela ni potrebna.

Pred oblikovanjem končnega predloga naj bi bilo po mnenju Vlade RS pomembno, da bodo pogledi različnih strok usklajeni in da bo izbran najbolj ustrezen koncept. MZ, MIZŠ in MDDSZ naj bi na podlagi delovnega gradiva v letu 2019 nadaljevala z oblikovanjem koncepta ureditve psihoterapije in svetovanja. Na podlagi usklajenih stališč pa naj bi bil pripravljen usklajen predlog normativne ureditve. MZ je v odgovoru poudarilo še, da se zaveda nujnosti ureditve področja psihoterapije in da bo ureditev tega področja vključilo v Normativni program dela Vlade RS, ko bo to najhitreje možno upoštevaajoč kadrovske vire in postavljene prioritete.

Kljub zagotovitvi MZ, da se zavedajo nujnosti ureditve področja psihoterapije, Varuh ocenjuje, da MZ temu vprašanju ne namenja zadostne pozornosti. Očitno je namreč, da so s prenehanjem delovanja delovne skupine ob koncu leta 2018, zastale vse aktivnosti na tem področju. Varuh sicer razume, da je za oblikovanje predloga zakona ključna uskladitev različnih strokovnih stališč, vendar pa ne razumemo kako naj bi do tovrstne uskladitve prišlo, če se delovna skupina ne sestaja več. Tudi sicer razhajanja v stroki, ki so del demokratične družbe, za katero je značilen pluralizem mnenj, ne smejo predstavljati ovire za sprejem nujnih ukrepov, od katerih je odvisno duševno zdravje marsikaterega prebivalca Slovenije. Varuh je zato na delovnem sestanku ministra za zdravje pozval, da aktivno pristopi k razreševanju te problematike, vendar konkretnih zagotovil ministra nismo dobili.

Problematiko bomo zato še naprej aktivno spremljali in vse deležnike pozivali k čimprejšnji ureditvi tega področja, z našimi ugotovitvami pa vas bomo tudi seznanili. O problematiki normativne ureditve psihoterapije in zgoraj opisanih ugotovitvah varuha bomo poročali tudi v našem letnem poročilu.

S spoštovanjem,

Marjeta Cotman, namestnica varuha človekovih pravic





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

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

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

## POVZETEK

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

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

## ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

## EXTENDED ABSTRACT

### 1. Introduction

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

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

for a better approach to its development.

## 2. History of psychotherapy in the Netherlands

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.1 Access to the profession of psychotherapist

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

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

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

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

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

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

## 4.3 Funding of psychotherapeutic services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 1. Uvod

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

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

## 2. Zgodovina psihoterapije na Nizozemskem

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

### 2.1 Inštitut za medicinsko psihoterapijo (IMP)

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

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

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

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

## 2.2 Sprememba paradigme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## 2.4 Zakonsko priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.5 Vzponi in padci nizozemske psihoterapije

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

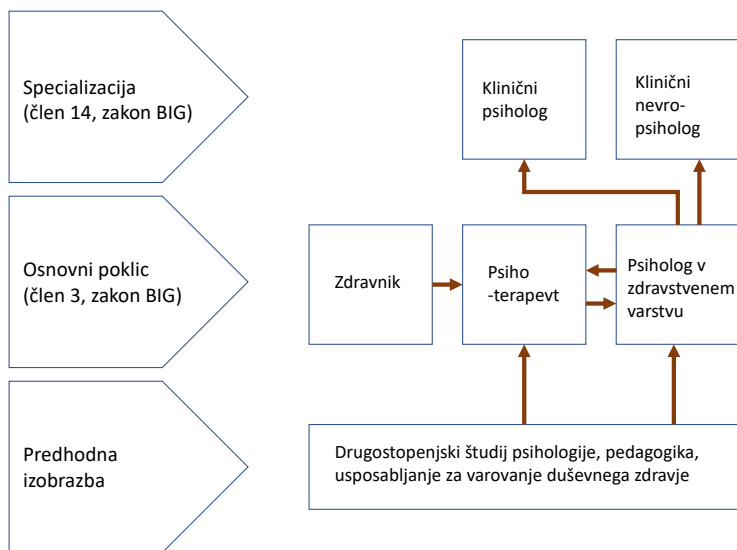
Ključni dokument, ki regulira psihoterapijo na Nizozemskem, je že zgoraj omenjeni Zakon o zdravstvenih poklicih (The BIG Act). Njegovo sprejetje leta 1993 je pomenilo oblikovanje enotnega okvira za vse zdravstvene poklice. Glavni cilji zakona BIG so bili (1) izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva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

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

- *Psihologi v zdravstvenem varstvu* (angl. healthcare psychologist, nizozemsko Gezondheidszorgpsycholoog / gz-psycholoog), ki delajo s pacienti s problemi, povezanimi z duševnim zdravjem in z duševnimi motnjami. Prav tako se ukvarjajo z duševnimi vidiki telesnih bolezni, okvar in invalidnostjo. Njihovi glavni nalogi sta diagnosticiranje in zdravljenje. Na prvi, osnovni ravni zdravstvenega varstva t. i. »splošni psihologi« (angl. general psychologists) tesno sodelujejo s splošnimi zdravniki, ki nanje usmerjajo paciente z običajnimi psihološkimi problemi. Splošni psiholog na osnovni ravni zdravstvenega varstva diagnosticira in nudi terapijo, ki se osredotoča na odpravljanje psiholoških problemov. Kliente z bolj kompleksnimi težavami se usmerja na drugo raven zdravstvenega varstva ali v specializirane ustanove. Najprej je potrebna registracija v registru BIG, nato se lahko psiholog registrira kot splošni psiholog na osnovni ravni zdravstvenega varstva.

Poklic »psiholog v zdravstvenem varstvu« ima dve specializaciji: klinično psihologijo in klinično nevropsihologijo.

- *Klinični psihologi* so specializirani za psihodiagnostiko in za psihološke intervencije za paciente s hudo in kompleksno psihopatologijo. V ta namen najpogosteje uporabljajo psihoterapijo.
- *Klinični nevropsihologi* so specializirani za psihodiagnostiko, ki osvetljuje odnos med možgani in vedenjem, ter za terapijo pacientov z motnjami v delovanju možganov in specifičnih skupin psihiatričnih pacientov, na primer za otroke z razvojnimi motnjami in učnimi težavami.
- *Psihoterapevti*, ki na področju varovanja duševnega zdravja delajo v institucijah zdravstvenega varstva ali kot samozaposleni. Glede na določila zakona BIG v okviru sistema zdravstvenega varstva psihoterapevti ne morejo opraviti specializacije.



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 Vstopni pogoji za programe psihoterapevtskega izobraževanja

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

### 3.3 Psihoterapevtsko izobraževanje

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

### 3.4 Stroški

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

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

### 3.5 Nizozemski sistem zdravstvenega varstva

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

### 3.6 Zdravstveno zavarovanje

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

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

*Katere stroške zavarovalnice povrnejo klientom?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.1 Dostop do poklica psihoterapevt

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

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

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

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

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

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

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

### 4.3 Financiranje psihoterapevtske dejavnosti

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1 Bolje brez zakona kot slab zakon.

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

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

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

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



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

Zakon je priznal štiri glavne psihoterapevtske smeri:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. Izjava avtorjev o upoštevanju možnega konflikta interesov

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

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

## VIRI

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

*Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2, 3-4: 119-142.

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



## PRILOGA 1

### Seznam uporabnih naslovov

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

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



Miran Možina<sup>1</sup>

## **Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev: kaj se lahko naučimo na primeru Avstrije?**

*The legal regulation of psychotherapy and counselling as independent professions: what can we learn from Austria?*

### **Povzetek**

Odkar so leta 1990 v Avstriji sprejeli zakon o psihoterapiji, ki jo opredeljuje kot samostojen poklic in avtonomno znanstveno disciplino, so jasni njegovi glavni pozitivni učinki: povečanje števila psihoterapevtov, povečan priliv proračunskih sredstev za psihoterapijo in izboljšanje dostopnosti do psihoterapevtskih storitev. Izboljšalo se je tudi sodelovanje med psihoterapevti, psihologi, zdravniki in psihiatri, ki izvajajo psihoterapevtsko dejavnost v okviru zdravstvenega varstva, ter izobraževanje in raziskovanje na področju psihoterapije. Veliko pa se lahko naučimo tudi iz pomanjkljivosti avstrijskega zakona, ki jih bo v kratkem izboljšala novela, ki jo pripravljajo. V njej bodo odpravili starostne omejitve glede vključevanja v izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov in glede začetka samostojnega opravljanja poklica. Jasneje bodo tudi načrtali možnost neposrednega akademskega izobraževanja iz psihoterapije po srednji šoli na dodiplomski in magistrski stopnji ter razširili pooblastila Zbornice psihoterapevtov. Priporočila OECD za izboljšave avstrijskega sistema skrbi za duševno zdravje, ki so poučna tudi za nas, zajemajo pet točk: premike virov, spremembe v praksah zdravljenja z zdravili, opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge, spremembe v financiranju psihoterapije in izboljšanje zaposlovanja v okviru varovanja duševnega zdravja. Potem ko prikažem, kako imajo v Avstriji urejeno svetovanje, ki je v sodelovalnem in komplementarnem odnosu s psihoterapijo, zaključim s trinajstimi nauki, ki jih za normativno urejanje psihoterapije in svetovanja v Sloveniji lahko izluščimo iz avstrijskega primera.

---

1 Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda z Dunaja - podružnica v Ljubljani, miranmozina.slo@gmail.com

**Ključne besede:** psihoterapija, svetovanje, zakon, financiranje, izobraževanje, akademizacija, raziskovanje, splošni zdravniki, psihiatri, psihoterapevtska medicina, klinični psihologi, zdravstveni psihologi, psihoterapevtski pristopi, zbornica psihoterapevtov

### **Abstract**

Since the adoption of the Psychotherapy Act in Austria in 1990, which defined psychotherapy as an independent profession and autonomous scientific discipline, its main positive effects are clear: an increase in the number of psychotherapists, an increased funding for psychotherapy and improved access to psychotherapy services. Cooperation between psychotherapists, psychologists, medical doctors and psychiatrists performing psychotherapeutic activities in health care, as well as education and research in the field of psychotherapy, have all improved. However, we can also learn a lot from the shortcomings of the Austrian law, which will soon be improved by the amendment they are preparing. It will remove age restrictions on the commencement of education in psychotherapeutic approaches and on the start of independent practice. The proposed amendment will also more clearly outline the possibility of direct academic education in psychotherapy after high school at the undergraduate and master's level and expand the powers of the Chamber of Psychotherapists. The OECD's recommendations for improvement of Austrian system for mental health protection, which could be informative also for Slovenian situation, cover five points: resource shifts, changes in drug treatment practices, empowering general practitioners to play a more important role, changes in funding for psychotherapy, and improving employment in mental health care. After showing how counselling is organised in Austria, which is in a cooperative and complementary relationship with psychotherapy, I conclude with thirteen lessons that can be extracted from the Austrian example for the normative regulation of psychotherapy and counselling in Slovenia.

**Key words:** psychotherapy, counselling, law, funding, academization, education, research, general practitioners, psychiatrists, psychotherapeutic medicine, clinical psychologists, health psychologists, psychotherapeutic approaches, chamber of psychotherapists

## Extended abstract

### 1. Introduction

In the course of our long-term efforts to regulate psychotherapy as an independent profession and autonomous scientific discipline in Slovenia (Bohak, 2006ab; Možina and Bohak, 2008; Možina, 2011; Možina and Hus, 2015; Kosovel, 2016; Kosovel and Hus, 2017; Možina and Kosovel, 2017; Možina et al., 2018a; Možina et al., 2020) we have constantly searched for and studied good examples from abroad in order to prepare starting points for the best and most modern regulations in our country as well (Možina, 2010b). After Urška Kranjc Jakša and I published a detailed article in the journal *Kairos* how psychotherapy became an independent profession in the Netherlands and what we can learn from their case (Možina and Kranjc Jakša, 2019), this time with the same purpose I present a more detailed assessment of the Austrian experience. Because of cultural similarity with Austria and because Austria and Germany (Možina et al., 2018b; Drevenšek, 2019) are the most advanced in terms of psychotherapy regulation in the world, they are probably the most useful models for us. I will also look at how they have organized counselling in Austria, which they call »life and social counselling« (Lebens- und Sozialberatung). In conclusion, I summarize in thirteen points what we can learn from the Austrian example when writing a Slovenian law.

### 2. Legislation of psychotherapy in Austria

#### 2.1. The adoption of the law

After five years of complicated debates, objections and upheavals, in August 1990, in parallel with the Psychology Act (BGBl 1990/360), the Psychotherapy Act (the Act) (RIS, 2022a) was adopted on 1st of January 1991. The Austrian Federal Association for Psychotherapy (Österreichische Bundesverband für Psychotherapie) (ÖBVP), consisting of nine associations of Austrian Länder, was established on 11 January 1992. It succeeded the ÖDPV umbrella association and continued to represent the interests of all who received a mandate from the then Ministry of Labor, Health and Social Affairs (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales - BMAGS).

## 2.2. **The main consequences of the adoption of the law on psychotherapy**

The new law greatly encouraged the development of Austrian psychotherapy as evidenced by, *inter alia*:

- the increased number of psychotherapists (see Figure 1), so that in December 2021 there were 11,070 entered on the national register, of which 8,157 were women and 2,913 were men (Psyonline.at, 2022);
- the exponentially increased inflow of funds from the national budget (see Table 2) and
- improved access to psychotherapy services.

The text incorporates the spirit of the 1990 Strasbourg Declaration, which defines psychotherapy as a free and independent profession at a high professional and scientific level (Bohak, 2066ab; Možina, 2006, 2010ab; Možina and Bohak, 2008). In 1991, it amended the General Social Security Act to include in the public health system the right of every Austrian citizen to psychotherapy if they were in need of treatment for mental disorders (Pritz, 2002). Since then, this right has been gradually exercised, with psychotherapeutic services being paid for in all nine regions in the public health network today (between 1992 and 2021, the volume of these funds increased from three to more than € 100 million, see Table 2).

## 2.3. **Providers of psychotherapeutic services in health care and how they cooperate with each other**

### 2.3.1. **Psychotherapists**

In December 2021, 11.070 psychotherapists were registered in the national register, which is kept in accordance with the Act and is accessible to the public (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>). There are however large differences in individual Austrian regions, between the number of inhabitants per psychotherapist (recommended by the World Health Organization (WHO) to be one psychotherapist per thousand inhabitants): 429 in Vienna and 1.543 in Burgenland; other regions fall between these two extremes (see Table 1). In addition to regional differences, there are also differences in access to psychotherapy services between cities and rural areas, as 70% of psychotherapists have worked mainly in cities and suburbs in the years since the adoption of the Act.

### 2.3.2. **Psychologists**

Among psychologists, only those who have a full psychotherapeutic education according to the standards for an independent profession have the right to provide psychotherapeutic services. The same, of course, applies to other professions, whether related to psychotherapy or not. Among those psychologists who

have trained for the psychotherapeutic profession, most are clinical and health psychologists. Today, only about one quarter of Austrian clinical psychologists have a psychotherapeutic education (Sagerschnig and Tanios, 2017).

### 2.3.3. **Physicians**

In addition to psychotherapy provided by psychotherapists and clinical and health psychologists, in public health, doctors can also provide what is termed »Psychotherapeutic medicine« (the Austrian qualification known as PSY3), paid for by insurance companies. It is a condition, however, that the doctor has completed a psychotherapeutic education or a postgraduate education in psychotherapeutic medicine, which has been organized by the Austrian Medical Chamber since 2004 (ÖAK, 2004). Psychotherapeutic medicine is characterized by an easy access threshold, so that these services benefit a large number of patients, for example 56,800 in 2006 and 65,500 in 2009. The duration of treatment in these years was relatively short (3 to 4 sessions per patient) (SV and SGKK, 2011).

### 2.3.4. **Psychiatrists**

In order to become a specialist psychiatrist (the Austrian name is Facharzt für Psychiatrie), a person must complete a six-year specialization in psychiatry after completing their medical studies. Until 2011, after completing the six-year specialization, everyone could then choose whether to receive additional training in psychotherapy or psychotherapeutic medicine (PSYIII) which entitled them to be known as a »specialist in psychiatry and psychotherapeutic medicine« (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin). Since 2011, psychotherapeutic content has become a mandatory part of the specialization programme in psychiatry, so that since then those who complete the specialization are awarded the title of »specialist in psychiatry and psychotherapy« (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

### 2.3.5. **Cooperation between »psycho« healthcare professionals**

According to 2015 data, Austria, with a population of around 8.7 million at the time, boasted a large number of highly qualified »psycho« professionals: 8.411 were psychotherapists (including around 6,000 with a basic education in psychology or social work), 9.252 clinical psychologists (a quarter of whom had completed the additional psychotherapeutic education), 9.236 health psychologists and about 2.200 psychiatrists and more than 1.000 doctors with a degree in psychotherapeutic medicine (PSY-3). (Sagerschnig in Tanios, 2017)

Despite such a large number of »psycho« experts, there is a poor cooperation among them and between them and general practitioners who have no additional psychotherapeutic education. Most providers of psychotherapeutic services - psychiatric clinics, clinics, psychiatrists, psychotherapists, psychosocial

institutions - behave as if they are locked in their own separate ivory towers. General practitioners do not have specific clinical pathways for systematic collaboration with other psychotherapy service providers or for collaboration in multidisciplinary teams. The main obstacles to better cooperation are the fragmented organizational structure and fragmented funding of psychotherapy services, for example inpatient treatment is paid for by the regions, clinics are partially covered by health insurance and only about a fifth of private psychiatrists have contracts with health insurance companies. (OECD, 2015)

## 2.4. **Financing psychotherapeutic services**

### 2.4.1. **Funding for psychotherapists and psychologists practising psychotherapy**

Let us now look at the needs of psychotherapy in Austria. Mental disorders such as anxiety, depression and somatoform disorders overtook physical diseases in 2019 on the list of the most common diseases in Austria. Data from the OECD and the European Commission already showed in 2014 that mental disorders represent a burden of 3.5% on Austria's gross domestic product (GDP), i.e. 11 billion euros, and cause the most suffering to individuals and families (OECD, 2015). This figure has increased to 4.3% of GDP by 2019, to € 13.9 billion. The covid-19 pandemic increased the number of the most common mental disorders by 20%. Long-term studies show a prevalence of 25-30% of lifelong mental disorders (Wittchen et al., 2010), but only 30% of patients seek help in a publicly funded system.

If there is a good structure and an appropriate offer for the provision of psychotherapeutic help, about half of the patients are ready to seek it. Assuming that 3-7% of the total population needs medical care per year (depending on the study), 1.5 to 3% of Austrians, i.e. about 125.000 to 250.000 patients per year, would need psychotherapeutic treatment with 25 to 40 therapeutic sessions. (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

Table 2 shows how the use of health and social insurance funds for psychotherapeutic services increased between the adoption of the Act in 1991 until 2021. Today, Austrian insurance companies reimburse psychotherapists in private practice the entire cost for a small number of clients, while most receive only 28.93 euros for an individual session (otherwise at least 70 euros) and 10.23 euros for a 90-minute group session (which otherwise costs an average of € 20) (see Table 3). The price of private psychotherapists without a concession is not regulated, so the price of one individual session, which usually lasts 50 minutes, ranges from 70 to 150 €. As early as 2005, the entire Austrian psychotherapy market had a turnover of around 220 million euros (around 185 million euros in the private sector). In 2017, of the 400.000 Austrian citizens



in need of psychotherapy, 65.000 were treated, more than half of whom were self-paying (Heidegger, 2017).

#### 2.4.2. Funding for doctors and psychiatrists who provide psychotherapy

Psychiatrists rarely perform psychotherapy, as they mainly focus on diagnosis and drug treatment. Thus, in 2008, of all their paid services, individual and group therapies were only about 10%. International comparisons with OECD countries show that in Austria specialist psychiatric treatment of patients with mental disorders is more and almost exclusively pharmacotherapeutic and less psychotherapeutic or less combined psychotherapeutic and pharmacotherapeutic. (OECD, 2015)

Prescribing antidepressants, antipsychotics, and sedatives is much more common than psychotherapy. Psychiatrists and neurologists prescribe about 10% of all medicines, while general practitioners prescribe as much as 70% and physical illness specialists 20%. The fact that as many as 90% of psychiatric drugs are prescribed by doctors other than psychiatrists and neurologists is problematic, as only a few general practitioners are trained to effectively prescribe psychopharmaceuticals (ibid.).

Most people with mental disorders are treated by general practitioners. However, as in many other countries, they mostly only perceive the disturbances and then do not deal with them. There are several reasons for this:

- GPs do not have time for in-depth conversations, and if they do, they are not paid for it;
- GPs lack the professional knowledge and skills for such interventions;
- GPs are not aware of the importance of referring patients with mental disorders to specialists who perform psychotherapy;
- there are no available psychiatrists (OECD, 2015).

For doctors who want to practice psychosocial medicine, treat psychosomatic problems or offer psychotherapy, the Austrian Medical Association offers a system of further education - PSY diplomas of the first (PSY-1), second (PSY-2) and third degree (PSY-3). PSY-3 trains physicians for psychotherapy. Evaluations have shown that this system increases psychiatric knowledge and awareness of physicians about the limits of their treatment, and their communication skills and interventions have improved. Conversely, physicians who do not have a PSY education overestimate their capabilities and abilities in caring for patients with mental disorders (OECD, 2015).

Today, most psychotherapy health services are provided by psychiatrists and doctors with a PSY-3 degree. Their way of psychotherapeutic treatment is very different from that of professional psychotherapists. The average length of medical psychotherapy is 80 minutes per year, compared to 10 to 12 hours

of psychotherapy per year, provided by psychotherapists in private practice or in regional mental health institutions (»Versorgungsvereine«). Most medical psychotherapy is therefore a one-time intervention that cannot be compared to real psychotherapy. Because GPs often treat their patients over an extended period of time, their work could have much better effects if they were provided with more sustained supportive psychotherapeutic help. Because many mental disorders are recurrent and long-lasting, patients need someone who takes responsibility for their care and is accessible (OECD, 2015).

People with mental disorders have to wait for psychotherapy, the costs of which are reimbursed in full or in part, for two to eight months, depending on the mental health provider. The waiting time also depends on whether the patient is willing to go to any psychotherapist or wants a specific one. There is also a lack of information, so the patient has to call quite a few providers before finding a therapist. In short, there are many barriers that reduce accessibility (OECD, 2015).

In summary, the financing of psychotherapy is:

- complicated by the fact that there are too many different regional solutions and a large number of psychotherapeutic service providers who are paid according to different tariffs and criteria;
- ineffective because many qualified psychologists and psychotherapists could contribute more to the protection of mental health if reimbursement of therapy costs were higher and if clinical psychologists were allowed to practice therapy;
- insufficient targeting of individual patient groups;
- scientifically unsupported by evidence and not aimed at helping patients to function more effectively in their daily lives;
- caring for a large group of people with mild to moderate mental health problems who need quick access to low-threshold psychotherapeutic treatment;
- insufficient because the cost of psychotherapy is still low compared to spending on hospital or psychopharmacological treatment. (OECD, 2015)

The long-term efforts of the ÖBVP have been partially successful. From 1 September 2018 the partial reimbursement for an individual session from the Austrian Health Insurance Fund increased from EUR 21.80 to EUR 28.93, and reimbursement from the Social Insurance Fund to the desired EUR 40 (see table 3).

## 2.5. **Education and research in the field of psychotherapy**

The law defines psychotherapeutic education in two parts: basic education or propaedeutics is common to all future psychotherapists and lasts from one to

three years. After completing propaedeutics, education continues in one of the scientifically recognized psychotherapeutic approaches; this so called »Specific education« (Fachspezifikum) lasts from three to six years. There are three main pillars in both parts of education: theory, supervised psychotherapeutic practice, and personal experience. The current requirements for propaedeutics are at least: 765 hours of theory, 50 hours of personal experience, 480 hours of practice in institutions offering various forms of health and social care with 20 hours of supervision (see Table 4 for details).

The further requirements for specialist training are at least: 400 hours of theory (300 hours of general content and 100 hours in the chosen psychotherapeutic approach), 200 hours of personal experience, 550 hours of psychosocial practice with 30 hours of supervision, 600 hours of psychotherapeutic practice with 120 hours of supervision (Psyonline.at, 2022) (see Table 6). Candidates can currently choose from as many as twenty-three psychotherapeutic approaches, which are on the official list of the Ministry of Health.

The law provides that the supreme governing body for the entire field of psychotherapy at the national level is the »Psychotherapeutic Council« that has many functions, such as being able to give licences. The Council operates within the Ministry of Health under the auspices of the Federal Chancellor, i.e. the Prime Minister, who chairs the Council but who can appoint an employee of his office as his representative. The Council consists of representatives of the following institutions: the Federal Ministry of Science and Research, university institutes and clinics, renowned psychotherapeutic education providers, the Medical Chamber, the Federal Chamber of Crafts, insurance associations, workers' chambers, trade unions, the Chamber of Commerce, which also operates under the auspices of the Federal Chancellor. In total, there are about 60 members, most of whom are psychotherapists, which is an obligatory condition, except for rare exceptions (e.g. an insurance agent is not necessarily a psychotherapist by profession, etc.). The Chamber of Psychotherapists therefore has no important role or competence in Austria.

Education in psychotherapy in Austria is mainly organized by societies, associations and institutes for psychotherapy, which must be approved by the Ministry of Health. There are currently 21 accredited institutions that provide propaedeutics and 40 institutions that provide specific training (the list is available on the website <http://einrichtungen.ehealth.gv.at/>). Each approach or institution wishing to be approved must complete an application in accordance with the instructions and form of the Ministry (BMASGK, 1990).

Since the adoption of the Act in 1991, academic postgraduate programmes have been developed, and it was only a matter of time before an undergraduate

degree in psychotherapy was offered at one of the universities. This happened in October 2005, when 200 students enrolled in the faculty study of psychotherapeutic science at the private Sigmund Freud University in Vienna (SFU Vienna) (Fiegl, 2016; Možina, 2016; Laubreuter, 2012, 2018; Pritz et al., 2020). They were the first in the world to be offered the possibility of direct uniform study of psychotherapy immediately after school graduation according to the Bologna system: three years of undergraduate and two years of master's degree. The number of hours of both levels together far exceeds the minimum requirements of Austrian law, especially if we consider ECTS hours, which in addition to contact hours with teachers also include the student's independent work (see Table 6).

As I have already mentioned, the growing academization of psychotherapy within universities, where research is a prerequisite for the accreditation of universities, faculties and their programmes, has also shown a lack of non-academic education providers in Austria, because many societies or institutes don't participate in research projects. Therefore, the Austrian Ministry of Labour, Social Affairs, Health and Consumer Protection (Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz BMASGK) has published guidelines according to which they will regularly evaluate the research activity of psychotherapeutic education providers. The guidelines were developed based on research into the current state of research in the field of psychotherapy in Austria (Riess, Kern and Breyer, 2018).

## 2.6. **Shortcomings and planned updates to the law on psychotherapy**

Learning from mistakes, not only from successes, is valuable in life in general, so it is good to look at the shortcomings of the Austrian Law as well. One of them is related to age restrictions. As I have already mentioned, the Act stipulates as a criterion for entering education in propaedeutics a completed secondary school education or vocational school with a final exam, which can be done at the age of eighteen, whereas education in psychotherapeutic approaches can commence only at the age of 24. This means that those who start education in propaedeutics at the age of eighteen, when they finish it, must interrupt their education for as long as it takes to reach the appropriate age to enter specialist education. The law provides for 28 as the minimum age for self-employment in a licensed profession (PthG 91 §§ 10 and 11). This is loosely justified by the terms »personal maturity« and »necessary life experience« (Kierein, Pritz, & Sonneck, 1991, p. 99). These age restrictions will be abolished with the proposed amendment to the law which is in preparation.

## 2.7. **OECD guidelines for improvements in mental health care in Austria**

The OECD Research Report on Mental Health and Work in Austria in 2015, which was part of a larger study (similar research reports were done for Australia, Belgium, Denmark, the Netherlands, Norway, Sweden, Switzerland and the United Kingdom), focuses on topics such as: the transition from education to employment, assistance to various employment services, stock and disability, and the capacity of the health system. At the end of the report, guidelines for improvement were provided for each of the countries included in the survey. Although they were mainly based on the perspective of health protection at the workplace, the guidelines show a broader picture of the issue of mental health, which is also important to think about in Slovenia. The recommendations for Austria cover five points: resource shifts, changes in drug treatment practices, empowering general practitioners to take on a more important role, changes in psychotherapy funding, and improving employment in mental health care (OECD, 2015, pp. 173-177).

## 3. **Legislation on counselling in Austria**

### 3.1. **Austrian Life and Social Counselling Act**

In Austria, counselling is regulated by the Life and Social Counselling Act (Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das regulierte Geverbe der Lebens- und Sozialberatung; abbreviated Lebens- und Sozialberatung) under the umbrella of the Chamber of commerce. The official title for counselling is »life and social counselling« (Lebens- und Sozialberatung) (»counselling«). Counselling is intended to find solutions to clients' problems, does not involve working with mental disorders and is not a health activity. Coaching is a form of consulting for teams and executives. Psychotherapists can provide counselling, but counsellors cannot perform psychotherapy.

### 3.2. **Education in life and social counselling**

Education and training in counselling must comprise at least 584 hours, to be completed in at least 5 semesters at an approved training institution that verifies the success of the training in writing and orally. For example, the three-year academic undergraduate programme of counselling at SFU goes well beyond the minimum number of hours, including 480 hours of practice in psychosocial institutions, 100 hours of counselling at SFU, 100 hours of supervision and 150 hours of personal experience.

### 3.3. Collaborative and complementary relationship between psychotherapy and counselling

Austria is an example of a country where the relationship between psychotherapy and counselling is collaborative and complementary (Bitzer-Gavornik, 2012). It is accepted that the differences between these two fields are mainly historical (according to their origin), and partly due to their use in different contexts (Schlippe and Schweitzer, 2003; Brüggemann, Ehret-Ivankovic and Klütmann, 2014). Psychotherapy has been used more in healthcare and counselling in social care and work environments. Today, both psychotherapy and counselling are used in various departments, in addition to the health and social care departments, also in education, sports, justice and the economy (Mönkeberg, 2019). For example, today psychoeducational counselling is an integral part of psychotherapeutic treatments for various mental disorders and physical illnesses (Gouzoulis-Mayfrank, 2007; D'Amelio et al., 2008; Rabovsky and Stoppe, 2008; von Wachter and Hendrischke, 2016).

## 4. What can we learn from the Austrian example for the normative regulation of psychotherapy and counselling in Slovenia?

The Austrian example is very valuable for learning how to regulate psychotherapy in Slovenia, since it shows, more than thirty years after the adoption of the law, what the main positive effects are of normative arrangements for psychotherapy as an independent profession. But it also shows that the law itself is of course not a magical solution to the major mental health problems and challenges of modern society. Although professional psychotherapists can contribute only a small part to their solution, this part is indispensable. Let's take a look what we can learn from Austria:

- Psychotherapy is an independent profession and autonomous scientific discipline.
- Direct study of psychotherapy immediately after secondary school is a key educational path.
- A sufficient number of psychotherapists and other professionals with additional psychotherapy skills are needed to provide psychotherapy and good access to psychotherapy services.
- Inter-ministerial cooperation is necessary for the normative regulation of psychotherapy and mental health care.
- Cooperation between different mental health professionals and services is crucial to prevent the fragmentation of care.

- Doctors, psychiatrists and (clinical) psychologists must be additionally trained to perform quality psychotherapy.
- The Chamber of Psychotherapists with mandatory membership is the highest professional body for regulating psychotherapeutic professional activity.
- It is important to increase the scope and availability of low-threshold psychotherapy.
- Psychotherapy must be equally accessible in both urban and rural areas.
- The Chamber of Psychotherapists is responsible for the scientific validation of psychotherapeutic approaches.
- Academization is crucial to intensifying psychotherapy research.
- Given the excessive consumption of psychopharmaceuticals and the positive costs and benefits ratio of psychotherapy services, it is necessary to increase public funding for psychotherapy.
- In addition to the legal regulation of psychotherapy and counselling, the legal regulation of psychology is also required.

## 5. **Conclusion**

One of the major positive political developments in Slovenia in the field of mental health care in recent years was the adoption of the Resolution (Vinko et al., 2019; Mikuž and Zupančič, 2020), which included the obligation to draft a law on psychotherapy as a project of three ministries, health, education and social welfare (Možina and Kosovel, 2017; Možina et al., 2018a; Možina et al., 2020). In March 2018, an extensive Working Group was formed to prepare a new draft law. It immediately showed that healthcare psychologists and psychiatrists reject the collaboration with psychotherapists working outside of healthcare. They obstructed the work of the Working Group and prevented further joint activities in the field of regulation of psychotherapy as an independent profession. It also turned out that the Ministry of Health has no interest in regulating the field of psychotherapy, despite WHO recommendations (WHO, 2020) to regulate psychotherapy so that psychotherapists who currently work outside of the national healthcare system will be able to provide health services.

And what are the solutions, what can we learn from the Austrians so that we do not have to reinvent the wheel? We must draft a law on psychotherapy with standards and norms for the academic path of education, and on this basis legalize the independent profession of psychotherapist, establish a chamber of psychotherapists as the highest professional body and provide for a smooth and gradual transition to a new system. All other professionals with additional psychotherapeutic education according to the criteria for an

independent profession (doctors, psychiatrists, (clinical) psychologists, social workers, pedagogues, etc.) should be enabled to teach new generations of psychotherapists. So there are many tasks that we will not be able to carry out without the adoption of the law, following the example of Austria and Germany. If we do not hurry, we will continue to stay decades behind the development of psychotherapy in these countries, and not only that, our backlog will only increase exponentially from year to year, damaging the health of people who would otherwise be able to receive expeditious expert professional help.



1.

## Uvod

V dolgoletnih prizadevanjih za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene discipline v Sloveniji (Bohak, 2006ab; Možina in Bohak, 2008; Možina, 2011; Možina in Hus, 2015; Kosovel, 2016; Kosovel in Hus, 2017; Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a; Možina in dr., 2020) smo stalno iskali in proučevali dobre zglede iz tujine, da bi pripravili izhodišča za čim boljše in sodobnejšo regulativo tudi pri nas (Možina, 2010b). Potem ko sva z Urško Kranjc Jakša v reviji *Kairos* poglobljeno prikazala, kako se je psihoterapija kot samostojni poklic uveljavljala na Nizozemskem in kaj se lahko naučimo na njihovem primeru (Možina in Kranjc Jakša, 2019), tokrat z enakim namenom predstavljam natančnejši prikaz avstrijskih izkušenj, saj so naši severni sosedje poleg Nemčije (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019) glede zakonske ureditve psihoterapije najnaprednejši na svetu in glede na kulturno podobnost s Slovenijo za nas verjetno najuporabnejši model. Hkrati tudi prikažem, kako imajo v Avstriji urejeno svetovanje, ki ga imenujejo »življenjsko in socialno svetovanje« (Lebens- und Sozialberatung). V zaključku v trinajstih točkah povzamem, kaj se za pisanje slovenskega zakona lahko naučimo iz avstrijskega primera.

2.

## Zakonska ureditev psihoterapije v Avstriji

2.1.

### Kratka zgodovina psihoterapije v Avstriji in sprejem zakona

Dunaj je konec 19. stoletja in v začetku 20. stoletja, zahvaljujoč predvsem Sigmundu Freudu (1856-1939), postal zibelka razvoja sodobne psihoterapije. Psihoanaliza, kot je poimenoval svoj terapevtski pristop, potem ko se je najprej posvečal hipnoterapiji, je postopoma postala znana po vsem svetu in je še danes, predvsem med laično publiko, ki o psihoterapiji ne ve kaj veliko, prepoznana kot sinonim za psihoterapijo. Poleg psihoanalize pa so se na Dunaju oz. v Avstriji kot avtohtoni razvili tudi drugi psihoterapevtski pristopi: individualna psihologija Alfreda Adlerja (1870-1936), psihodrama Jacoba Levyja Morena (1889-1974) in logoterapija Viktorja Frankla (1904-1997). Obdobje nacionalnega socializma v Avstriji (1938-1945) je grobo prekinilo živahen razvoj psihoterapije, vendar so se po letu 1945 kmalu začeli kazati znaki oživljanja psihoanalize. (Pritz, 2002)

V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja je prišlo do pravega razcveta že omenjenih avtohtonih, hkrati pa tudi drugih psihoterapevtskih pristopov, ki so se v Avstrijo razširili iz drugih držav, npr. na osebo usmerjena terapija Carla Rogersa, geštalt terapija, avtogeni trening, hipnopsihoterapija, sistemska družinska terapija idr.. Sledila je entuziastična faza razvoja, ki ga je med

drugim spodbudilo ustanavljanje oddelkov na medicinskih fakultetah na Dunaju, v Gradcu in Innsbrucku, ki so v svojih imenih vsebovali tudi besedo »psihoterapija«. Od leta 1980 so na teh univerzah uvedli tudi redna uvodna predavanja in seminarje iz psihoterapije na oddelkih za psihologijo ter pedagogiko (prav tam). Tako se je psihoterapija z vstopanjem v akademski prostor začela vse bolj uveljavljati tudi kot samostojna znanstvena disciplina (Pritz, 1996; Laubreuter, 2012, 2018; Braakman, 2016).

Pomemben korak v razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica se je zgodil leta 1981 z ustanovitvijo Krovnega združenja avstrijskih psihoterapevtskih društev (Österreichischer Dachverband Psychotherapeutischer Vereinigungen - ÖDPV). Sprva se je v njem povežalo sedem društev, ki so si zastavila za cilj promocijo psihoterapije na nacionalni ravni. Po zakonu je bilo takrat dovoljeno opravljati psihoterapijo kot obliko zdravljenja samo zdravnikom, vendar je kar 80 % od tistih, ki so izvajali psihoterapijo, pripadalo drugim poklicem s psihosocialnega področja, npr. psihologi, socialni delavci in pedagogi. To je pokrenilo javno razpravo o nadzoru kakovosti psihoterapevtskih storitev, krovno združenje pa je na to navežalo svoja prizadevanja za uveljavitev pravne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

Po petih letih zapletenih debat, različnih nasprotovanj in preobratov so avgusta 1990, vzporedno z Zakonom o psihološki dejavnosti (BGBl 1990/360), sprejeli Zakon o psihoterapiji (v nadaljevanju Zakon) (RIS, 2022a), ki je po parlamentarni proceduri postal pravnomočen s 1. januarjem 1991. Tako dolgo je bilo potrebno za oblikovanje zavesti, da je osebna izkušnja oz. učna terapija, ki je nekateri pristopi niso imeli vključene v programe izobraževanja, vendarle nujno potrebna za bodočega psihoterapevta. Pri tem so se morali pogoditi o srednji poti med maksimalističnimi edukativnimi zahtevami, ki so jih zastopale psihoanalitično usmerjene šole, in minimalističnimi zahtevami, ki so jih zagovarjali nekateri mlajši psihoterapevtski pristopi. Čas je bil potreben tudi zato, da so nekateri še neuveljavljeni pristopi uspešno opravili proces znanstvene validacije.

11. januarja 1992 je prišlo do ustanovitve Avstrijskega zveznega združenja za psihoterapijo (Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), sestavljenega iz devetih združenj avstrijskih zveznih dežel oz. regij. Nasledilo je krovno zvezo ÖDPV in nadaljevalo z zastopanjem interesov vseh avstrijskih psihoterapevtov, saj je tako pooblastilo dobilo od takratnega Ministrstva za delo, zdravje in socialo (Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales - BMAGS).

Glede na to, da je Avstrija v drugi polovici dvajsetega stoletja postala ena od psihoterapevtsko najbolj razvitih držav na svetu, ni presenetljivo, da je z ustanovitvijo Svetovnega sveta za psihoterapijo (WCP – World Council for Psychotherapy; <http://www.worldpsyche.org/>) leta 1995 v Zürichu pomembno

prispevala k povezovanju psihoterapevtov med celinami. Čeprav so v Avstriji in drugod po Evropi potekali številni mednarodni kongresi, so svetovni kongresi WCP (1996, 1999 in 2002 na Dunaju, 2005 v Buenos Airesu, 2008 v Pekingu, 2011 v Sidneyu, 2014 v Durbanu in 2017 v Parizu, načrtovani kongres leta 2022 v Moskvi pa je zaradi vojne v Ukrajini odpovedan) z okoli 4.000 udeleženci iz okoli stopetdesetih držav omogočili nove uvide ter nove prioritete glede ključnih izzivov za razvoj globalizirane psihoterapije (Pritz, 2002).

V preglednem članku, s katerim so obeležili tridesetletnico razvoja avstrijske psihoterapije po sprejetju zakona, so Datler in sodelavci (Datler in dr., 2021) na podlagi izsledkov empiričnih raziskav ugotovili kup pozitivnih učinkov, ki jih je prinesla umestitev poklicnih psihoterapevtov v sistem zdravstvenega varstva, in veliko kvalitet, ki psihoterapijo ločijo od (klinične) psihologije in drugih zdravstvenih poklicev. V relacijskem, interakcijskem načinu zdravljenja duševnih motenj se je pokazala kot najpomembnejša in kot tista, ki ponuja največji spekter tovrstnih storitev. Ključne značilnosti psihoterapije so celoviti, z dokazi podprti ter znanstveno teoretično in metodološko utemeljeni koncepti za razlago, diagnozo in individualno, procesno usmerjeno zdravljenje ljudi z duševnimi motnjami ter višja kakovost izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapevtskih vsebin v primerjavi z drugimi zdravstvenimi poklici.

## 2.2. **Glavne posledice sprejetja zakona o psihoterapiji**

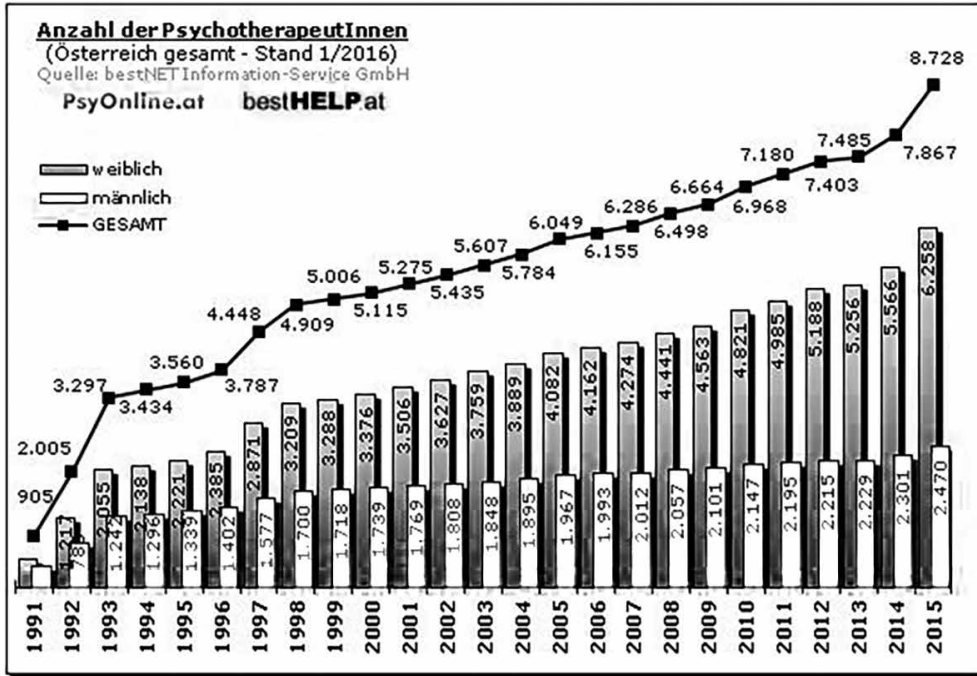
Zakon je izjemno spodbudil razvoj avstrijske psihoterapije, tako da se je med drugim:

- povečalo število psihoterapevtk<sup>2</sup> (glej sliko 1), tako da jih je bilo decembra 2021 v nacionalnem registru 11.070, od tega 8.157 žensk in 2.913 moških (Psyonline.at, 2022);
- eksponentno povečal priliv sredstev iz proračuna (glej tabelo 2) in
- izboljšala dostopnost do psihoterapevtskih storitev.

2 Ker je okoli dve tretjini avstrijskih psihoterapevtov žensk (Hofmarcher, 2013; Schigl, 2016; Sagerschnig in Tanios, 2017; Psyonline.at, 2022), bom v članku, kjer naslavljam vse avstrijske psihoterapevte, uporabljal samo ženski spol, čeprav to seveda vključuje tudi moške.

Slika 1

Počevanje števila avstrijskih psihoterapevtov\_k po implementaciji zakona leta 1991 do vključno leta 2015 (Schigl, 2016). Legenda: višji stolpci predstavljajo število psihoterapevtk, nižji psihoterapevtov; skupno število je prikazano s črnimi kvadrati.



Zakon je v svoje besedilo prevzel duha Strasburške deklaracije iz leta 1990, ki psihoterapijo opredeljuje kot svoboden in samostojen poklic na visoki strokovni in znanstveni ravni (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2010ab; Možina in Bohak, 2008). Leta 1991 so na njegovi podlagi spremenili Zakon o splošni socialni varnosti, tako da so v sistem javnega zdravstva vključili pravico vsakega avstrijskega državljana do psihoterapije, v kolikor jo potrebuje za zdravljenje duševnih motenj (Pritz, 2002). Od takrat so to pravico postopno uresničili, tako da danes v vseh devetih zveznih deželah oziroma regijah v mreži javnega zdravstva plačujejo psihoterapevtske storitve (v letih od 1992 do 2021 se je obseg teh sredstev povečal s treh na več kot 100 milijonov evrov, glej tabelo 2).

Poglejmo si natančneje, kako je Zakon vplival na izvajalce psihoterapevtske dejavnosti in njihovo sodelovanje, na financiranje psihoterapevtskih storitev ter na psihoterapevtsko izobraževanje in raziskovanje, pa tudi kje so se pokazale pomanjkljivosti Zakona, ki kličejo po izboljšavah.

## 2.3. **Izvajalci psihoterapevtske dejavnosti v zdravstvenem varstvu in kako med seboj sodelujejo**

### 2.3.1. **Psihoterapevtke**

V nacionalnem registru, ki je voden v skladu z Zakonom in je dostopen javnosti (<http://psychotherapie.ehealth.gv.at/>), je bilo decembra 2021 evidentiranih več kot 11.070 psihoterapevtk<sup>3</sup>, vendar so v posameznih avstrijskih regijah velike razlike, kar zadeva število prebivalcev na eno psihoterapevtko (po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) naj bi bil en psihoterapevt na tisoč prebivalcev): na Dunaju 429, medtem ko na Gradiščanskem 1.543; druge zvezne dežele so med tema dvema skrajnostma (glej tabelo 1). Poleg regionalnih razlik so razlike v dostopnosti do psihoterapevtskih storitev tudi med mesti in podeželjem, saj vsa leta od sprejetja Zakona 70% psihoterapevtk deluje predvsem v mestih in predmestjih. Psihoterapija je tako bila in ostaja urbani fenomen, k čemur med drugim prispeva manjši socialni nadzor oziroma večja anonimnost v mestih v primerjavi s podeželjem, kjer »vsak ve o drugem vse« in so tisti, ki poiščejo psihoterapevtsko pomoči, manj stigmatizirani oz. lažje ohranijo svoj ugled kot »normalni«.

Pri oceni skupnega števila evidentiranih psihoterapevtk je tudi pomembno, da psihoterapevtske dejavnosti ne opravljajo vse, čeprav ni natančnih podatkov, koliko jih je terapevtsko neaktivnih (Sagerschnig in Tanios, 2017). Tako je bilo npr. leta 2009 opravljenih 500.000 enot psihoterapevtskih storitev (od tega so skupinske in družinske terapije obsegale le okoli 4%), ki jih je prejelo 31.000 pacientov (ta številka se je do leta 2015 dvignila na 55.000). 2.067 psihoterapevtk je opravljalo plačane storitve v okviru regionalnih ustanov za mentalno zdravje (»Versorgungsvereine«), kar je bila četrtnina od okoli 8.300 psihoterapevtk, ki so bile takrat registrirane.

Tabela 1

Število prebivalcev na psihoterapevtko po avstrijskih zveznih deželah oz. regijah (Psyonline.at, 2022)

ZVEZNA DEŽELA/ REGIJA	Število psihoterapevtk	V %	Število prebivalcev na psihoterapevtko
Gradiščansko (Burgenland)	192	1,7	1.543
Koroška (Kärnten)	552	5,0	1.018

3 Zanimiva je primerjava s številom psihiatrov, ki jih je okoli šest do sedemkrat manj kot psihoterapevtk. Tako je bilo npr. že leta 2002 (Hrabcik in Katschnig, 2003) in tudi zadnja leta, ko se skupno število psihiatrov giblje okoli 1500 (Pressl, 2018).

ZVEZNA DEŽELA/ REGIJA	Število psihoterapevtk	V %	Število prebivalcev na psihoterapevtko
Spodnja Avstrija (Niederösterreich)	1.385	12,5	1.221
Zgornja Avstrija (Oberösterreich)	1.176	10,6	1.272
Salzburg	836	7,6	671
Štajerska (Steiermark)	1.134	10,2	1.100
Tirolska (Tirol)	899	8,1	846
Vorarlberg	416	3,8	961
Dunaj	4.480	40,5	429
SKUPAJ	11.070	100	807

V nedavni raziskavi o zasebni psihoterapevtski praksi (Tanios, Grabenhofer-Eggerth in Valady, 2020), v kateri je bilo od 12. junija do 14. julija 2019 skupno število anketiranih 1.360, kar je predstavljalo okoli 15% od vseh psihoterapevtov in psihoterapevtk, vpisanih v nacionalni register, je bilo 39% anketiranih starih več kot 54 let, 9% 65 in več. 46% anketiranih je delalo zgolj v zasebnih praksah, 54% pa hkrati tudi v neki instituciji. Povprečno število klientov, ki so jih anketirani obravnavali, je bilo okoli 46 na leto (vse psihoterapevtke skupaj pa so obravnavale 47.000 klientov). Tretjina anketiranih je obravnavala največ 15 klientov na leto, 20% med 31 in 50 ter samo 10% 51 do 75 klientov na leto. 52% klientov je prejelo delno povračilo stroškov, okoli 29% so bili stroški povrnjeni v celoti, 21% pa je bilo samoplačnikov. 94% vseh ur obravnav so bili deležni klienti, ki so imeli diagnosticirano duševno motnjo. Povprečno so anketirani v zasebnih praksah delali deset ur na teden s klienti z duševnimi motnjami, s klienti brez diagnosticiranih duševnih motenj pa je okoli 80% anketiranih delalo od ene do največ 20 ur na teden, povprečno 12 ur na teden. Za urejanje dokumentacije so anketirani porabili povprečno tri ure na teden. Seštevek delovnih ur v zasebni praksi, instituciji in za urejanje dokumentacije je bil 24 ur na teden.

### 2.3.2. Psihologi

Izmed psihologov imajo pravico do izvajanja psihoterapevtskih storitev le tisti, ki imajo polno psihoterapevtsko izobrazbo po standardih za samostojen poklic. Enako seveda velja tudi za druge poklice, pa naj bodo psihoterapiji sorodni ali ne. Med tistimi psihologi, ki so se usposobili še za psihoterapevtski poklic, je največ kliničnih in zdravstvenih psihologov. Danes ima psihoterapevtsko izobrazbo okoli ena četrtnina avstrijskih kliničnih psihologov (Sagerschnig in Tanios, 2017).

### 2.3.3. Zdravniki

Poleg psihoterapije, ki jo nudijo psihoterapevtke ter klinični in zdravstveni psihologi, so v javnem zdravstvu tudi zdravniki tisti, ki lahko obračunavajo storitve t. i. »psihoterapevtske medicine« (avstrijska kratica zanjo je PSY3), ki jih plačujejo vse zavarovalnice. Pogoj pa je, da je zdravnik zaključil psihoterapevtsko izobraževanje ali podiplomsko izobraževanje iz psihoterapevtske medicine, ki ga od leta 2004 organizira Avstrijska zdravniška zbornica (ÖAK, 2004). Za psihoterapevtsko medicino je značilen nizek prag dostopa, tako da je teh storitev deležno veliko število pacientov, na primer 56.800 leta 2006 in 65.500 leta 2009. Trajanje obravnave v teh letih je bilo relativno kratko (3 do 4 seanse na pacienta) (SV in SGKK, 2011).

### 2.3.4. Psihiatri

Da bi nekdo postal specialist psihiater (avstrijski naziv je Facharzt für Psychiatrie), mora po končanem študiju medicine opraviti še šestletno specializacijo iz psihiatrije. Do leta 2011 je po opravljeni specializaciji lahko vsak sam izbiral, ali se bo še dodatno usposabljal iz psihoterapije ali psihoterapevtske medicine (PSYIII) in je potem v svoj naziv dodal »specialist psihiatrije in psihoterapevtske medicine« (Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin). Od leta 2011 pa so psihoterapevtske vsebine postale obvezni del programa specializacije iz psihiatrije, tako da se od takrat tistim, ki končajo specializacijo, podeljuje naziv »specialist psihiatrije in psihoterapije« (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie).

Glede na uradne dokumente (ÖAK Bundesfachgruppe Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 11/2013) naj bi delo psihiatra vključevalo tako diagnostiko, obravnavo, preventivo in rehabilitacijo duševnih motenj kot tudi izvedeništvo, vključno z raziskovanjem in poučevanjem. Psihiatrično zdravljenje duševnih motenj naj bi tako zaobjemalo telesne, socioterapevtske in psihoterapevtske vidike. Za razliko od psihologov in psihoterapevtov, ki nimajo medicinske izobrazbe, naj bi bila naloga psihiatrov, da ugotavljajo, ali so morda duševne motnje povezane tudi s telesnimi boleznimi. Tako naj bi npr. pri depresivnih motnjah poleg preverjanja psihosocialnih dejavnikov bili pozorni tudi na telesni vidik, ali so prisotne bolezni ščitnice, slabokrvnost ipd. kot možni etiološki dejavniki. Tovrstna diagnostika naj bi služila kot osnova za postavljanje indikacij za kombinirano obravnavo, ki naj bi večinoma potekala vzporedno in vključevala:

- telesno terapijo (somatoterapijo), ki obsega zdravljenje z zdravili (psihofarmakoterapijo) in druge oblike, kot so prikrajševanje spanja ali zdravljenje z močno svetlobo pri depresiji;
- psihoterapijo s pomočjo pogovorov in terapevtskega delovnega odnosa ter

- socioterapijo, ki se ukvarja z vplivom, ki ga imajo na pacienta interakcije z njegovimi bližnjimi in s širšo socialno mrežo. Vključuje tudi koordinacijo med različnimi oblikami pomoči na področju delovne rehabilitacije. (Psyonline.at, 2022)

Žal pa kljub tako celostno oblikovanim uradnim smernicam tudi delo avstrijskih psihiatrov, podobno kot se dogaja po drugih evropskih državah (še bolj izrazito v tistih, ki nimajo urejene zakonodaje za regulacijo psihoterapije kot samostojnega poklica, kot je npr. tudi v Sloveniji) (Možina, 2021), drsi v fragmentacijo in enostransko, pretirano farmakološko obravnavo ter zanemarjanje psihoterapevtskih in socioterapevtskih oblik pomoči (OECD, 2015; Datler in dr., 2021).

### 2.3.5. Sodelovanje med »psihom« strokovnjaki v zdravstvenem varstvu

Po podatkih iz leta 2015 se je Avstrija, ki je takrat imela okoli 8,7 milijona prebivalcev, lahko pohvalila glede velikega števila visoko kvalificiranih »psihom« strokovnjakov: 8.411 je bilo psihoterapevtk (med njimi okoli 6.000 z osnovno izobrazbo iz psihologije ali socialnega dela), 9.252 kliničnih psihologov (od njih četrtina z dodatno kompletno psihoterapevtsko izobrazbo), 9.236 zdravstvenih psihologov<sup>4</sup> ter okoli 2.200 psihiatrov in več kot 1.000 zdravnikov z diplomom psihoterapevtske medicine (PSY-3). (Sagerschnig in Tanios, 2017)

Kljub tako velikemu številu »psihom« strokovnjakov pa šepa sodelovanje med njimi samimi ter med njimi in splošnimi zdravniki, ki nimajo dodatne psihoterapevtske izobrazbe. Večina ponudnikov psihoterapevtskih storitev - psihiatrične klinike, ambulante, psihiatri, psihoterapevtke, psihosocialne ustanove - se obnaša, kot da bi bili zaprti v svoje stolpe. Splošni zdravniki nimajo določenih kliničnih poti za sistematično sodelovanje z drugimi ponudniki psihoterapevtskih storitev ali za sodelovanje v multidisciplinarnih timih. Glavna ovira za boljše sodelovanje je fragmentirana organizacijska struktura in razdrobljeno financiranje psihoterapevtskih storitev, na primer stacionarno obravnavo plačujejo regije, ambulante delno pokriva zdravstveno zavarovanje in pogodbo z zdravstvenimi zavarovalnicami ima le okoli petina zasebnih psihiatrov. (OECD, 2015)

Splošni zdravniki ne opravljajo funkcije vratarja (angl. »gate keeping role«) za zdravstvene storitve in ne usmerjajo zdravstvene oskrbe, kot bi bilo potrebno. Glede na podatke analize zdravja prebivalcev v Avstriji iz leta 2006-07 (Austrian Health Survey 2006-07) na leto obišeče splošnega zdravnika 80% prebivalcev. To je visoka številka, ki je podobna kot v drugih evropskih

4 Med poklicnima skupinama kliničnih in zdravstvenih psihologov je leta 2015 obstajalo 98%-no prekrivanje, kar je bila posledica zakonske ureditve psihološke dejavnosti iz leta 1990 (BGBl 1990/360). Ta je namreč do izteka svoje veljavnosti 30. 6. 2014 določal, da so bile teoretične vsebine obeh izobraževanj enake in so jih lahko kandidati doštudirali istočasno. Po novem psihološkem zakonu (BGBl 2013/182), ki je stopil v veljavo s 1. 7. 2014, pa imata oba programa skupen le osnovni modul, ki se potem razdeli v modul za klinično in modul za zdravstveno psihologijo, kar je do danes privedlo do večjih razlik med obema profiloma. (Sagerschnig in Tanios, 2017)



državah, npr. na Norveškem, Irskem ali v Franciji. Vendar pa je zelo visok odstotek tistih, ki pridejo do ambulantnega specialista, kar 67%, kar je veliko več kot v drugih državah, npr. 17% na Norveškem, kjer splošni zdravniki veliko bolje opravljajo funkcijo vratarja. Visoko število pacientov, ki s posredovanjem splošnih zdravnikov pridejo do specialistov, ne ustvarja le visokih stroškov, temveč tudi slabo vpliva na integracijo in kontinuiteto zdravstvenega varstva. Izguba informacij vsakokrat, ko pacient menja ponudnika obravnave, še bolj drobi oskrbo in zmanjšuje njeno učinkovitost. (OECD, 2015)

Zanimivo je tudi, da velik obseg specialističnih ambulantnih pregledov ne zmanjšuje števila hospitalizacij, saj je vsaj enkrat letno hospitaliziranih okoli 23% prebivalcev Avstrije. Čeprav je na splošno dostop do zdravljenja zelo lahek, je razdrobljen. To pomeni, da je ob obilici časovno bolj ali manj omejenih ambulantnih in hospitalnih storitev relativno zelo malo trajnejših obravnav, ki so nujne za uspešno in učinkovito oskrbo ponavljajočih se ali kroničnih duševnih motenj. Poleg tega velik del pacientov z duševnimi motnjami trpi zaradi komorbidnih stanj, ki zahtevajo širok spekter podpore. Čeprav je bilo v zadnjih desetih letih nekaj diskusij o položaju splošnih zdravnikov, še niso dobili vloge specialistov in ne igrajo pomembne vloge v usmerjanju in vodenju pacientov skozi sistem zdravstvenega varstva. Pacienti z dolgotrajnimi duševnimi motnjami bi imeli velike koristi, če bi splošni zdravniki delovali kot vratarji. (OECD, 2015)

Komuniciranje med različnimi ponudniki psihoterapevtskih storitev in bolj usklajeno načrtovanje obravnav ovira tudi nizka stopnja financiranja s strani socialnega zavarovanja. Glede na to, da so potrebe pacientov z dolgotrajnimi duševnimi motnjami pogosto raznolike in mnogovrstne, so kratkotrajne, lahko dostopne oblike pomoči, ki niso del stalne in sistematične skrbi, učinkovite samo za krajši čas. Prav tako način financiranja s strani zdravstvenega zavarovanja odvrča splošne zdravnike od tega, da bi nudili stalno podporo za okrevanje ter socialno in delovno integracijo. Svoj način dela bi lahko izboljšali, tako da bi bili glede na stroške učinkovitejši in koristnejši, če bi jih zavarovalnice s svojimi standardi in normativi bolj spodbujale k sodelovanju ter razvijanju integrirane obravnave in oblikovanju rehabilitacijskih načrtov. (OECD, 2015)

## 2.4. **Financiranje psihoterapevtskih storitev**

### 2.4.1. **Financiranje psihoterapevtk in psihologov, ki izvajajo psihoterapijo**

Najprej si pogledjmo, kakšne so v Avstriji potrebe po psihoterapiji. Duševne motnje, kot so anksioznost, depresija in somatoformne motnje, so leta 2019 na lestvici najpogostejših bolezni v Avstriji prehiteli telesne bolezni. Podatki OECD in Evropske komisije so že leta 2014 kazali, da predstavljajo duševne motnje obremenitev v višini 3,5% avstrijskega bruto domačega proizvoda (BDP), torej

11 milijard evrov, ter posameznikom in družinam povzročajo največ trpljenja (OECD, 2015). Ta znesek se je do leta 2019 povečal na 4,3% BDP, to je na 13,9 milijarde evrov. Pandemija s covid-19 je število najpogostejših duševnih motenj povečala za 20%. Dolgoročne študije kažejo na prevalenco 25-30% duševnih motenj v toku celega življenja (Wittchen in dr., 2010), vendar v sistemu, ki je javno financiran, poišče pomoč le 30% obolelih.

V kolikor obstaja dobra struktura in s tem povezana ustrezna ponudba za nudenje psihoterapevtske pomoči, jo je pripravljena poiskati okoli polovica pacientov. Če izhajamo iz predpostavke, da letno potrebuje zdravstveno pomoč (odvisno od študije) 3-7% celotne populacije, bi psihoterapevtsko obravnavo s 25 do 40 terapevtskimi seansami potrebovalo od 1,5 do 3% Avstrijcev, torej približno 125.000 do 250.000 pacientov letno. (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

V tabeli 2 je prikazano, kako je od sprejema Zakona leta 1991 pa do vključno leta 2021 rasla poraba sredstev zdravstvenega in socialnega zavarovanja za psihoterapevtske storitve. Danes avstrijske zavarovalnice plačujejo psihoterapevtkam v zasebni praksi tako, da manjšemu delu klientov povrnejo celoten strošek, večini pa le del v znesku 28,93 Evra za individualno seanso (ki drugače stane najmanj 70 Evrov) in 10,23 evra za 90-minutno skupinsko seanso (ki drugače stane povprečno 20 evrov) (glej tabelo 3). Cenik zasebnih psihoterapevtk brez koncesije ni reguliran, tako da se cena ene individualne seanse, ki običajno traja 50 minut, giblje med 70 do 150 €. <sup>5</sup> Tako je bilo že leta 2005 na celotnem avstrijskem psihoterapevtskem trgu kar okoli 220 milijonov evrov prometa (v zasebnem sektorju okoli 185 milijonov). Leta 2017 je bilo od 400.000 avstrijskih državljanov, ki bi potrebovali psihoterapijo, obravnavanih 65.000, od katerih jih je bila več kot polovica samoplačnikov (Heidegger, 2017).

Leta 2009 je znašal skupni strošek psihoterapevtskih storitev 59,7 milijonov evrov, kar je bilo 12 % več kot leta 2007. Od tega je bilo s strani zdravstveno socialnega zavarovanja financirano:

- 56 % (33,5 milijonov evrov) polno plačanih storitev, ki so jih opravila psihoterapevtska združenja (»Versorgungsvereine«) v vsaki regiji in psihosocialne ustanove, ki jih je v celotni Avstriji okoli 70;

5 Glede na posamezni terapevtski dogovor med terapevtko in klientom so možna tudi odstopanja navzdol ali navzgor, tako da številne psihoterapevte upoštevajo socialno ekonomsko stanje klientov in nudijo cenejše storitve. Obstajajo tudi posebne svetovalnice (Beratungsstellen), ki omogočajo določeno kvoto brezplačne terapije, največkrat 10 do 15 ur, včasih pa tudi dolgotrajne obravnave. To je odvisno od tega, kdo te svetovalnice vodi in kakšne so njihove finančne zmožnosti. Na Dunaju nudijo psihoterapijo, ki jo v celoti plačajo zavarovalnice, naslednje institucije: Psihoterapevtska ambulanta Univerze Sigmunda Freuda, Inštitut za globinsko psihoterapijo (Institut für Tiefenpsychologie), Dunajsko združenje za psihoterapevtsko pomoč (Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung) in Združenje za ambulantno psihoterapijo (Verein für ambulante Psychotherapie). (Psyonline.at, 2022)

- 22% (13 milijonov evrov) so za psihoterapevtske storitve v obliki polnega povračila prejeli zdravniki s PSY-3 diplomo in psihiatri;
- 21% (12,3 milijonov evrov) so kot delno povračilo v znesku 22 evrov za 50 minutno seanso prejele psihoterapevke v zasebnih praksah in
- 1% so prejele psihoterapevke, ki so delale po pogodbah v okviru socialnega zavarovanja (Hofmarcher, 2013, str. 121; OECD, 2015).

V letu 2021 pa so za psihoterapevtske storitve zavarovalnice plačale okoli 100 milijonov evrov, kar je s samoplačniškim deležem nanese najmanj 260 milijonov evrov, v kolikor računamo, da je bila povprečna cena 77 evrov na terapevtsko uro (kar je zelo nizka predpostavka glede na cene, ki se oblikujejo na trgu) (Löffler-Statska in Hochgerner, 2021).

Tabela 2

Rast porabe sredstev zdravstvenega in socialnega zavarovanja za psihoterapevtske storitve v obdobju od leta 1992 do leta 2021 (po Hrabcik in Katschnig, 2003; SV in SGKK, 2011; Grabenhofer-Eggerth in Sator, 2020; Löffler-Statska in Hochgerner, 2021)

Leto	Milijoni evrov
1992	3,20
1993	6,90
1994	8,43
1995	10,54
1996	11,85
1997	22,56
1998	24,43
1999	27,25
2000	28,63
2001	29
2004	45
2007	54,8
2009	59,7
2012	okoli 70
2014	76,4
2015	okoli 80
2021	okoli 100

Zdravstvene in socialne zavarovalnice plačujejo zasebne psihoterapevtske storitve na tri načine:

- z direktnim plačilom, kjer zavarovalnica plača psihoterapevki ali psihologu neposredno;
- s polnim povračilom, kjer mora klient najprej plačati sam in mu zavarovalnica povrne kasneje;
- z delnim povračilom, kjer zavarovalnica povrne fiksno vsoto, ostalo pa mora kriti klient (glej tabelo 3).

Tabela 3

Delno povračilo zavarovalnic za individualno, skupinsko in družinsko psihoterapijo v zasebnih praksah (stanje avgust 2021, vir Psyonline.at, 2022)

	OBLIKA TERAPIJE	TRAJANJE	DELNO POVRAČILO
<b>Avstrijska zdravstvena blagajna (Österreichische Gesundheitskasse)</b>	Individualna seansa	60 minut 30 minut	€ 28,93 € 16,53
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	135 minut 90 minut 45 minut	€ 17,57 € 10,23 € 7,23
	Družinska seansa (najmanj 3 klienti)	100 minut 75 minut	€ 51,66 € 36,68
<b>Socialno zavarovanje – BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau)</b>	Individualna seansa	do 50 minut do 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34
<b>Socialno zavarovanje – BSVG (Bauern-Sozialversicherungsgesetz)</b>	Individualna seansa	50 minut 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34
<b>Socialno zavarovanje – GSVG (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz)</b>	Individualna seansa	50 minut 25 minut	€ 40,00 € 23,34
	Skupinska seansa (največ 10 klientov) na osebo	90 minut 45 minut	€ 13,34 € 9,34

V vseh primerih pa psihoterapevtske za svojo storitev dobijo plačilo, kar je še posebej razveseljivo, saj se oblikovanje dogovora o financiranju drugih psihosocialnih oblik pomoči še kar izmika in vse kaže, da ga še dolgo ne bo (Hofmarcher, 2013, str. 121).

Za razliko od storitev, ki jih izvajajo zdravniki, Avstrija na državni ravni nima enotno urejenega financiranja psihoterapevtskih storitev, temveč zavarovalnice sklepajo pogodbe s posameznimi regionalnimi psihoterapevtskimi združenji, ob tem da v nobeni regiji ni osnovno varstvo duševnega zdravja financirano v celoti. Glavni razlog za takšno pomanjkljivost je, da zdravstveno zavarovanje nima sistema plačevanja na osnovi potreb, temveč po prebivalcu, kar ne zadošča. Tako so sredstva namenjena psihoterapiji običajno porabljena že veliko pred koncem koledarskega leta, saj vsako regionalno združenje dobi plačilo za omejeno število klientov.

Poleg tega ima vsaka zvezna dežela z zavarovalnicami svoje rešitve in modele, kar povečuje zmedo, nepreglednost in negotovost pri konkretni realizaciji temeljne pravice avstrijskih državljanov do psihoterapije, otežuje pa tudi raziskovanje učinkovitosti oz. kvalitete sistema varovanja duševnega zdravja<sup>6</sup>. Posamezna psihoterapevtka ima praviloma zagotovilo do popolnega povračila stroškov za dva do štiri kliente, kar pomeni da le-ti dobijo terapijo zastonj. V takšnem primeru mu zavarovalnica največkrat plača do 40 ur obravnave, kar je dovolj za eno leto, ker se računa na pavzo v poletnih mesecev. Obstaja možnost podaljšanja za eno leto, na kar vpliva tudi vrsta diagnoze. Ker je število klientov, ki lahko dobijo polno povračilo tako omejeno, obstajajo čakalne vrste, v kolikor niso pripravljene biti delni samoplačniki. (Psyonline.at, 2022)

#### 2.4.2. **Financiranje zdravnikov in psihiatrov, ki izvajajo psihoterapijo**

Psihiatri redko izvajajo psihoterapijo, saj se v glavnem osredotočajo na diagnostiko in zdravljenje z zdravili. Tako je bilo leta 2008, od vseh njihovih plačanih storitev, individualne in skupinske terapije le okoli 10%. Mednarodne primerjave z državami OECD kažejo, da je v Avstriji specialistična psihiatrična obravnava pacientov z duševnimi motnjami izraziteje in skoraj izključno farmakoterapevtska ter manj psihoterapevtska oziroma manj kombinirano psihoterapevtska in farmakoterapevtska. (OECD, 2015)

Avstrijski analitiki ocenjujejo kot zaskrbljujoče tudi vzorce predpisovanja psihofarmakov. Leta 2009 je dobilo recept 850.000 ljudi z duševnimi motnjami (pri tem niso všteti pacienti z demenco), kar predstavlja okoli 10% prebivalstva. Skoraj polovica predpisanih zdravil (47%) je bila antidepresivov, od leta 2006 do 2009 pa se je število ljudi, ki jih jemlje, dvignilo za 16%. V istem obdobju

6 V raziskavi, ki jo je izvedla Sophie Sagerschnig s sodelavci (2018), je bila ena ključnih ugotovitev, da kvantitativne analize podatkov o psihoterapevtskih in psihiatričnih storitvah, ki jih po regijah zavarovalnice zbirajo rutinsko, dajejo zelo različne rezultate. Zato podatkov ene zavarovalnice ni možno preprosto primerjati s podatki drugih zavarovalnic in je potrebna previdnost pri sklepanju na podlagi podatkov zgolj ene zavarovalnice. Šele s pomočjo kvalitativnih analiz so lahko dobili realnejši vpogled v situacijo, ki se skriva »za podatki« in odkrili pomembne dejavnike, ki so ključnega pomena za izboljšanje kvalitete storitev in ki jih ni bilo možno razbrati iz rutinskih podatkov. Zato opozarjajo, da se lahko izognemo enostranskemu in površnemu sklepanju le s kombinirano analizo kvalitativnih in kvantitativnih podatkov (Sagerschnig in dr., 2018, str. 6).

se je za 10% zvišalo število pacientov, ki so jim predpisali antipsihotike, medtem ko je število ljudi, ki so prejeli pomirjevala, ostalo enako. (prav tam)

Število ljudi, ki jemljejo psihofarmake, je večje v obdobju delovne dobe kot v adolescenci. Do 40. leta starosti jih jemlje 6% moških in 9% žensk, po 40. letu pa 10% moških in 18% žensk. Število ljudi, ki so jim predpisali psihoaktivna zdravila, se je med letom 2006 in 2009 zvišalo za 17%, medtem ko se je število ljudi, ki jemljejo vsa ostala zdravila, zvišalo za »samo« 6%. Tako so se stroški za psihofarmake od leta 2006 do 2009 zvišali za 30%. (prav tam)

Predpisovanje antidepresivov, antipsihotikov in pomirjeval je veliko bolj razširjeno kot psihoterapija. Psihatri in nevrologi predpišejo okoli 10% od vseh zdravil, medtem ko splošni zdravniki kar 70% in specialisti za telesne bolezni 20%. Da kar 90% psihiatričnih zdravil predpisujejo drugi zdravniki in ne psihiatri ter nevrologi, je problematično, saj so le redki splošni zdravniki usposobljeni za učinkovito predpisovanje psihofarmakov (prav tam).

Vendar pa pacienti teh zdravil ne jemljejo dolgo. Od vseh prvih receptov, ki so bili izdani leta 2009, jih je le petina po treh mesecih dobila recept ponovno. Anti-depresive je najkasneje po treh mesecih nehali jemati 50% pacientov, antipsihotike pa 46%. Okoli 10% receptov je bilo enkratnih in nikoli ponovno predpisanih. Ti podatki kažejo, da so stroški za tak način »zdravljenja« veliki, učinki pa majhni. (prav tam)

Zavedajoč se pomanjkljivosti enostranske psihiatrične obravnave duševnih motenj s posledično (hiper)medikalizacijo je leta 2019 Ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz – BMASGK) izdalo obsežno interdisciplinarno gradivo o pomoči ljudem z depresivnimi težavami in motnjami (BMASGK, 2019). Pri pripravi gradiva je sodelovalo čez 50 uglednih strokovnjakov s področij psihiatrije, splošne medicine, psihoterapije, klinične in zdravstvene psihologije, socialnega dela, rehabilitacije, pa tudi uporabniki. Izdelali so tudi smernice za »idealno obravnavo«, iz katerih jasno izhaja, da so rezultati veliko boljši, v kolikor se ljudi, ki dobijo diagnozo »depresija«, obravnava z več perspektiv in če pomoč ne temelji zgolj na enostranskem medicinskem pristopu, kjer psihoterapija in druge oblike psihosocialne pomoči niso vključene. Podobna gradiva z nacionalnimi strokovnimi smernicami, ki v okviru zdravstvenega varstva postavljajo psihoterapevtke kot enakopravne partnerje ob bok psihiatrom, zdravnikom, kliničnim in zdravstvenim psihologom, obstajajo tudi za obravnavo nekaterih drugih duševnih motenj, npr. shizofrenije (Bundesministerium für Gesundheit, 2008), pregorelosti (Lehofer, 2011), ADHD (Bundesministerium für Gesundheit, 2013) idr.

Večino ljudi z duševnimi motnjami obravnavajo splošni zdravniki. Vendar, podobno kot v številnih drugih državah, v glavnem motnje samo zaznajo, potem pa se z njimi ne ukvarjajo. Za to je več razlogov:

- nimajo časa za poglobljene pogovore, če pa si ga slučajno vzamejo, za to niso plačani;
- imajo premalo profesionalnega znanja in usposobljenosti za takšne intervencije;
- ne zavedajo se pomembnosti napotitve pacientov z duševnimi motnjami k specialistom, ki izvajajo psihoterapijo; ni psihiatrov, ki bi bili primerno odzivni (OECD, 2015).

Psihiatrija ni dovolj integrirana v uposabljanje splošnih zdravnikov. Ker ni obvezen modul, je zato zelo kratek in ne vključuje vsebin rehabilitacije na področju duševnega zdravja. Posledica je, da splošni zdravniki niti niso usposobljeni za delo s pacienti z duševnimi motnjami niti ne znajo sodelovati v multidisciplinarnih timih ali z delodajalci svojih pacientov, tako da iz tega razloga številni pacienti na delovnih mestih trpijo zaradi hudih težav v duševnem zdravju (OECD, 2015).

Za zdravnike, ki želijo prakticirati psihosocialno medicino, obravnavati psihosomatske težave ali nuditi psihoterapijo, Avstrijska zdravniška zbornica ponuja sistem nadaljnjega izobraževanja – PSY diplome prve (PSY-1), druge (PSY-2) in tretje stopnje (PSY-3). PSY-3 usposobi zdravnike za psihoterapijo. V evalvacijah se je pokazalo, da ta sistem poveča psihiatrična znanja in zavedanje zdravnikov glede meja njihove obravnave, izboljšale so se njihove komunikacijske veščine in intervencije. Obratno pa zdravniki, ki nimajo PSY izobrazbe, precenjujejo svoje zmožnosti in sposobnosti glede skrbi za paciente z duševnimi motnjami (OECD, 2015).

Z vključitvijo v PSY izobraževanje splošni zdravniki začasno izgubijo zaupanje v svojo strokovnost, vendar pa sčasoma razvijejo nov, močnejši občutek profesionalne identitete na višji ravni. V zadnjih dveh desetletjih je okoli 1200 zdravnikov diplomiralo na PSY-3 ravni in okoli 5000 jih je opravilo vsaj eno PSY diplomsko raven (OECD, 2015).

Danes večino psihoterapevtskih storitev v okviru zdravstva opravijo psihiatri in zdravniki s PSY-3 diplomom. Njihov način psihoterapevtske obravnave se zelo razlikuje od poklicnih psihoterapevtk. Povprečna dolžina medicinske psihoterapije je 80 minut na leto v primerjavi z 10 do 12 urami psihoterapije letno, ki jo opravijo psihoterapevtke v zasebni praksi ali v regionalnih ustanovah za mentalno zdravje (»Versorgungsvereine«). Večina medicinske psihoterapije je torej enkratna intervencija, ki je ni mogoče primerjati s pravo psihoterapijo. Ker splošni zdravniki velikokrat zdravijo svoje paciente skozi daljše

obdobje, bi lahko njihovo delo imelo veliko boljše učinke, če bi jim nudili trajnejšo suportivno psihoterapevtsko pomoč. Ker so številne duševne motnje ponavljajoče se in dolgotrajne, pacienti potrebujejo nekoga, ki prevzame odgovornost za njihovo oskrbo in je dostopen (OECD, 2015).

Ljudje z duševnimi motnjami morajo čakati na psihoterapijo, katere stroški so povrnjeni v celoti ali delno, od dva do osem mesecev, odvisno od ponudnika zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja. Čakalna doba je odvisna tudi od tega, ali je pacient pripravljen iti h katerikoli psihoterapevtki ali pa si želi točno določeno. Prav tako je pomanjkljiv informacijski sistem, tako da mora pacient poklicati precej ponudnikov, preden si najde terapevtko. Skratka, veliko je ovir, ki zmanjšujejo dostopnost (OECD, 2015).

Po drugi strani obstaja široka ponudba triindvajsetih psihoterapevtskih pristopov, ki jih je verificirala avstrijska vlada oziroma Ministrstvo za zdravje. Večina jih temelji na psihodinamskem oziroma psihoanalitičnem pristopu, ki ima za cilj pacientov uvid v lastno doživljanje in vedenje. Prevlada dolgotrajnih, intenzivnih, na uvid usmerjenih terapij pa seveda ustvarja nove probleme. Prvič, veliko ljudi si jih ne more privoščiti. Drugič, številni psihodinamski terapevti eksplicitno odklanjajo, da bi intervenirali v pacientovem življenju, npr. v njegovi službi oziroma delovni situaciji, tako da niti ne želijo niti nočejo kontaktirati delodajalcev ali sprejeti mediacije v konfliktih na delovnem mestu. Tretjič, na uvid usmerjene terapije zahtevajo čas, niso učinkovite na kratke proge, ko se na primer pojavijo problemi na delovnem mestu. In končno, nekateri pristopi in metode, ki jih je verificiralo avstrijsko ministrstvo za zdravje, niso dovolj znanstveno podprti z dokazi (OECD, 2015).

Če povzamemo, je financiranje psihoterapije:

- zapleteno, ker obstaja preveč različnih regionalnih rešitev in veliko število ponudnikov psihoterapevtskih storitev, ki so plačani po različnih tarifah in kriterijih;
- neučinkovito, ker bi lahko številni kvalificirani psihologi in psihoterapevtke več prispevali k varovanju duševnega zdravja, če bi bila povračila stroškov terapije višja in če bi kliničnim psihologom dovolili, da izvajajo tudi terapijo;
- premalo ciljno usmerjeno na posamezne skupine pacientov;
- znanstveno nepodprto z dokazi in ni usmerjeno v to, da bi pripomoglo k bolj učinkovitemu funkcioniranju pacientov v vsakdanjem življenju;
- nebrižno do velike skupine zaposlenih z milejšimi do srednje težkimi problemi v duševnem zdravju, ki potrebujejo hiter dostop do nizkopražne psihoterapevtske obravnave;
- premajhno, ker so stroški psihoterapije še vedno nizki v primerjavi z izdatki za hospitalno ali psihofarmakološko zdravljenje. (OECD, 2015)



Posledice tega so, da je v Avstriji deležno psihoterapevtske obravnave 0,8% prebivalstva, kar je precej manj kot v Nemčiji in Švici, kjer je uporabnikov psihoterapevtskih storitev okoli 3% prebivalstva. Po raziskavi iz leta 2012 je škoda, ki nastane zaradi premajhne ponudbe psihoterapevtskih storitev in pomanjkljivih konceptov obravnave, kar 3,3 milijarde evrov (ÖBVP, 2018).

Kriteriji za celotno ali delno povračilo stroškov psihoterapevtskih storitev torej izključujejo večino avstrijskih državljanov, ki bi potrebovali tako obliko pomoči. Ustanove za zdravstveno in socialno zavarovanje se stalno bojijo, da bi s povišanjem prispevne stopnje samo povečale prihodke psihoterapevtk, uporabniki pa ne bi pridobili ničesar. Zato so v pogajanjih o reševanju neustrezne situacije dolgo zastopali stališče, da bi raje *zvečali število* psihoterapevtskih storitev z delnim nadomestilom, kot pa *povišali znesek* delnega nadomestila (OECD, 2015, str. 166).

Na drugi strani je bilo Avstrijsko krovno združenje za psihoterapijo (ÖBVP, 2011) neomajno v svojem dokazovanju, da je povišanje prispevne stopnje z 21,80 Evra na 40 evrov realno možno in je svoje stališče utemeljevalo s statističnimi podatki iz leta 2009, ko:

- se je 900.000 avstrijskih državljanov obrnilo po pomoč zaradi duševnih motenj,
- jih je 840.000 jemalo psihofarmake (okoli dve tretjini antidepressive, 22% pomirjevala in 18% antipsihotike),
- vendar jih je samo 35.000 dobilo plačane psihoterapevtske storitve,
- jih je 30.000 plačalo psihoterapijo iz lastnega žepa in dobilo delno povračilo v višini 21,80 evrov,
- jih je bilo 70.000 v stacionarni obravnavi,
- jih je bilo 78.000 zaradi duševnih motenj na bolniški in je
- 3 % prebivalcev trpelo zaradi težjih oblik duševnih motenj.

Dolgoletna prizadevanja ÖBVP so doživela delen uspeh, saj se je od 1. 9. 2018 naprej delno povračilo za individualno seanso iz Avstrijske zdravstvene blagajne zvišalo iz 21,80 na 28,93 evrov, povračilo iz blagajn socialnega zavarovanja pa na zelenih 40 Evrov (glej tabelo 3).

## 2.5. **Izobraževanje in raziskovanje na področju psihoterapije**

Zakon podrobno opredeljuje psihoterapevtsko izobraževanje, ki je dvodelno: osnovno izobraževanje ali propedeutika je skupna vsem bodočim psihoterapevtkam in traja od enega do treh let. Po končani propedeutiki se izobraževanje nadaljuje v enem od znanstveno priznanih psihoterapevtskih pristopov; to t. i. »specifično izobraževanje« (Fachspezifikum) traja od treh do šest let. V obeh delih izobraževanja so trije glavni stebri: teoretične vsebine, supervizirana praksa in osebna izkušnja. Po urah so trenutne zahteve za propedeutiko najmanj:

765 ur teorije, 50 ur osebne izkušnje, 480 ur prakse v ustanovah, kjer nudijo razne oblike zdravstvene in socialno varstvene pomoči z 20 urami supervizije (natančneje glej tabelo 4).

Tabela 4

Program propedeutike oz. uvodnega izobraževanja iz psihoterapije (Psyonline.at, 2022)

<b>TEORIJA</b>	<b>765 ur</b>
Osnove psihoterapije (zgodovinski razvoj psihoterapevtskih šol, globinsko psihološki, sistemski, kognitivno vedenjski in komunikacijski koncepti)	120
Teorije osebnosti	30
Splošna in razvojna psihologija	60
Rehabilitacija ter socialna in specialna pedagogika	30
Psihodiagnostika in psihološko izvedeništvo	60
Psihosocialne intervencije	60
Temelji somatologije in medicine, medicinska terminologija	30
Psihijatrija, psihopatologija in psihosomatika, psihoterapija otrok in mladostnikov ter gerontopsihoterapija	120
Psihofarmakologija	45
Prva pomoč	15
Osnove raziskovanja in znanstvena metodologija	75
Etika	30
Robni pogoji za izvajanje psihoterapije	90
<b>OSEBNA IZKUŠNJA</b>	<b>50 ur</b>
Individualna ali skupinska osebna izkušnja	50
<b>PRAKSA</b>	<b>500 ur</b>
Psihosocialna praksa v učnih bazah, ki so lahko organizacije oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč	480
Supervizija psihosocialne prakse	20
<b>SKUPAJ</b>	<b>1315 ur</b>

Nadalje Zakon govori o pogojih za vključitev v izobraževanje, ki, na prvi in drugi stopnji skupaj, traja najmanj sedem let. Vstop je veliko bolj odprt kot v večini evropskih dežel, saj se v študij propedeutike lahko vključi kandidatka, ki je opravila zaključni izpit na splošni ali višji poklicni šoli, med katere spada tudi šola za učitelje in vzgojitelje, ali zaključni izpit na srednji ali kakšni drugi srednješolski izobraževalni ustanovi, ter tista, ki je končala izobraževanje iz bolnišnične nege ali medicinsko tehnične službe. To pomeni, da se lahko vključi v študij propedeutike z osemnajstimi leti, medtem ko je možno v specifično izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov vstopiti pri starosti nad 24 let. Zakon namreč predvideva starost 28 let kot najnižjo za samostojno opravljanje poklica z licenco.

V specifično psihoterapevtsko izobraževanje se lahko vključi kandidatka, ki je uspešno zaključila psihoterapevtsko propedeutiko ali izobraževanje na akademiji za socialno delo, pedagoški akademiji, univerzitetni program glasbene terapije, edukacijo v javno priznani ustanovi za izobraževanje iz družinskega in zakonskega svetovanja ali pa je zaključila študij medicine, pedagogike, filozofije, psihologije, publicističnih in komunikacijskih ved ter teologije. Kandidatke za specifično izobraževanje morajo opraviti predmete iz osnovnih psihoterapevtskih znanj, ki jih niso absolvirale v času višješolskega ali univerzitetnega študija.

Zahteve za specialistično izobraževanje so najmanj: 400 ur teorije (300 ur splošnih vsebin in 100 ur v izbranem psihoterapevtskem pristopu), 200 ur osebne izkušnje, 550 ur psihosocialne prakse s 30 urami supervizije, 600 ur psihoterapevtske prakse s 120 urami supervizije (Psyonline.at, 2022) (glej tabelo 6). Kandidatke lahko trenutno izbirajo kar med triindvajsetimi psihoterapevtskimi pristopi, ki so na uradnem seznamu Ministrstva za zdravje (glej tabelo 5): analitična psihologija, skupinska psihoanaliza, individualna psihologija, psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija, psihoanalitično orientirana psihoterapija, avtogeno psihoterapija, Dasein analiza, dinamična skupinska psihoterapija, hipno psihoterapija, katatimno imaginativna psihoterapija (angl. Catathym-Imaginative Psychotherapy), koncentrativna gibalna terapija (angl. Concentrative Movement Therapy), transakcijska analiza, eksistencialna analiza, eksistencialna analiza in logoterapija, geštalt teoretična psihoterapija, integrativna geštalt terapija, integrativna terapija, na klienta usmerjena psihoterapija (angl. Client-centred Psychotherapy), na osebo usmerjena psihoterapija (angl. Person-centred Psychotherapy), psihodrama, nevrolingvistična psihoterapija, sistemska družinska terapija in vedenjska terapija (Heidegger, 2017). Med registriranimi psihoterapevtkami je največ sistemskih družinskih terapevtk.

Tabela 5

Število psihoterapevtk po zakonsko priznanih psihoterapevtskih pristopih (stanje december 2021 po Psyonline.at, 2022)

ŠTEVILO	PSIHOTERAPEVTSKI PRISTOP (po abecednem redu)	ODSTOTEK
1.286	Brez oznake	11,0%
103	Analitična psihologija	0,9%
57	Avtogena psihoterapija	0,5%
16	Dasein analiza	0,1%
185	Dinamična skupinska psihoterapija	1,6%
570	Eksistencialna analiza	4,95%
314	Eksistencialna analiza in logoterapija	2,7%
96	Geštalt teoretična psihoterapija	0,8%
112	Skupinska psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija	1,0%
158	Hipnopsihoterapija	1,4%
322	Individualna psihologija	2,8%
793	Integrativna geštalt terapija	6,8%
300	Integrativna terapija	2,6%
621	Katatimno imaginativna psihoterapija	5,3%
293	Na klienta usmerjena psihoterapija	2,5%
123	Koncentrativna gibalna terapija	1,0%
21	Nevrolingvistična psihoterapija	0,2%
216	Na osebe osredotočena psihoterapija	1,9%
857	Na osebo osredotočena psihoterapija	7,4%
608	Psihoanaliza/psihoanalitična psihoterapija	5,3%
148	Psihoanalitično usmerjena psihoterapija	1,3%
526	Psihodrama	4,5%
2.449	Sistemska družinska terapija	21,1%
187	Transakcijska analiza	1,6%
1.259	Vedenjska terapija	10,8%
<b>11.620*</b>	<b>SKUPAJ</b>	<b>100.0%</b>

\* Nekatere psihoterapevtke so prijavljene v dveh pristopih, zato je skupni seštevek višji

Zakon kar v treh členih govori o poklicnih dolžnostih psihoterapevtk. V njih povzame temeljne etične zahteve, natančneje razčlenjenih v etičnem kodeksu, ki je poleg statuta temeljni akt vsakega psihoterapevskega združenja.

Zakon določa, da je vrhovno upravljalno telo za celotno področje psihoterapije na nacionalni ravni t. i. Psihoterapevtski svēt, ki ima številne pristojnosti, na primer tudi to, da lahko odvzema licence. Svēt deluje na Ministrstvu za zdravje pod okriljem zveznega kanclerja, to pomeni predsednika vlade, ki svētu predseduje in ki lahko kot svojega zastopnika določi uslužbenca svojega urada. V svētu sedijo zastopniki naslednjih ustanov: zveznega ministrstva za znanost in raziskovanje, univerzitetnih inštitutov in klinik, priznanih izvajalcev psihoterapevskega izobraževanja, zdravniške zbornice, zvezne zbornice za obrtne vede, združenja zavarovalnic, delavske zbornice, zveze delavskih sindikatov, upravnega odbora gospodarske zbornice in Psihološkega svēta, ki prav tako deluje pod okriljem zveznega kanclerja. Skupaj je to okoli 60 članov, ki so večinoma psihoterapevtke, to je namreč pogoj, razen pri redkih izjemah (npr. zastopnik zavarovalnic ni nujno, da je po poklicu psihoterapevt ipd.). Zbornica psihoterapevtk zato v Avstriji nima nobene pomembne vloge oziroma pristojnosti.

Izobraževanja iz psihoterapije so v Avstriji v glavnem organizirana po društvih, združenjih in inštitutih za psihoterapijo, ki pa morajo imeti verifikacijo Ministrstva za zdravje. Trenutno je akreditiranih 21 ustanov, ki izvajajo propedeutiko in 40 ustanov, ki izvajajo specifično izobraževanje (seznam je dostopen na spletni strani <http://einrichtungen.ehealth.gv.at/>). Vsak pristop oziroma ustanova, ki želi biti verificirana, mora izpolniti vlogo v skladu z navodili in obrazcem ministrstva (BMASGK, 1990).

Na dan 1. 6. 2016 je bilo v specifičnih izobraževanjih 3.789 edukantov, od tega 78% edukantk. Le manjši del je bil mlajši od 31 let (19,2%). Največja skupina je bila stara med 31 in 40 let (okoli 44,7%), 36% pa jih je bilo starejših od 40 let. Trije dejavniki pojasnjujejo, zakaj je kar dobrih 80% v starostni skupini 31 in več let:

- začetek specifičnega izobraževanja je po Zakonu dovoljen s 24. leti;
- večina edukantk in edukantov se vključi v izobraževanje po zaključku drugega študija (največkrat psihologije, pedagogike, socialnega dela, medicine);
- povprečna doba študija je 5 let, ob tem da se podaljšuje nekje do 10 let.

Tako v Avstriji kot v drugih državah EU pa se v zadnjih petnajstih letih hitro večja ponudba izobraževanj s področja psihoterapije na univerzah, na primer v Gradcu, Salzburgu, Innsbrucku, na Podonavski univerzi v Kremssu in na Dunaju. Ministrstva za zdravje, šolstvo in znanost podpirajo tak razvoj, ker ne želijo le povečevati akademizacijo izobraževanj, temveč tudi zmanjševati zaostanek, do katerega je prišlo na področju raziskovanja psihoterapije.

Društva in inštituti, na katerih v Avstriji še danes poteka večji del psihoterapevtskih izobraževanj, namreč v glavnem samo izobražujejo in le malo raziskujejo.

Od sprejetja Zakona leta 1991 so se razvijali akademski podiplomski programi, le vprašanje časa pa je bilo, kdaj se bo na kateri od univerz odprl tudi dodiplomski študij psihoterapije. To se je zgodilo oktobra 2005, ko se je kar okoli 200 študentov vpisalo v fakultetni študij psihoterapevtske znanosti na zasebni Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju (SFU) (Fiegl, 2016; Možina, 2016; Laubreuter, 2012, 2018; Pritz in dr., 2020). Kot prvi na svetu so omogočili možnost neposrednega enovitega študija psihoterapije takoj po maturi po bolonjskem sistemu: tri leta dodiplomska in dve leti magistrska stopnja. Število ur obeh stopenj skupaj precej presega minimalne zahteve avstrijskega zakona, še posebno če upoštevamo ECTS ure, ki poleg kontaktnih ur z učitelji vključujejo tudi študentkino samostojno delo (glej tabelo 6).

Tabela 6

Primerjava med kriteriji izobraževanje iz psihoterapije po avstrijskem Zakonu o psihoterapiji in kriteriji študijskega programa Psihoterapevtska znanost Univerze Sigmunda Freuda (SFU)

	ZAKON (ure)	SFU (kontaktno ure)	SFU (ECTS ure)
Splošne vsebine <sup>7</sup>	min. 765	930	2387.5
Specialistične vsebine <sup>8</sup>	min. 400	min. 778,5	min. 2725
	<b>min. 1165</b>	<b>min. 1708.5</b>	<b>min. 5112.5</b>
<b>OSEBNA IZKUŠNJA</b>			
Splošne vsebine	min. 50	50	50
Specialistične vsebine	min. 200	min. 250	min. 250
	<b>min. 250</b>	<b>min. 300</b>	<b>min. 300</b>
<b>PRAKSA</b>			
Splošne vsebine	min. 480	480	480
Specialistične vsebine	min. 1150	min. 1185	min. 1185
	<b>min. 1630</b>	<b>min. 1665</b>	<b>min. 1665</b>
<b>SUPERVIZIJA</b>			
Splošne vsebine	min. 20	20	20
Specialistične vsebine	min. 130	min. 165	min. 165
	<b>min. 150</b>	<b>min. 185</b>	<b>min. 185</b>
<b>SKUPAJ</b>			
Splošne vsebine	min. 1315	1480	2937.5
Specialistične vsebine	min. 1880	min. 2378.5	min. 4325
<b>VSE VSEBINE</b>	<b>min. 3195</b>	<b>min. 3858.5</b>	<b>min. 7262.5</b>

7 Prva dva letnika bakalavreata Psihoterapevtske znanosti na SFU sta po vsebinah enaka avstrijski Propedeutiki – uvodnemu izobraževanju iz psihoterapije.

8 Tretji letnik bakalavreata in dva letnika magistrskega študija Psihoterapevtske znanosti so po vsebinah enaki specialističnemu izobraževanju iz psihoterapevtskega pristopa (Fachspezifikum).

Druga velika novost, ki jo je prinesla SFU, je bila, da pod isto streho ponuja izobraževanje iz različnih psihoterapevtskih pristopov. Program prve stopnje je v prvih dveh letnikih usklajen s programom propedeutike, v tretjem letniku pa študent izbere enega od psihoterapevtskih pristopov. Na magistrski stopnji so v programu vsem psihoterapevtskim pristopom skupne vsebine in specialne vsebine, ki so vezane na izbrani pristop. Delež supervizirane psihosocialne in psihoterapevtske prakse je več kot 50% od vseh študijskih vsebin, kar pomeni, da je velik poudarek na praktičnem usposabljanju. Zato v okviru SFU deluje tudi psihoterapevtska ambulanta, ki ima enoto za odrasle in več enot za otroke in mladostnike, kjer lahko študentke opravljajo svojo psihoterapevtsko prakso pod supervizijo in ki se je na Dunaju zelo hitro uveljavila kot največja psihoterapevtska ambulanta. Trenutno se v njej zdravi okoli 2000 odraslih ter okoli 300 otrok in mladostnikov. Spekter diagnoz sega od pacientov s hudimi psihotičnimi motnjami do pacientov s splošnimi življenjskimi težavami. Kot ustrezno pripravniško ambulanto jo priznava tudi avstrijsko ministrstvo za zdravje. (Laubreuter, 2018)

Leta 2007 je Avstrijski akreditacijski svet akreditiral tudi doktorski študij psihoterapevtske znanosti na SFU, ki danes poteka tako v nemškem kot tudi angleškem jeziku. Težišče programa je na pluralističnem pristopu, ki vključuje tako kvantitativno kot tudi kvalitativno metodologijo in mešano kvalitativno-kvantitativno metodologijo (t. i. »mixed method design«). Vse povezujejo empirično, teoretično in zgodovinsko raziskovalno delo, vključno s kritičnim pregledom obstoječih raziskovalnih smeri in področij. Številni doktoranti so do danes dali veliko prispevali k razvoju psihoterapevtske znanosti, saj je SFU prva univerza na svetu, ki se primarno osredotoča na izobraževanje s tega področja (Laubreuter, 2012, 2018; Fiegl, 2016; Pritz in dr., 2020). Tako je SFU postala eno pomembnih središč raziskovanja psihoterapije v svetovnem merilu (Gelo, Pritz in Rieken, 2016).

SFU je od svoje ustanovitve do danes razširila svoje podružnice v Pariz, Berlin, Milano, Lienz in Ljubljano (Bohak, 2006ab; Možina, 2006, 2007, 2010ab, 2016), v katerih je možen vpis v študij psihoterapevtske znanosti in v druge programe, ki jih je razvila - psihologijo, medicino in pravo. Ključno v strategiji in viziji razvoja SFU je »dialoški pluralizem« tako v okviru psihoterapevtske znanosti kot tudi interdisciplinarno (Gelo in Pritz, 2020; Možina, 2021). To pomeni povežovanje in ne izključevanje, česar so se na začetku njenega delovanja bali številni neakademski inštituti in društva, na primer povežovanje med psihoterapijo kot stroko in kot znanstvenim področjem, med psihoterapevtsko prakso in raziskovanjem, med univerzo ter društvi in inštituti, ki izobražujejo iz različnih pristopov (Laubreuter, 2012, 2018; Pritz in dr., 2020).

Spomladi 2010 so na SFU diplomirali prvi magistri psihoterapevske znanosti. Med njimi je bilo tudi nekaj takih, ki so začeli študirati takoj po maturi. Ko so dopolnili 28 let, so v skladu z določilom Zakona glede starosti dobili licenco. Zanimivo je, da tudi v Nemčiji, kljub takratni drugačni regulativi psihoterapije, od jeseni 2010 diplomantom psihoterapevske znanosti SFU priznavajo njihovo izobrazbo za pridobitev psihoterapevske licence, kar je bilo pomembno uradno priznanje možnosti, da lahko dobi licenco tisti, ki je študiral psihoterapijo kot prvi poklic. Hkrati je bila to že napoved velike spremembe, ki jo je potem leta 2019 prinesel novi nemški zakon o psihoterapiji, ki je neposredni dodiplomski in magistrski študij psihoterapije po srednji šoli postavil kot edino pot do poklica psihoterapevt (le zdravniki lahko še specializirajo psihoterapijo v okviru svojih specializacij) (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019).

Kot sem že omenil, je naraščajoča akademizacija psihoterapije v okviru univerz, kjer je raziskovalno delo nujen pogoj za akreditacijo univerz, fakultet in njihovih programov, tudi v Avstriji pokazala na pomanjkljivost neakademskih izvajalcev izobraževanja, saj veliko društev ali inštitutov nima svojih raziskovalnih projektov oziroma niti ne sodelujejo v projektih, kjer so nosilci druge ustanove. Zato je avstrijsko ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov (Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz BMAŠGK) objavilo smernice, v skladu s katerimi bodo redno ocenjevali raziskovalno aktivnost izvajalcev psihoterapevskih izobraževanj. Smernice so oblikovali na podlagi raziskave o trenutnem stanju raziskovanja na področju psihoterapije v Avstriji (Riess, Kern in Breyer, 2018).

## 2.6. **Pomanjkljivosti in načrtovane posodobitve zakona o psihoterapiji**

V življenju nasploh je dragoceno učenje iz napak, ne samo iz uspehov, zato je dobro, da si pogledamo tudi pomanjkljivosti avstrijskega Zakona. Ena od njih je povezana s starostnimi omejitvami. Kot sem že omenil, Zakon določa kot kriterij za vstop v izobraževanje iz propedevtike končano maturo ali poklicno šolo z zaključnim izpitom, kar je možno opraviti z osemnajstimi leti, v izobraževanje iz psihoterapevskih pristopov pa se je mogoče vključiti šele pri starosti nad 24 let. To pomeni, da morajo tisti, ki začnejo z izobraževanjem iz propedevtike z osemnajstimi leti, ko jo končajo, izobraževanje prekiniti za toliko časa, da dosežejo ustrezno starost za vstop v specialistično izobraževanje. Zakon predvideva 28 let kot najnižjo starost za samostojno opravljanje poklica z licenco (PthG 91 § 10 in 11). To je ohlapno utemeljeno s pojmom »osebna zrelost« in »potrebne življenjske izkušnje« (Kierein, Pritz in Sonneck, 1991, str. 99).



Tako razumevanje je povozil čas in hiter razvoj avstrijske psihoterapije, še posebno po uvedbi neposrednega akademskega študija psihoterapije na SFU in po sprejetju novega nemškega zakona, ki kot edino pot izobraževanja omogoča neposredni študij psihoterapije po maturi (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019). V strokovnih in javnih debatah se vedno bolj sprašujejo, kako da se lahko avstrijski maturantje z osemnajstimi leti vključujejo v študije, ki vodijo do izobrazbe za opravljanje zdravstvenih poklicev (medicina, zdravstvena nega, pedagogika, psihologija, socialno delo idr.) in nato začnejo poklic tudi opravljati. Ali zanje »osebna zrelost« ali »življenjske izkušnje« niso potrebne? Ali je poklic psihoterapevta res nekaj tako posebnega, da je zanj potrebna drugačna vrsta osebne zrelosti in življenjskih izkušenj, kot je na primer potrebna za poklic zdravnika? Kaj v zvezi s tem pomeni »zrelost« in ali je dejansko odvisna od starosti? Kaj pomeni pojem »življenjske izkušnje« in kako jih lahko ocenjujemo?

Obsežna raziskava<sup>9</sup> o diplomantih dvostopenjskega študija psihoterapevske znanosti na SFU (Okorn, 2014; Fiegl, 2016; Možina, 2016) je pokazala, da zrelost ni povezana s starostjo in da izkušnje same po sebi še ne pomenijo nujno zrelosti. Ključnega pomena je, ali posameznik izkušnje lahko reflektira in ali je pripravljen na kritično samorefleksijo. Le taka kompleksna refleksija določa življenjsko učinkovitost naših izkušenj. Tako se je tudi pri mladih študentih psihoterapevske znanosti sposobnost samorefleksije pokazala kot posebej pomembna in nepogrešljiva tako za proces učne terapije kot tudi za strokovni razvoj v izobraževanju. Za razvoj te sposobnosti pa je potrebno ustvariti učno klimo, ki študente med drugim spodbuja tudi k temu, da izrazijo negotovosti, bojazni in dvome o samih sebi.

Odločanje o primernosti za vstop v izobraževanje iz psihoterapije samo na osnovi starosti ni ustrezno, temveč je bistveno navesti kriterije za ocenjevanje zrelosti in življenjskih izkušenj. Fieglova na podlagi ugotovitev študije predlaga naslednje kriterije zrelosti: zmožnost podati informacije o dosedanjem življenju, separacija od staršev, finančna neodvisnost, izpolnjevanje obveznosti, odkrivanje možnosti različnih rešitev, dobro samoopazovanje, zmožnost stati za svojim mnenjem, nejezljivost, védenje o pisanosti življenja, neodvisnost od zunanega mnenja, občutek za resničnost in vzdržljivost.

9 Do zdaj je to v svetu najbolj poglobljena raziskava o neposrednem izobraževanju iz psihoterapije takoj po srednji šoli, saj vsebuje pet delov: kvantitativno analizo osebnostnih lastnosti bodočih psihoterapevtk na reprezentativnem vzorcu 380-tih študentk v obdobju od študijskega leta 2011/12 do 2013/14; analizo osebnostnih lastnosti, ki si jih pripisujejo študentke same, v primerjavi z rezultati testa osebnosti in želenim profilom »idealne psihoterapevtke« na naključnem vzorcu 137-tih študentk prvega letnika študija psihoterapevske znanosti; presečno analizo s pomočjo Vprašalnika za spremljanje psihoterapevtkinega razvoja na naključnem vzorcu 110-tih študentk; pogled na študentke z vidika osmih supervizork z induktivno kvalitativno analizo po Mayringu; kvalitativno analizo o stališču študentk in njihovih razlogih glede odločitve za študij psihoterapije s pomočjo intervjujev devetih študentk po metodi utemeljene teorije (angl. »grounded theory«).

Rezultati raziskave Fiegllove so pokazali, kako intenzivnega procesa osebnostne rasti so sposobne mlade študentke psihoterapevtske znanosti, tako da je lahko izluščila tri razvojne faze:

- začetniško fazo, za katero je značilna radovednost in navdušenje, ki mu sledi preobremenitev in nervoza; v tem obdobju študentke pridejo do prve učne izkušnje v lastni terapiji in na koncu izberejo psihoterapevtski pristop;
- pubertetno fazo, za katero je najprej značilna idealizacija učiteljev, želja po splošno uporabnih konceptih in receptih, sledi pa kritičnost do učiteljev in teorije, prizadevanja za avtonomnost in hkrati čedalje večja negotovost, ko pod supervizijo naredijo prve korake v psihoterapevtski praksi;
- fazo razvijanja lastne identitete, ki se krepi ob nabiranju izkušenj pri delu s klienti in se kaže v razvijanju lastnega stila, vse večjih občutkih gotovosti in lažjem prenašanju negotovosti, rastočem zaupanju v lastno delo, sprejemanju lastnih meja in povezovanju teorije s prakso (Fiegl, 2016, str. 166).

Druga pomanjkljivost Zakona, ki je povezana s prvo, je, da je leta 1991 sicer odprl možnost izobraževanja za prvi poklic preko propedevtike, ne omenja pa eksplicitno akademske neposredne poti. Prav hitro razvijajoča se akademizacija psihoterapije je zato eden glavnih razlogov, da v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje trenutno pripravljajo novelo Zakona, ki bo upoštevala spremembe, ki jih je v visokošolsko izobraževanje nasploh in tudi v izobraževanje s področja psihoterapije prinesla bolonjska reforma. V predlogu novele so navedene tri poti do poklicne psihoterapevtske izobrazbe: akademska (tri leta prva stopnja in dve leti druga), edukacijska (triletna propedevtika in štiriletna edukacija iz izbranega psihoterapevtskega pristopa) in kombinacija obeh poti (Heidegger, 2017).

Obeta se tudi sprememba sestave Psihoterapevtskega sveta. Krovno združenje ÖBVP namreč želi močnejšo zastopanost predstavnikov stroke ter prenos nekaterih pristojnosti iz sveta na Zbornico psihoterapevtk, ki ji Zakon iz leta 1991 ni dal nikakršnih pooblastil in ki naj bi s tem okrepila svojo vlogo. Nenazadnje naj bi novela spodbudila tudi boljšo organiziranost in financiranje psihoterapije v okviru javnega zdravstva ter postala del širših sprememb na področju varovanja duševnega zdravja.

## 2.7. **OECD smernice za izboljšave na področju varovanja duševnega zdravja v Avstriji**

V OECD raziskovalnem poročilu z naslovom *Duševno zdravje in delo v Avstriji* iz leta 2015, ki je bilo del širše raziskave (podobna raziskovalna poročila so naredili tudi za Avstralijo, Belgijo, Dansko, Nizozemsko, Norveško, Švedsko, Švico in Veliko Britanijo), so se osredotočili na teme, kot so: prehod iz izobraževanja

v zaposlovanje, pomoč raznih služb pri zaposlovanju, stalež in invalidnost ter kapacitete zdravstvenega sistema. V zaključku poročila so za vsako od v raziskavo vključenih držav podali smernice za izboljšave. Čeprav so izhajali predvsem s perspektive varovanja zdravja na delovnem mestu, se v smernicah kaže širša slika o problematiki duševnega zdravja, o kateri je pomembno razmišljati tudi v Sloveniji. Priporočila za Avstrijo zajemajo pet točk: premike virov, spremembe v praksah zdravljenja z zdravili, opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge, spremembe v financiranju psihoterapije in izboljšanje zaposlovanja v okviru varovanja duševnega zdravja (OECD, 2015, str. 173-177). Poglejmo si jih bolj podrobno.

Premiki virov naj bi bili naslednji:

- *premik virov iz specializirane somatske medicine na področje varovanja duševnega zdravja*, ker v avstrijskem zdravstvenem sistemu prevladuje stacionarna obravnava telesnih bolezni z visokim odstotkom specialistov, ki je nad OECD povprečjem. Stroški za zdravstveno oskrbo so med najvišjimi v OECD, vendar pa je število psihiatrov pod OECD povprečjem, psihiatrična pomoč za otroke in mladostnike je neustrezna, premalo je psihiatričnih oddelkov v splošnih bolnicah;
- *premik virov iz stacionarne psihiatrične obravnave na ambulantno in skupnostno skrb za duševno zdravje*, ker stacionarna psihiatrična obravnava še vedno prevladuje, za ambulantno obravnavo pa so čakalne dobe predolge;
- *premik virov na področje psihiatrije in psihoterapije otrok in mladostnikov*, ki je deficitarno; v tem okviru so zgovorne Smernice za psihoterapevtsko delo z dojenčki, otroki in mladostniki, ki jih je leta 2014 izoblikovala ekspertna skupina pri ministrstvu za zdravje, kjer je posebej poudarjeno, kako je v skladu s sodobnimi dognanji razvojne psihologije in raziskav o psihoterapiji otrok pomembno začeti preventivno in kurativno delo že z dojenčki (BMASGK, 2014);
- *premik virov iz diagnostike na terapevtsko obravnavo*, ker je diagnostika zelo razširjena ob hkratnem pomanjkanju psihiatričnih in psihoterapevtskih obravnav; veliko je kompetentnih kliničnih psihologov, ki jim ni dovoljeno zdraviti, tako da je od vseh psihiatričnih in psihoterapevtskih storitev za paciente z duševnimi motnjami skoraj polovica konzultacij in ne zdravljenj;
- *premik virov iz regionalnih prestolnic na podeželje*; na Dunaju na primer splošnim zdravnikom s PSY-3 diplomo ne priznajo psihoterapevtskih storitev, ker so zavarovalnice zaradi velikega števila psihiatrov ocenile, da niso potrebne.

Spremembe v praksah zdravljenja z zdravili naj bi bile naslednje:

- *usposabljanje splošne zdravnike za pogovorne terapije in jih za to ustrezno financirati*, ker je delež pacientov, ki jih v Avstriji zdravijo samo s psihofarmaki relativno velik in visoko nad OECD povprečjem; za številne paciente z duševnimi motnjami je najboljša kombinacija psihoterapije in zdravil, zato je potrebno spodbujati splošne zdravnike, da se usposabljaajo za psihološke in psihoterapevtske intervencije in obravnave;
- *usposabljanje splošne zdravnike za predpisovanje psihotropnih zdravil in omejiti predpisovanje specialistov*, ki niso strokovnjaki na področju varovanja duševnega zdravja; največ psihotropnih zdravil predpisujejo splošni zdravniki, zato morajo biti za to boljše usposobljeni;
- *izboljšati sodelovanje pacientov glede pravilne uporabe zdravil s spremljanjem (follow-up)* tako, da bodo splošni zdravniki razvili postopke za preverjanje sodelovanja.

Opolnomočenje splošnih zdravnikov za prevzemanje pomembnejše vloge naj bi vključevalo:

- *usposabljanje splošnih zdravnikov za prepoznavanje in obravnavanje problemov, povezanih z duševnim zdravjem*, saj se ljudje z duševnimi težavami največkrat obrnejo na splošne zdravnike, ki pa se ne odzivajo ustrezno;
- *usposabljanje splošnih zdravnikov za naslavljanje duševnih težav, povezanih z delovnimi mesti, in ureditev plačevanja za intervencije na delovnih mestih pacientov*, ker ne bi smeli čakati, da se bolniški staleži vlečejo, namesto da bi se zdravniki čim prej povezali z delodajalci in ukrepali na delovnih mestih pacientov;
- *izboljšanje sodelovanja med splošnimi zdravniki in specialisti*; ker so storitve specialistov v Avstriji večinoma kratke in epizodične, medtem ko imajo splošni zdravniki s svojimi pacienti običajno dolgotrajne odnose, bi to lahko postal dragocen vir za vzpostavljanje bolj kontinuirane skrbi in načinov obravnave, kjer bi splošni zdravniki izvajali programe skupaj s specialisti.

Spremembe v financiranju psihoterapije naj bi bile:

- *povečati in razširiti financiranje psihoterapevtskih storitev s polnim in delnim povračilom ter povečati znesek delnega povračila*;
- *revidirati kriterije za financiranje psihoterapije*, ki trenutno temeljijo na težavnosti duševnih motenj, ob tem pa upoštevati, da psihoterapija ni indicirana le pri dolgotrajnih in ponavljajočih se duševnih motnjah, temveč je lahko zelo učinkovita za srednje težke in lažje duševne motnje ter duševne težave; ker ima večina ljudi lažje do srednje intenzivne težave z duševnim zdravjem in niso v staležu, bi se moralo razširiti financiranje prav na njihovo psihoterapevtsko obravnavo;

- *implementirati orodja za spremljanje funkcioniranja pacientov*, saj trenutno zavarovalnice uporabljajo le diagnoze, nujno pa bi bilo za bolj učinkovito spremljanje ocenjevati še raven splošnega in socialnega funkcioniranja pacientov (npr. s pomočjo GAF lestvice v večosni DSM diagnostiki);
- *omejiti število priznanih psihoterapevtskih pristopov*, ker nekateri nimajo dovolj z raziskavami podprtih dokazov o učinkovitosti; potrebno bi bilo uvesti sisteme sprotnega spremljanja učinkovitosti v klinični praksi (t. i. povratno informirane obravnave (Prescott, Maeschalck in Miller, 2017));
- *razviti kriterije za intervencije psihoterapevtk na delovnih mestih pacientov* in načine usposabljanja psihoterapevtk za tovrstne intervencije; psihoterapevtske storitve bi bilo potrebno plačevati le tistim, ki imajo tovrstno usposabljanje in ki delajo s pacienti na tak način.

Izboljšanje zaposlovanja povezanega z varovanjem duševnega zdravja naj bi vključevalo:

- *uresničevanje nacionalne strategije varovanja duševnega zdravja*, saj je avstrijsko združenje zavarovalnic za zdravstveno in socialno varstvo razvilo pomembne strateške smernice za bolj koordinirano navigiranje skrbi za duševno zdravje, integrirane obravnave, učinkovite psihoterapije in vloge splošnih zdravnikov; te smernice je zdaj potrebno implementirati preko konkretnih akcijskih načrtov in finančnih spodbud, spremljati izvedbo za vzpostavitev na dokazih podprtih praks, predvsem pa izboljšati povezavo med različnimi oblikami obravnav in varovanjem duševnega zdravja na delovnih mestih;
- *izboljšanje psihiatrične rehabilitacije*, ki so jo v Avstriji uvedli šele pred okoli dvajsetimi leti za stacionarne paciente, ima pa zaradi svoje multidisciplinarnosti velik potencial tudi za večino ljudi z duševnimi težavami, ki še vedno delajo in imajo dobro prognozo za okrevanje; zato je potrebno psihiatrično rehabilitacijo postaviti na nove temelje, tako da bodo vključeni tudi ambulantni pacienti, da bo lahko in hitro dostopna za zaposlene paciente, da bo omogočala hitre intervencije na delovnih mestih in s tem omogočila ohranjanje zaposlitev; skratka, psihiatrična rehabilitacija se mora razširiti na paciente z zmernimi duševnimi motnjami in duševnimi težavami.

Z vidika razmer v Sloveniji, kjer glede razvitosti psihoterapije za Avstrijo močno zaostajamo, so OECD priporočila glede financiranja psihoterapije za nas še stvar prihodnosti, v kolikor bomo z zakonodajo regulirali psihoterapijo kot samostojen poklic, smernice glede premikov virov, izboljšanja zaposlovanja ter praks zdravljenja in opolnomočenja splošnih zdravnikov pa so še kako aktualna in poučna.

### 3. Zakonska ureditev svetovanja v Avstriji

#### 3.1. Avstrijski zakon o življenjskem in socialnem svetovanju

V Avstriji je svetovanje urejeno z zakonom o življenjskem in socialnem svetovanju (*Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über die Zugangsvoraussetzungen für das reglementierte Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung*; skrajšano *Lebens- und Sozialberatungs-Verordnung*) (RIS, 2022b) in spada pod Gospodarsko zbornico. Uradni naziv za svetovanje je torej »življenjsko in socialno svetovanje« (Lebens- und Sozialberatung) (v nadaljevanju svetovanje). Svetovanje je namenjeno iskanju rešitev glede na probleme klientov, ne vključuje dela z duševnimi motnjami in ni zdravstvena dejavnost. Kovčing je oblika svetovanja za time in vodstvene delavce. Psihoterapevtke lahko izvajajo svetovanje, svetovalci pa ne morejo izvajati psihoterapije.

Pogoji za opravljanje poklica med drugim zajemajo:

- uspešno zaključeno usposabljanje za življenjsko in socialno svetovanje v potrjeni ustanovi za usposabljanje in
- najmanj 30 ur osebne izkušnje pri kvalificirani osebi za usposabljanje in
- najmanj 750 ur dela s klienti pod supervizijo pri kvalificirani osebi za usposabljanje

ali

- uspešno zaključeno usposabljanje na eni od naslednjih ustanov:
- izobraževalna ustanova za zakonsko in družinsko svetovanje ali
- akademija za socialno delo ali primerljiva študijska smer ali
- pedagoška, poklicno pedagoška in religiozno pedagoška akademija ali
- izobraževalna ustanova za delavce v vrtcih ali
- izobraževalna ustanova za socialno pedagogiko (vzgojitelji) ali
- usposabljanje na področju zdravstvenega varstva in nege v skladu z določbami zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstveni negi ali
- humanistične ali družboslovne smeri, vključno s pravom, psihologijo, pedagogiko, filozofijo, sociologijo, medicino / zobozdravstvom, novinarstvom in komunikologijo, teologijo ali podiplomsko izobraževanje: klinični psiholog, zdravstveni psiholog ali psihoterapevtka ali študijska smer s področja »socialno delo« ali
- psihoterapevtska propedeutika v skladu s psihoterapevtskim zakonom

in

- v verificirani ustanovi za usposabljanje uspešno zaključenih:
- vsaj 240 ur predmeta »Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja«
- vsaj 80 ur predmeta »Krizne intervencije« in
- vsaj 16 ur predmeta »Poklicna etika in poklicna identiteta« in

- najmanj 16 ur predmeta »Osnove podjetništva« in
- vsaj 24 ur predmeta »Pravna vprašanja v zvezi z življenjskim in socialnim svetovanjem«.

Znotraj svetovanja so regulirana naslednja področja: svetovanje za probleme z osebnostjo, partnerskimi odnosi, z družino, otroki, za spolne probleme in za probleme pri delu.

Svetovanje za posameznike, pare in družine vključuje:

- osebno svetovanje: analiza življenjske situacije, psihohigiena, organizacija vsakdana;
- svetovanje v konfliktih in mediacijo;
- zakonsko, partnersko in družinsko svetovanje;
- mediacijo pri razvezah in
- krizne intervencije.

Svetovanje za skupine, time in organizacije pa vključuje:

- poklicno svetovanje in karierno svetovanje;
- kovčing za time in vodstvene delavce;
- komunikacijo v timih in
- timsko supervizijo.

### 3.2. **Izobraževanje iz življenjskega in socialnega svetovanja**

Tudi izobraževanje iz življenjskega in socialnega svetovanja oziroma kovčinga ima podobne osnovne stebre kot izobraževanje iz psihoterapije:

- propedevtične vsebine (ki so skupne izobraževanju za psihoterapevte);
- teorija psihoterapije/svetovanja/kovčinga;
- psihoterapevtska/svetovalna/kovčing praksa pod supervizijo in
- osebna izkušnja

Glavna področja izobraževanja iz svetovanja so (za natančnejši pregled glej tabelo 7):

- svetovanje za izobraževanje, poklicno svetovanje, načrtovanje kariere;
- kovčing za time in vodstvene delavce;
- svetovanje za vzgojo, svetovanje in mediacija pri konfliktih in razvezah;
- krizne intervencije;
- komunikacijski trening;
- razvijanje socialnih kompetenc;
- svetovanje za spolne težave;
- mentalni in motivacijski trening;
- menedžment življenjskega stila.

Tabela 7

Program izobraževanja in usposabljanja iz življenjskega in socialnega svetovanja v Avstriji (po RIS, 2022b).

PREDMET	Minimalno število ur
<b>1. Uvod v življenjsko in socialno svetovanje</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zgodovinski razvoj življenjskega in socialnega svetovanja</li> <li>• Družbenopolitični okvir življenjskega in socialnega svetovanja</li> <li>• Socialna filozofija in sociologija</li> </ul>	20
<b>2. Skupinska osebna izkušnja</b>	120
<b>3. Osnove življenjskega in socialnega svetovanja na sorodnih družboslovnih, psiholoških, psihoterapevtskih, pedagoških in medicinskih področjih</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Razlike, meje in skupne točke med življenjskim in socialnim svetovanjem, psihoterapijo, psihologijo, medicino (vprašanja nosečnosti, poroda in psihiatrije), pastoralno oskrbo, pedagogiko, socialnim delom in drugimi dejavnostmi na psihosocialnem področju</li> <li>• Antropološki in filozofski temelji na sorodnih področjih</li> <li>• Psihološki, pedagoški in komunikološko-teoretični temelji</li> </ul>	68
<b>4. Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregled različnih modelov svetovanja individualnega, zakonskega in družinskega svetovanja</li> <li>• Teorija in praksa življenjskega in socialnega svetovanja</li> <li>• Psihosocialne oblike intervencij in procesna diagnostika v svetovanju</li> <li>• Pomembne teme s področja življenjskega in socialnega svetovanja</li> <li>• Uvod v specifične vsebine svetovanja: supervizija, osebna izkušnja, kovčing, mediacija</li> <li>• Svetovanje po družinskem zakonu</li> </ul>	240
<b>5. Krizne intervencije</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prepoznavanje kriznih situacij</li> <li>• Simptomatika krize</li> <li>• Potek kriz</li> <li>• Intervencije v različnih fazah kriz</li> <li>• Napotitev in sodelovanje</li> </ul>	80
<b>6. Pravna vprašanja v zvezi z življenjskim in socialnim svetovanjem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Družinsko pravo</li> <li>• Poklicno pravo</li> <li>• Splošna pravna vprašanja</li> </ul>	24
<b>7. Osnove podjetništva</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vodenje knjig, vodenje podjetja</li> <li>• Osnove davčnega prava</li> <li>• Izračuni in izstavljanje računov</li> <li>• Marketing za življenjsko in socialno svetovanje</li> </ul>	16



PREDMET	Minimalno število ur
<b>8. Poklicna etika in poklicna identiteta</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Temeljna etična vprašanja</li> <li>· Stanovska in izvedbena pravila</li> <li>· Poklicni profil in področje delovanja</li> <li>· Poklicna identiteta in poklicna organizacija</li> </ul>	16
<b>SKUPAJ</b>	<b>584</b>

Izobraževanje in usposabljanje iz svetovanja mora obsegati najmanj 584 ur, ki jih je treba opraviti v najmanj 5 semestrih v verificirani ustanovi za usposabljanje, ki pisno in ustno preverja uspešnost usposabljanja. Tako na primer akademski dodiplomski triletni program študija svetovanja na SFU precej presega minimalni kriterij glede števila ur, saj vključuje 480 ur prakse v psihosocialnih ustanovah, 100 ur svetovanja v SFU ambulantni, 100 ur supervizije in 150 ur osebne izkušnje.

Prva dva letnika študija psihoterapevtske znanosti SFU sta enaka za bodoče psihoterapevtke in svetovalce, nato pa se v tretjem letniku razdelijo na dva tira. Bodoče psihoterapevtke morajo po zaključeni prvi stopnji nadaljevati s študijem na podiplomski stopnji, medtem ko svetovalci s študijem zaključijo z opravljeno prvo stopnjo. Nato pa jih, v kolikor hočejo priti do licence, čaka še pripravništvo in strokovni izpit.

Glede spričevala o uspešno zaključenem izobraževanju in usposabljanju iz svetovanja so postavljene naslednje zahteve:

1. V spričevalu o uspešno zaključenem usposabljanju za svetovanje mora biti vključeno:
  - tabela opravljenih ur usposabljanja,
  - podrobni kurikulum usposabljanja,
  - ime osebe, ki je poučevala predmet »Metodologija življenjskega in socialnega svetovanja«, skupaj s potrdilom o verodostojnosti,
  - ime osebe, odgovorne za vodenje osebne izkušnje v skupini, skupaj s potrdilom o verodostojnosti in
  - izrecna izjava izvajalca usposabljanja, da je kandidat dosegel minimalno število ur in da je usposabljanje vključevalo predvidene predmete in tematska področja.
2. V spričevalu mora biti tudi navedeno, s katerimi ukrepi je bila zagotovljena kakovost usposabljanja. Ukrepi za zagotavljanje kakovosti se nanašajo posebno na vaje, ki temeljijo na študijah primerov iz svetovalne prakse ter na pisno in ustno preverjanje znanja in sposobnosti.
3. Zaključno spričevalo mora vključevati jasno viden logo svetovalcev.

Svetovalna praksa pod supervizijo mora vključevati 750 ur, in sicer:

1. najmanj 100 svetovalnih enot (ena svetovalna enota se šteje za eno uro strokovne dejavnosti) z dnevnikom (vključno s protokolom vsaj petih začetnih pogovorov in protokolom dveh zaključenih svetovanj) in
2. vsaj 100 enot dela s klienti pod supervizijo (individualna in skupinska supervizija, s tem da se ena enota supervizije šteje za eno uro strokovne dejavnosti), od tega vsaj deset enot individualnih supervizij.

Za strokovno dejavnost v celoti se štejejo naslednje dejavnosti do navedenega maksimuma:

- strokovno svetovanje, spremljanje in mentorstvo v ustreznih praksah ali institucijah – največ 200 ur in
- sodelovanje v skupinah strokovnjakov (»skupine sošolcev« za refleksijo procesa, poglobljanje kurikulumu, diskusijo o literaturi, vaje) - največ 100 ur in
- vodenje ali tehnična pomoč na seminarjih s specifičnimi temami – največ 150 ur in
- obseg predhodnega in naknadnega dela v zvezi z navedenimi dejavnostmi - največ 150 ur.

Opravljen praksa se šteje za strokovno dejavnost, če je vsebina usposabljanja omenjenega praktičnega dela specifična za svetovanje.

Individualna in skupinska osebna izkušnja morata ustrezati zahtevam praktičnega usposabljanja, specifičnega za svetovanje, pri kvalificirani osebi za usposabljanje.

Zahteve glede kvalifikacij učiteljskega kadra za izobraževanje in usposabljanje iz svetovanja pa so naslednje:

1. Oseba za poučevanje metodologije svetovanja v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica življenjski in socialni svetoalec, ki ga izvaja vsaj pet let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
2. Oseba za poučevanje kriznih intervencij v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog, psihoterapevt ali specialist psihiatrije, ki ga izvaja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
3. Oseba za vodenje individualne in skupinske osebne izkušnje v okviru usposabljanja mora biti kvalificirana za opravljanje poklica življenjski in socialni svetoalec, mora imeti opravljenih 250 ur individualne in skupinske osebne izkušnje ali mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog ali psihoterapevt, ki ga opravlja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.
4. Oseba, pri kateri lahko kandidati med usposabljanjem opravijo individualno in skupinsko supervizijo, mora biti kvalificirana za opravljanje poklica

življenjski in socialni svetovalec in mora imeti opravljenih 100 ur dodatnega usposabljanja s področja supervizije ali mora biti kvalificirana za opravljanje poklica klinični psiholog ali psihoterapevt, ki ga opravlja vsaj 5 let in mora opraviti vsaj 16 ur dodatnega usposabljanja na leto.

Usposabljanje poteka na verificirani ustanovi za poklicno usposabljanje. Verifikacijo te ustanove opravlja organ, ki ga je ustanovila Gospodarska zbornica. Ta organ mora tudi izvajati stalne evalvacije ustanov za usposabljanje. Ustanova za usposabljanje mora zagotavljati kvaliteto usposabljanja in opraviti pisne evalvacije usposabljanja.

### **3.3. Sodelovalen in komplementaren odnos med psihoterapijo in svetovanjem**

Avstrija je primer države, kjer je odnos med psihoterapijo in svetovanjem sodelovalen in komplementaren (Bitzer-Gavornik, 2012). Sprejeto je stališče, da so razlike med obema vejama pogovornih oblik pomoči predvsem zgodovinske narave (glede na njun izvor), deloma pa so nastale tudi zaradi uporabe v različnih okoljih (Schlippe in Schweitzer, 2003; Brüggemann, Ehret-Ivanovic in Klütmann, 2014). Psihoterapija se je bolj uporabljala v okviru zdravstvenega varstva, svetovanje pa v okviru socialnega varstva in v delovnih okoljih. Danes se tako psihoterapija kot svetovanje uporabljata v različnih resorjih, ob zdravstvenem in socialno varstvenem resorju tudi v vzgoji in izobraževanju, športu, pravosodju in gospodarstvu (Mönkeberg, 2019). Tako je na primer danes psihoedukativno svetovanje sestavni del psihoterapevtskih obravnav pri raznih duševnih motnjah in telesnih boleznih (Gouzoulis-Mayfrank, 2007; D'Amelio in dr., 2008; Rabovsky in Stoppe, 2008; von Wachter in Hendrichske, 2016).

## **4. Kaj se lahko za normativno ureditev psihoterapije in svetovanja v Sloveniji naučimo iz avstrijskega primera?**

Poglejmo si trinajst možnih naukov, ki jih lahko potegnemo iz do sedaj prikazanega gradiva o normativni ureditvi psihoterapije in svetovanja v Avstriji.

### **4.1. Psihoterapija je samostojen poklic in avtonomna znanstvena disciplina**

Dokler ne bomo v Sloveniji po avstrijskem zgledu psihoterapije opredelili kot samostojen poklic, ne bomo imeli temelja, na katerem bi lahko, glede na obstoječe razmere, gradili smiselno normativno ureditev. Avstrijski primer nam namreč

jasno kaže, da se le tako lahko poveča število psihoterapevtov, saj se poveča interes za izobraževanje iz psihoterapije, poveča se priliv proračunskih sredstev za psihoterapijo in izboljša dostopnost do psihoterapevtskih storitev. Čeprav zakon sam seveda ni magična rešitev za velike probleme in izzive na področju duševnega zdravja, s katerimi se soočajo sodobne družbe (spomnimo se samo pomanjkljivosti, v zvezi s katerimi je ekspertna skupina OECD izdala priporočila za izboljšave (2015)) in čeprav lahko poklicni psihoterapevti k njihovem reševanju prispevajo le majhen del, je ta nepogrešljiv.

Priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica pa hkrati postavi nov okvir izobraževalnim potem. V dvajsetem stoletju so se te poti v veliki meri akademizirale, tako na dodiplomski kot podiplomski stopnji. Psihoterapija danes ni le stroka, temveč tudi samostojna znanstvena disciplina, katere razvoj lahko, kot smo videli na primeru Avstrije, zakon dodatno spodbudi (Laubreuter, 2012, 2018). Kljub temu da pri nas nimamo zakona, pa je že prišlo do akademizacije izobraževanj iz psihoterapije in svetovanja na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici in na SFU Ljubljana, ki jih bo nova normativna ureditev psihoterapije pri nas morala upoštevati in izkoristiti.

#### 4.2. **Neposredni študij psihoterapije takoj po maturi je ključna izobraževalna pot**

V kolikor bi zakonsko opredelili psihoterapijo kot samostojen poklic, bi se med mladimi počeval interes psihoterapijo kot prvi poklic in s tem za vpis v programe izobraževanja iz psihoterapije takoj po maturi. Tudi glede tega so avstrijske izkušnje zgovorne. Novela avstrijskega Zakona namreč kot eno najpomembnejših dopolnitev prinaša potrditev treh (že obstoječih) poti izobraževanja iz psihoterapije: akademsko na fakultetah, edukacijsko po društvih in inštitutih ter kombinacijo obeh poti. Priznali bodo torej novo možnost neposrednega študija psihoterapije na fakultetah, ki jo je kot prva od leta 2005 uvedla SFU, in pa kombinacijo te nove poti s staro, ki še vedno poteka po društvih in inštitutih.

Žal pravna ureditev v Sloveniji ne omogoča, da bi v zakonski ureditvi psihoterapije obstoječe izobraževalne programe po društvih in inštitutih upoštevali kot enakovredne akademskim. Fakultete in njihovi študijski programi gredo namreč skozi zahtevne akreditacijske postopke, ki jih izvaja Nacionalna agencija Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS). Obstoječi zavodi, v katerih potekajo izobraževanja iz psihoterapije, bi zato morali v zakonsko določenem prehodnem obdobju najprej preko akreditacije v okviru NAKVISA dobiti status visokošolskega zavoda/fakultete in nato v naslednjem koraku akreditirati še svoje programe. V kolikor bomo v Sloveniji sprejeli

zakon, bomo torej po prehodnem obdobju, ko bo imel vsak obstoječi zavod priložnost izpeljati svojo akreditacijo, morali kot edino možno pot izobraževanja določiti akademsko pot v okviru fakultet (triletni dodiplomski in dvoletni magistrski študij), kar zahteva tudi novi nemški zakon o psihoterapiji (Možina in dr., 2018b; Drevenšek, 2019). Če bomo sledili avstrijskemu in nemškemu zgledu, se bodo poleg obstoječih možnosti študijev na Teološki fakulteti in SFU Ljubljana, gotovo začele odpirati tudi nove fakultete in novi študijski programi za psihoterapijo.

Debate in raziskave, ki so se ob vprašanju primerne starosti in izkušenosti za študij in izvajanje psihoterapije pokrenile v Avstriji, so pripeljale do tega, da bo novela ukinila starostne omejitve iz starega Zakona. Ker so se tudi v Sloveniji, tako v strokovnih kot laičnih krogih, pokrenile podobne razprave o primerni starosti za študij in izvajanje psihoterapije, nam je lahko tudi v tem oziru njihova novela dober zgled. Skrajni čas je, da še bolj kot do zdaj podpremo možnost študija psihoterapije takoj po maturi. Tudi zato, ker je v zadnjih letih prišlo tudi do presenetljivih empiričnih izsledkov o vplivu starosti terapevtov na izide terapij, ki je prav obraten od prevladujočih prepričanj. Najprej so meta analize pokazale, da starost, podobno kot spol in rasa, ni povezana z izidi terapij (Wampold in Imel, 2015), nato pa se je pokazal celo negativen vpliv starosti. Terapevti so namreč z leti nagnjeni k temu, da začnejo povečevati svojo uspešnost in jo jemljejo za preveč samoumevno. Posledično se zmanjša njihova učinkovitost in pripravljenost za poglobljeno delo s klienti (Goldberg in dr., 2016).

#### 4.3. **Za izvajanje psihoterapije in dobro dostopnost do psihoterapevtskih storitev je potrebno dovolj veliko število psihoterapevtov in drugih strokovnjakov, ki so dodatno usposobljeni za psihoterapijo**

Videli smo, da sta v Avstriji, kljub več kot 11.000 registriranim psihoterapevtkam, obseg in dostopnost do psihoterapevtskih storitev še vedno premajhna, med drugim tudi zato, ker je po raziskavi Sophie Sagerschnig in Aide Tanios (2017) velik del registriranih psihoterapevtk neaktiven. V Sloveniji je, v primerjavi z Avstrijo, ponudba psihoterapevtskih storitev drastično manjša, saj je psihoterapevtov, usposobljenih po kriterijih za samostojen poklic, le okoli 300 (morali pa bi jih imeti okoli 2000, če naj bi izpolnili kriterij SZO - en psihoterapevt na 1000 prebivalcev), obenem pa jih le okoli 50 izvaja psihoterapijo s polnim delovnim časom (natančnih podatkov nimamo, ker nimamo nacionalnega registra).

Glede števila svetovalcev pa izkušnje evropskih dežel z normativno urejenim svetovanjem kažejo potrebo po nekajkrat večjem številu (Bitzer-Gavornik, 2012), tako da bi jih Slovenija potrebovala najmanj 6000. To pa bi bilo približno enako število, kot je aktivnih slovenskih zdravnikov (6838 v letu 2021

(Zdravniška zbornica Slovenije, 2021)). Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev bi, tako kot se je zgodilo v Avstriji, zagotovo močno povečala število psihoterapevtov in svetovalcev.

Koliko pa izvajajo psihoterapevtske storitve drugi strokovnjaki, ki so se dodatno usposobili iz psihoterapije? Zelo malo, saj jih je primanjkuje (Možina in Okorn, 2022). Premalo je psihiatrov in (kliničnih) psihologov (Čoderl Dobnik, 2017), ki trenutno pri nas edini za izvajanje psihoterapije dobijo plačilo iz javnih sredstev. Za večino je psihoterapija obrobna dejavnost ob službi ali pa predstavlja manjši del službenih obveznosti. Tako je na primer le peščica slovenskih psihiatrov po bolnicah in ambulantah usposobljena za psihoterapijo, pa še ti opravljajo v glavnem psihiatrične storitve in le v manjšem obsegu psihoterapevtske. Čakalne dobe za psihoterapijo so tako v javnem zdravstvu od enega leta do dveh (SZO, 2020). Leta 2021 smo imeli registriranih 293 psihiatrov za odrasle (od tega 251 javnih in 42 zasebnih), 61 pedopsihiatrov (53 javnih in 8 zasebnih), 126 kliničnih psihologov (113 javnih in 13 zasebnih) ter 359 psihologov (348 javnih in 11 zasebnih) (Kamenarič, 2021). Obenem pa v Sloveniji nimamo zdravstvenih psihologov, ki jih je v Avstriji veliko in bi lahko tudi pri nas pomembno prispevali k širjenju ponudbe psihoterapevtskih storitev.

Zgovorni so podatki o pomanjkanju strokovnjakov za duševno zdravje v Sloveniji, podani v poročilu misije Regionalnega urada SZO (SZO, 2020). Leta 2017 je imela Slovenija nekaj več kot 1.500 strokovnjakov za duševno zdravje, ki so delali tako v javnem sistemu kot zunaj njega, kar je pomenilo približno 75 na 100.000 prebivalcev: 36,73, torej skoraj polovica (v letu 2020 40,5), je bila medicinskih sester, 12 je bilo psihiatrov (istega leta sta jih imeli Avstrija 19 in Nemčija 27) in 9,3 psihologov. Število psihiatrov je v zadnjih letih naraščalo, a je v primerjavi z drugimi državami še vedno pod evropskim povprečjem. Večina kadra je opravljala delo v psihiatričnih bolnicah, na primer 134 od 215 specialistov psihiatrije ter 17 od 32 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije. Število specialistov klinične psihologije je bilo še nižje (skupaj 96, potrebnih pa bi bilo 300), od tega jih je 40 delalo v bolnišnicah.

Tako je poleg pomanjkanja strokovnjakov drugi veliki problem prevelika koncentracija specialistov v psihiatričnih bolnišnicah in njihovo pomanjkanje na primarni ravni zdravstvenega varstva. Le 44 psihiatrov, 9 specialistov otroške in mladostniške psihiatrije in 46 specialistov klinične psihologije je delalo na primarni ravni (v zdravstvenih domovih). Od 54 specializantov psihiatrije jih je 48 delalo v bolnišnicah in le 6 v zdravstvu na primarni ravni. Od 22 specializantov otroške in mladostniške psihiatrije pa jih je bilo v bolnišnicah zaposlenih 13 in zgolj 9 v zdravstvu na primarni ravni. Specialisti, ki so delali v specializiranih ustanovah za duševno zdravje ali na bolnišničnih oddelkih, so pogosto

opravljali dodatno pogodbeno delo v drugih zdravstvenih ustanovah. Od 191 specialistov, ki so delali v specializiranih psihiatričnih bolnišnicah ali na psihiatričnih oddelkih, jih je imelo 128 podpisane pogodbe o izvajanju storitev tudi v drugih zdravstvenih ustanovah, večinoma na primarni ravni, kar kaže, da je bila v zdravstvu na primarni ravni velika potreba po specialistih. (SZO, 2020)

Pomanjkanje in slaba razporeditev drugih strokovnjakov, ki bi lahko nudili psihoterapevtske storitve, sta samo še dodatna razloga, da je potrebno čimprej slediti avstrijskemu zgledu ter zakonsko urediti psihoterapijo kot samostojen poklic in s tem podpreti že obstoječo pot akademskega izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic. Ob velikem pomanjkanju poklicnih psihoterapevtov lahko le zakon dovolj poveča njihovo število in z več kot tridesetletnim zaostankom končno le vključi psihoterapevte in svetovalce v javno mrežo strokovnjakov, ki pomagajo preko pogovora oziroma preko t. i. »pogovornih terapij« (Marx, Benecke in Gumz, 2017).

#### 4.4. **Za normativno ureditev psihoterapije in integracijo skrbi za duševno zdravje je nujno medresorsko sodelovanje**

V organizaciji ministrstev lahko opazimo pomembno razliko med avstrijsko in slovensko ureditvijo. Pri nas je ministrstvo za zdravje ločeno od ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, v Avstriji pa so socialne zadeve in socialno varstvo, zdravje ter zaščita uporabnikov pod okriljem enega ministrstva. Ker je za kvalitetno normativno urejanje psihoterapije in nasploh duševnega zdravja nujno medresorsko sodelovanje med področji zdravstva in socialnega varstva (pa tudi vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja ter gospodarstva), se je kot eden glavnih problemov pri dosedanjih poskusih priprave slovenskega zakona o psihoterapiji pokazal prav razcep med zdravstvom in socialo, ki je v Avstriji, tudi zaradi drugačne strukture ministrstev, manjši.

Izrazito se je razcep pokazal že pri odlaganju sprejetja Zakona o duševnem zdravju, ki naj bi prinesel predvsem boljšo usklajenost obeh področij. Ko je bil z večletno zamudo, leta 2008, končno le potrjen, se je takoj pokazalo, da še naprej ohranja primat psihiatričnih bolnic in s tem utečene denarne tokove<sup>10</sup>, ki onemogočajo učinkovito financiranje in širitev t. i. »skupnostne psihiatrije« oz. »skupnostne skrbi« (Možina, 2004; Bregar in Peterka Novak, 2011; Švab in Švab, 2013; Možina in Okorn, 2022). Ta bi morala po evropskih smernicah postati temelj kvalitetne skrbi za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi težavami, bolnišnična

10 Poleg neusklajenega finančnega načrtovanja izdatkov ministrstva za zdravje in ministrstva za socialo je druga težava povezana z mehanizmi za poplačila izvajalcev storitev, ki so osredotočeni na količino namesto na kakovost. Tako se na primer na ravni bolnišnice opravi plačilo za vsak obravnavani primer, pri tem pa niso upoštevani kazalniki kakovosti ali uspešnosti (SZO, 2020).

oskrba pa le majhen del v okviru skupnostne skrbi (Semrau in dr., 2011). Čeprav Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) (v nadaljevanju Resolucija), ki jo je sprejel Državni zbor 27. marca 2018, poziva k preusmeritvi sredstev v skupnostno skrb, je večji delež sredstev še vedno namenjen psihiatričnim bolnišnicam in zavodom za dolgotrajno oskrbo. Približni deleži posameznih izdatkov za duševno zdravje v Sloveniji leta 2020 so namreč bili: psihiatrične bolnišnice 40–60 %, skupnostne storitve na področju duševnega zdravja 21–40 %, oskrba na področju duševnega zdravja v splošnih bolnišnicah 6–10 %, oskrba na področju duševnega zdravja na primarni ravni 6–10 % in promocija duševnega zdravja manj kot 5 % (SZO, 2020).

Tako tudi Resolucija, v kateri je eden od strateških ciljev medresorska normativna ureditev psihoterapije in svetovanja, zaenkrat ni prinesla premostitve velikih prepadov, ki med ministrstvi še bolj izrazito kot običajno zavezajo vedno znova takrat, ko bi se naj lotili usklajenih ukrepov za varovanje duševnega zdravja in drugih medresorskih problemov, kot je npr. dolgotrajna oskrba ali varstvo starejših. Jalova tolažba nam je lahko le to, da nismo edini s takimi problemi. Dovolj je, da pogledamo na Hrvaško, kjer se psihoterapevti po sprejetju zakona o psihoterapiji leta 2018 pod okriljem Ministrstva za socialne zadeve (Možina in dr., 2018b; Prevendar, 2018, 2019) soočajo z zaprtostjo zdravstvenega sistema in ministrstva za zdravje, kjer imajo, ko gre za duševno zdravje, glavno besedo psihiatri in klinični psihologi (Morović, 2022). Tem pa so poklicni psihoterapevti trn v peti ter jih nikakor nočejo priznati kot strokovno enakovredne in komplementarne sodelavce.

#### 4.5. **Sodelovanje med različnimi strokovnjaki in službami za duševno zdravje je ključnega pomena za preprečevanje fragmentacije**

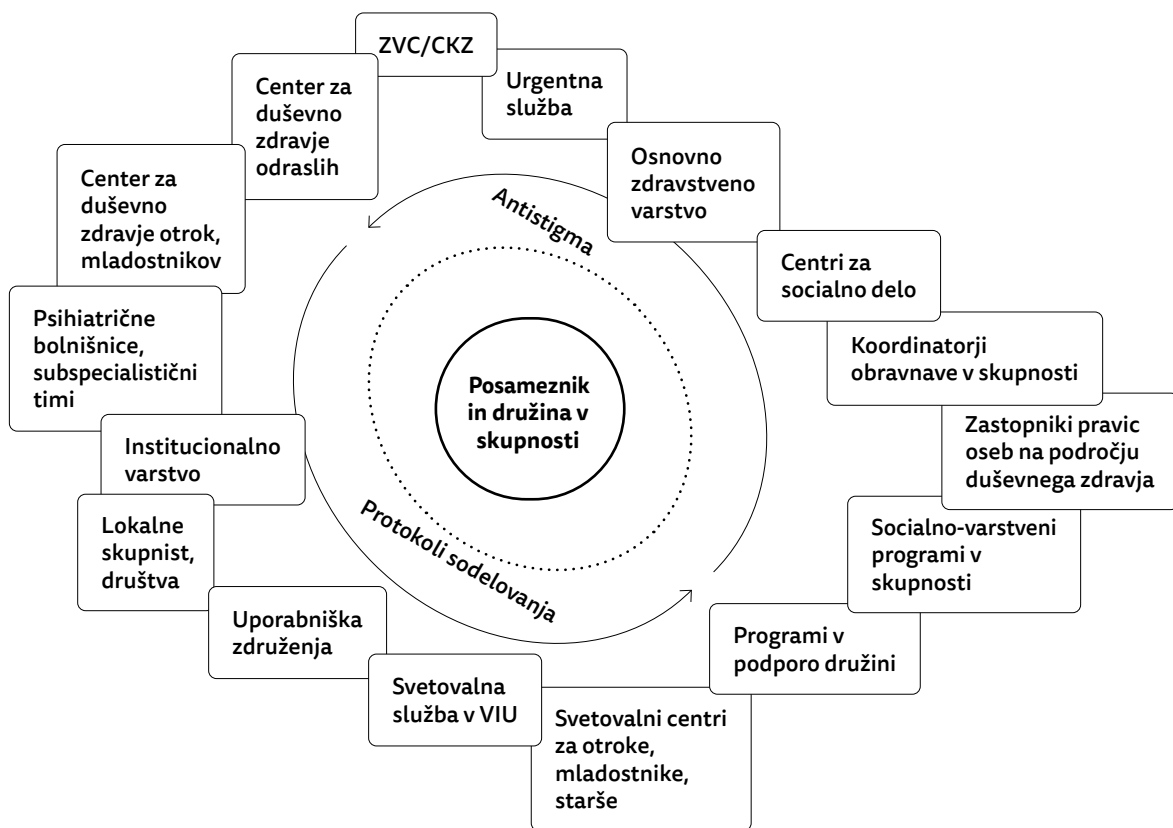
Ob vse večji profiliranosti in (sub)specializaciji zdravstvenih in socialno varstvenih storitev je tudi na področju varovanja duševnega zdravja ena od splošnih težav fragmentacija, ki se ji tudi Avstrija kljub veliko večji razvitosti v primerjavi s Slovenijo, ni mogla izogniti. Ko se posamezni strokovni profili, npr. splošni zdravniki, psihiatri, (klinični) psihologi, psihoterapevti, socialni delavci, svetovalci, pedagogi, velikokrat zapirajo v svoje stolpe, ne bi smeli pozabiti, da število ljudi, ki potrebujejo pomoč za povrnitev ali ohranjanje duševnega zdravja, skokovito narašča. Tudi avstrijske statistike kažejo ta trend, ki je žal globalen. Dela je torej več kot dovolj za vse, zato je nesmiselno in celo škodljivo za posamezne stroke, službe, družbene sektorje kot tudi za družbo kot celoto, če katerakoli poklicna skupina ali služba poskuša izrivati druge ali se postavljati v privilegiran položaj.



V preprečevanju negativnih učinkov fragmentacije je pomembno nenehno spodbujati integracijo znotraj preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih obravnav ter med njimi, razvijati multidisciplinarne in medsektorske time ter sodelovanje na mikro (med posameznimi strokovnjaki), mezo (med službami, organizacijami in ustanovami) in makro ravni (med različnimi ministristvi oz. resorji). Ko pogledamo, koliko služb se po Sloveniji ukvarja z duševnim zdravjem na regionalni ravni, se jasno pokaže potreba po njihovem mreženju (glej sliko 1) (Vinko in dr., 2019, str. 19). Za vsako od njih velja, seveda tudi za tiste, ki nudijo psihoterapevtske storitve, da bodo učinkovite le, v kolikor bodo delovale usklajeno s širšo mrežo.

Slika 1

Regionalna mreža služb za duševno zdravje



Le medresorsko usklajena ureditev psihoterapevtske dejavnosti in njena umestitev v mrežo služb za duševno zdravje, ki bi jo v sedanji postavitvi slovenskih ministrstev lahko pripravila medresorska delovna skupina, bi lahko zmanjšala fragmentacijo znotraj strok in med njimi preko integracije obravnav, ki jih opravljajo različni strokovni profili na spektru od preventive preko zdravljenja do dolgotrajne oskrbe.

#### 4.6. **Za kvalitetno opravljanje psihoterapije morajo biti zdravniki, psihiatri in (klinični) psihologi dodatno usposobljeni**

Na primeru Avstrije, ki je za zdravnike razvila usposabljanje iz psihoterapevtske medicine, kot tudi Nemčije (DGPPN, 1997; BPTK, 2017), kjer se lahko vsak zdravnik odloči za specializacijo iz psihoterapije, lahko vidimo, kako je možno na podlagi zakonov in pravilnikov zdravnikom predpisati dodatno izobraževanje, s katerim za kvalitetnejše delo s pacienti z duševnimi motnjami pridobijo ustrezna psihoterapevtska znanja in veščine, saj so brez njih veliko manj učinkoviti ter glede na izračun stroškov in koristi za družbo veliko dražji. V obeh državah se že desetletja ne sprašujejo več, ali bi psihiatri (in seveda tudi psihologi) morda vseeno lahko opravljali psihoterapijo brez ustreznega dodatnega usposabljanja po standardih psihoterapije kot samostojnega poklica, kot se to dogaja pri nas in na Hrvaškem, kjer so psihiatri in psihologi kljub zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica izsilili poseben položaj (Možina in dr., 2018b; Morović, 2022). Na ta način so okrepili razcep med po njihovem mnenju manjvredno psihoterapijo, ki se lahko opravlja pod okriljem ministrstva za socialne zadeve, in večvredno psihoterapijo, ki jo opravljajo sami v zdravstvenih ustanovah pod okriljem ministrstva za zdravje. Temu bi se morali v Sloveniji vsekakor izogniti.

Tudi zato, ker avstrijski primer ponuja še en pomemben nauk. Kljub izboljšavam, ki jih je v Avstriji prineslo usposabljanje iz psihoterapevtske medicine, se namreč način psihoterapevtske obravnave, ki jo izvajajo psihiatri in zdravniki s PSY-3 diplomom, zelo razlikuje od tiste, ki jo izvajajo poklicni psihoterapevti. Večina avstrijske medicinske psihoterapije je namreč enkratna intervencija, ki je ni mogoče primerjati s strokovno korektno izvedeno psihoterapijo. Iz tega je moč sklepati, da bi bila tudi v Sloveniji normativna ureditev psihoterapije, ki bi v okviru zdravstva omogočila izvajanje psihoterapevtske dejavnosti samo zdravnikom, psihiatrom in (kliničnim) psihologom z opravljenim dodatnim izobraževanjem iz psihoterapije, le delna rešitev, saj jih primanjkuje in za izvajanje psihoterapije ne bi imeli časa, kot ga nimajo že v obstoječem sistemu.

Podobno kot v Avstriji tudi pri nas večina ljudi z duševnimi težavami in motnjami najprej poišče pomoč pri splošnih zdravnikih oz. zdravnikih družinske medicine (Rifel in dr., 2008). Njihovo pomanjkanje je eden glavnih problemov

na ravni osnovnega zdravstvenega varstva (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2021) in med glavnimi razlogi za dolge čakalne dobe (Rotar Pavlič, Švab in Brinovec Pribakovič, 2015; OECD, 2019; Zabukovec, 2020) ter pomanjkljivo preventivno in kurativno delo na področju duševnega zdravja (Kersnik in dr., 2009; Poplas Susič, Kersnik in Kolšek, 2010; Farkaš Lainščak, Buzeti in Maučec Zakotnik, 2015; Farkaš Lainščak, 2016). Zato je nujno čimprej zagotoviti, da v sistemu zdravstvenega varstva (in seveda tudi v sistemu socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja in gospodarstva) dobijo svoje mesto tudi poklicni psihoterapevti in svetovalci, ki bodo poleg ustrezne usposobljenosti lahko ponudili uporabnikom kaj več kot enkratne ali posamezne intervencije (Možina, 2008).

#### 4.7. **Zbornica psihoterapevtov z obveznim članstvom je najvišji strokovni organ za urejanje psihoterapevske poklicne dejavnosti**

Kot sem že omenil, se je z leti v Avstriji pokazala pomanjkljivost, da je Zakon vsa ključna pooblastila za urejanje področja psihoterapije dal Psihoterapevskemu svētu in ne Zbornici psihoterapevtk, ki nima obveznega članstva in ima zato zelo omejen vpliv, kar bodo popravili v noveli Zakona. Iz tega se lahko naučimo, kako pomembno je obvezno članstvo v Zbornici, da bi lahko izvajala najvišjo strokovno funkcijo urejanja psihoterapevske poklicne dejavnosti. Le v tem primeru pogoje za njeno delo zagotavlja država, saj zbornica nalog ne izvršuje le v interesu svojih članov, ampak tudi v javnem interesu. Z obveznim članstvom se namreč zagotavlja njena reprezentativnost (vsi psihoterapevti so njeni člani), kar ji omogoča lažji dialog z državo in s tem stabilnost pri urejanju medsebojnih razmerij, vključno s financiranjem, zlasti s financiranjem izvajanja javnih pooblastil. Slednje je poleg z zakonom določene obveznosti plačevanja članarin ključni vir njene trajnosti in stabilnosti. Na ta način se poleg ene od osnovnih nalog zbornice, namreč da štiti poslovne in strokovne interese svojih članov, zagotavlja tudi varstvo pravic posameznikov, ki so jim dejavnosti, za katerih nemoteno zagotavljanje se Zbornica ustanovi, v prvi vrsti tudi namenjene (klienti, pacienti oziroma uporabniki psihoterapevtskih storitev).

Ker poklicne zbornice v Sloveniji v prvi vrsti izvirajo iz društvene organiziranosti, ki je še posebej ključna za področje psihoterapije, saj so se zaradi (pre)dolge odsotnosti normativne ureditve tega področja ustanovila močna društva, zasebni zavodi in druge oblike nevladnih organizacij ter njihova združenja in druge oblike povezovanja, bi bilo prav, da bi se ta pestrost ohranila v organiziranosti Zbornice (enakopravna zastopanost vseh oblik civilnodružbene organiziranosti psihoterapevtov) na eni strani, in v možnosti njihovega nadaljnega obstoja tudi po zakonko določenem prehodnem obdobju, na drugi. Za društva, ki imajo

danes organizirano izobraževanje, in ki bi se po sprejetju zakona ne želela ali ne zmogla vključiti v akademski študij psihoterapije, bi bilo mogoče in zato tudi treba uzakoniti možnost za njihovo vključitev v sistem dodatnega in rednega usposabljanja psihoterapevtov v okviru Zbornice.

#### **4.8. Pomembno je povečati obseg in dostopnost nizkopražne psihoterapije**

Avstrijsko ministrstvo za delo, socialo, zdravje in varstvo uporabnikov v svojih pripravah novele Zakona upošteva empirično podprto dejstvo o učinkovitosti t. i. »nizkopražne psihoterapije« pri obravnavi blažjih in zmernih duševnih motenj. Zato nameravajo v sistemu financiranja več sredstev nameniti zanjo, kajti tudi sami imajo podoben problem kot v Sloveniji, namreč obrnjeno piramido financiranja, tako da največ sredstev porabijo za bolnišnične in specialistične storitve, premalo pa za univerzalno, selektivno in indicirano preventivo ter zgodnje prepoznavanje znakov duševnih motenj in njihovo zgodnje zdravljenje. Povečanje obsega nizkopražne psihoterapije bi pomembno pripomoglo k obračanju piramide. Nedavna slovenska raziskava na neslučajnostnem, priročnem vzorcu 300 oseb, je na primer pokazala, da kljub temu, da pri nas prevladuje medikalizacija varstva duševnega zdravja, se večina ljudi z blažjimi in zmernimi duševnimi motnjami najpogosteje obrne po pomoč k psihoterapevtu (Mijatović, 2018). To pomeni, da bi tudi pri nas morali povečati obseg in dostopnost nizkopražne psihoterapije.

Hkrati ne smemo pozabiti, da je avstrijsko ministrstvo za zdravje hkrati pristojno za področje sociale in dela, kar pomeni, da imajo namen uvajati nizkopražno psihoterapijo tudi na področjih socialnega varstva in varstva duševnega zdravja na delovnih mestih. Pomembno je, da podobno rešitev uvedemo tudi v Sloveniji, s tem da je potrebno vključiti tudi področja vzgoje in izobraževanja, športa, pravosodja in gospodarstva kot izjemno pomembnih za uvajanje nizkopražne psihoterapije in svetovanja.

#### **4.9. Psihoterapija mora biti enakomerno dostopna tako v mestih kot na podeželju**

Ne samo v Avstriji, temveč tudi po drugih evropskih državah, vključno s Slovenijo, je tipična večja gostota psihoterapevtov po mestih v primerjavi s podeželjem, pa naj imajo države zakon o psihoterapiji ali ne. Normativna ureditev psihoterapije pri nas bi zato morala postaviti temelje za zagotavljanje enakomerne dostopnosti psihoterapevtskih storitev in naložiti Zbornici psihoterapevtov odgovornost za realizacijo enakomernega razvoja mreže psihoterapevtov po celi Sloveniji.

#### 4.10. **Za znanstveno priznavanje psihoterapevtskih pristopov skrbi zbornica psihoterapevtov**

Ko so se po sprejetju Zakona leta 1990 v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje začeli postopki verifikacije psihoterapevtskih pristopov, so bile zahteve preverjanja o njihovi znanstvenosti in učinkovitosti v praksi v skladu s takratno stopnjo razvitosti psihoterapije, ki je bila seveda precej nižja kot danes. Tako si lažje razložimo presenetljivo veliko število pristopov, iz katerih se lahko danes v Avstriji kandidati za psihoterapevtski poklic izobražujejo in jih po pridobitvi licence izvajajo v praksi. Razumljive pa so tudi napovedi povezane z novelo Zakona, da bodo glede na višje sodobne kriterije znanstvenosti nekateri že priznani pristopi težko obnovili verifikacijo. Za slovenske razmere se nam zdi najustreznejše, da odgovornost za znanstveno verifikacijo pristopov prevzame Zbornica psihoterapevtov. Pri tem si bo lahko pomagala z obsežnimi gradivi, ki so jih za znanstveno priznanje določeni pristopi v tujini že oblikovali, pa tudi z njihovimi razdelanimi kriteriji in postopki za verifikacijo. Predvsem nemška gradiva, ki so jih različni pristopi pripravili za priznanje na t. i. Znanstvenem svétu za psihoterapijo, izstopajo po svoji obsežnosti in temeljitosti (Nübling, 2008).

#### 4.11. **Akademizacija je ključnega pomena za intenziviranje raziskovanja psihoterapije**

Še veliko bolj kot v Avstriji je raziskovanje psihoterapije po družtvih in inštitutih pri nas slabo razvito (Šugman Bohinc in Kobal, 2003), medtem ko je že dosedanja akademizacija izobraževanj v Sloveniji vnesla, podobno kot je fakultetno izobraževanje v Avstriji, veliko pozitivitev (predvsem v okviru doktorskega študija relacijske zakonske in družinske terapije na Teološki fakulteti in v okviru programa psihoterapevtske znanosti na SFU Ljubljana) (Cvetek, 2005; Okorn, 2014; Možina, 2016). Kot pričakujejo glede posledic novele Zakona v Avstriji, ki bo še bolj spodbudila akademizacijo, lahko podobno pričakujemo tudi pri nas, ko bomo normativno določili akademsko pot izobraževanja kot edino možno.

#### 4.12. **Glede na pretirano porabo psihofarmakov ter glede na stroške in koristi je nujno povečanje javnega financiranja psihoterapije**

V prikazu normativne ureditve v Avstriji sem namerno relativno veliko prositora namenil prikazu finančnih tokov, ki so pomembni za razumevanje razvoja psihoterapevtske dejavnosti ter problemov in možnih rešitev, ki so s tem povezani. Čeprav je sprejetje zakona šele osnova za urejanje financiranja s strani zavarovalnic, predvsem tistega dela, ki gre iz javnih sredstev, pa je iz avstrijskega primera popolnoma jasno, da lahko le normativna ureditev psihoterapije kot poklicne dejavnosti bistveno poveča priliv javnega financiranja.

Za boljšo ureditev sistema varovanja duševnega zdravja pa je pomembno tudi upoštevati, da je na podlagi zgoraj prikazanih finančnih analiz psihoterapija v primerjavi z uporabo psihofarmakov kot David napram Goljatu:

- celo v psihoterapevtsko tako razviti državi, kot je Avstrija, je predpisovanje antidepresivov, antipsihotikov in pomirjeval veliko bolj razširjeno kot psihoterapija, tako da so stroški psihoterapije še vedno majhni v primerjavi z izdatki za hospitalno ali psihofarmakološko zdravljenje;
- ko je govora o visokih stroških psihoterapije, se večkrat namerno zanemarija dejstvo, kako veliko dražja je psihofarmakoterapija, še posebno za tiste kliente, za katere je indicirana nizkoprazna psihoterapija in je izključno zdravljenje s psihofarmaki škodljivo;
- naraščanje porabe psihofarmakov v vseh starostnih skupinah brez sočasnega večanja raznolikih in dostopnih oblik psihosocialne pomoči, med njimi tudi psihoterapije, je več kot zaskrbljujoče. Tako je ob pandemični medikalizaciji varovanja duševnega zdravja tudi na podlagi avstrijskega primera jasno, kako absurdno je govoriti o nevarnosti prevelikega števila psihoterapevtov, ki bodo ljudem vsiljevali »psiho« oblike pomoči tudi takrat, ko jo ne bodo potrebovali. Da je strah pred »psihoterapizacijo« v Sloveniji odveč, kaže nazorno prav avstrijski primer, kjer je kljub več kot 11.000 registriranim psihoterapevtom obseg in dostopnost do psihoterapevtskih storitev še vedno premajhen.

Če se bodo komu, predvsem bodočim slovenskim političnim odločevalcem o slovenskem zakonu o psihoterapiji, zdeli avstrijski izdatki za psihoterapijo in njihov naraščajoči trend razlog (ali izgovor), da si Slovenija javnega, proračunskega financiranja psihoterapevtskih storitev ne more privoščiti, pa je zgovorna primerjava, da je leta 2000 skupni strošek psihoterapevtskih storitev predstavljal le 20% od vsote, ki je bila v istem letu v Avstriji porabljena za psihotropna zdravila (Hrabcik in Katschnig, 2003). Študije stroškov in koristi ter metanalitične primerjave učinkovitosti psihoterapije in psihofarmakoterapije pa nikakor ne govorijo v prid medikalizaciji obravnave duševnih motenj, temveč potrjujejo smiselnost večjega vlaganja v psihoterapijo (glej npr. Chiles, Lambert in Hatch, 1999; Fava in Sonino, 2000; Hunsley, 2003; Myhr in KristaPayne, 2006; De Maat in dr., 2007; Kächele in Pirmoradi, 2009; Berg in dr., 2011; Anne Dezetter in dr., 2013; Gusner, 2016; Kamenov in dr., 2016).

V Sloveniji nimamo podatka, koliko proračunskih sredstev gre za psihoterapijo, imamo pa natančne podatke o stroških porabe zdravil. Zdravila, ki delujejo na živčevje (razdeljena so v sedem skupin), so na drugem mestu, takoj za zdravili za boleznir srca in ožilja. Po podatkih za leto 2020 so bili stroški za ambulantno predpisana zdravila za živčevje 67.501.413,00 evrov, za bolnišnično zdravljenje pa nekaj več kot 7 milijonov evrov (Kostnapfel in Albrecht, 2021ab). Izdanih je

bilo skoraj 3,6 milijonov receptov, največ za analgetike (39,7 %), psiholeptike (27,4 %) ter psihoanaleptike (21 %). Povprečna vrednost na en recept je znašala 18,8 EUR, na 1.000 prebivalcev je bilo predpisanih 1771 receptov, leto prej 1.651 receptov, največ iz skupine analgetikov (675 receptov/1000 prebivalcev), sledijo psiholeptiki (anksiolitiki, hipnotiki in sedativi) (470 receptov/1000 prebivalcev) ter psihoanaleptiki (antidepresivi) (361 receptov/1000 prebivalcev). Skupno je opioide prejemale 6,0 %, anksiolitike 6,9 %, hipnotike in sedative 3,0 % ter antidepresive 7,3 % populacije. Predpisanih je bilo 118.929.386 dnevni odmerkov, to je 154,7 dnevni odmerkov na 1000 prebivalcev na dan. Največ dnevni odmerkov na 1000 prebivalcev na dan je bilo predpisanih v skupini psihoanaleptikov ter psiholeptikov.

Če bi v Sloveniji porabili za psihoterapijo 20% od stroškov za zdravila za živčevje (skupni stroški ambulantno predpisanih in bolnišničnih so 74,5 milijonov evrov), bi to znašalo okoli 15 milijonov evrov. Tudi po uvedbi proračunskega financiranja bi torej ostali izdatki za psihoterapijo, podobno kot v Avstriji, v primerjavi s tem, koliko pobere farmacevtska industrija, relativno majhni.

#### 4.13. **Poleg zakonske ureditve psihoterapije in svetovanja je potrebna tudi zakonska ureditev psihološke dejavnosti**

Avstrija nam je lahko dober zgled tudi glede zakonske ureditve psihološke dejavnosti. Spomnimo se namreč, da so leta 1990 zakona o psihoterapevtski in psihološki dejavnosti sprejeli istočasno. Tej dobri izkušnji smo poskušali slediti že leta 2006, ko nam je v sodelovanju z Društvom psihologov na Ministrstvu za zdravje uspelo pokreniti vzporedni proces za oblikovanje osnutkov obeh zakonov v dveh ločenih, a usklajenih delovnih skupinah (Možina in Bohak, 2008). Žal sta oba predloga leta 2010 ostala v ministrovem predalu, vendar pa bi bila strategija vzporednega dela na normativni ureditvi obeh področij po avstrijskem zgledu še vedno smiselna in plodna, saj se veliko vsebin prekriva in dopolnjuje.

## 5. **Sklep**

Eden večjih pozitivnih političnih premikov na področju skrbi za duševno zdravje v zadnjih letih je bilo sprejetje Resolucije (Vinko in dr., 2019; Mikuž in Zupančič, 2020), ki je med drugim prinesla tudi obvezo, da se oblikuje zakon o psihoterapiji kot projekt treh ministrstev, poleg zdravstva še šolstva in socialnega varstva (Možina in Kosovel, 2017; Možina in dr., 2018a; Možina in dr., 2020). Marca 2018 je bila oblikovana obsežna Delovna skupina, ki naj bi pripravila nov osnutek zakona. V njej pa se je takoj pokazalo izrazito odklonilno stališče psihologov in psihiatrov, ki delujejo v okviru zdravstva, z Združenjem

psihoterapevtov Slovenije (ZPS), Zbornico kliničnih psihologov, Društvom za vedenjsko kognitivno terapijo ter Razširjenima strokovnima kolegijema za psihiatrijo in klinično psihologijo na čelu, do sodelovanja s psihoterapevti, ki delujemo izven zdravstva. Ovirali so delo Delovne skupine in preprečili nadaljnje skupne aktivnosti na področju normiranja psihoterapije kot samostojnega poklica. Izkazalo se je tudi, da Ministrstvo za zdravje nima interesa, da bi normiralo področje psihoterapije in se kljub priporočilom SZO (SZO, 2020), naj se zakonsko uredi psihoterapijo tako, da bo tudi psihoterapevtom, ki zaenkrat delujemo izven zdravstva, omogočeno opravljanje zdravstvenih storitev, izgovarja na neusklajenost znotraj stroke.

V ZPS so od prvega osnutka zakona v letu 2010, h kateremu so veliko prispevali (Možina in Bohak, 2008), ključno spremenili svoje takrat pozitivno stališče do sprejetja zakona, ki je danes, poenostavljeno povedano, sledeče: »Zakona ne potrebujemo, psihoterapija je le za klinične psihologe, psihiatre in zdravnike, poklicnim psihoterapevtom izven zdravstva, še posebno tistim, ki se izobražujejo za psihoterapijo kot prvi poklic, pa ne priznavamo usposobljenosti za psihoterapevtsko delo. Zakon ni potreben tudi zato, ker smo področje psihoterapije že uredili, saj smo v program specializacije iz klinične psihologije zapisali, da mora specializant klinične psihologije zaključiti tudi edukacijo iz enega od psihoterapevtskih pristopov po našem izboru.« Ta izbor (glej Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, 2021) pa seveda izključuje vse tiste v Sloveniji uveljavljene psihoterapevtske šole in pristope, ki se zavzemamo za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica.

In kakšne so rešitve, za katere ni potrebno, da odkrivamo toplo vodo, temveč se lahko preprosto učimo od Avstrijcev? Pripraviti moramo zakon o psihoterapiji s standardi in normativi za akademsko pot izobraževanja, na tej podlagi uzakoniti samostojen poklic psihoterapevta, ustanoviti zbornico psihoterapevtov kot najvišji strokovni organ in v prehodnih določbah zagotoviti blag in postopen prehod v nov sistem, v katerem se bo obstoječim poklicnim psihoterapevtom in vsem drugim strokovnjakom z dodatno psihoterapevtsko izobrazbo po merilih za samostojen poklic (zdravnikom, psihiatrom, (kliničnim) psihologom, socialnim delavcem, pedagogom idr.) priznala dosežena izobrazba, edukantom omogočil zaključek študija po starem sistemu, dosedanjim učiteljem in supervizorjem v psihoterapevtskih izobraževanjih pa odprle možnosti za poučevanje novih generacij psihoterapevtov. Veliko nalog torej, ki pa jih brez sprejetja zakona po avstrijskem in nemškem zgledu ne bomo mogli izpeljati. Če ne bomo pohiteli, bomo še naprej ostajali desetletja za razvojem psihoterapije v teh državah, in ne samo to, naš zaostanek se bo iz leta v leto samo še skokovito večal.



6.

## **Izjava avtorja**

V skladu z uredniško politiko in etiko objavljanja Slovenske revije za psihoterapijo Kairos izjavljam, da sem bil član Delovne skupine za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji, ki je bila marca 2018 imenovana s strani Ministrstva za zdravje. V njej sem si kot zastopnik Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda prizadeval za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica. Izjavljam, da v tem članku ne navajam informacij, ki bi enostransko, tendenciozno poudarjale moj interes v Delovni skupini, temveč sem na osnovi relevantnih strokovnih in znanstvenih informacij poskušal uravnovešeno utemeljiti smiselnost normativne ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica.

## Viri

- Berg, M. v. d., Smit, F., Vos, T. in Baal, P. H. M. v. (2011). Cost-Effectiveness of Opportunistic Screening and Minimal Contact Psychotherapy to Prevent Depression in Primary Care Patients. *PLoS ONE*, 6(8), 1-7.
- BGBI (1990). Nr. 360/1990: 360. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz). Pridobljeno s: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990\\_361\\_o/1990\\_361\\_o.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_o/1990_361_o.pdf)
- BGBI (2013). Nr. 182/2013: 182. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20008552>
- Bitzer-Gavornik, G. (2012). Lebens- und Sozialberatung in Österreich. *Facultas*.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42(9), 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije. *Ampak*, 7(4), 38-40.
- Braakman, D. (2016). Historical Paths in Psychotherapy Research. V O. Gelo, A. Pritz in B. Rieken, B. (ur.), *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome* (str. 39-65). Springer Verlag GmbH.
- Bregar, B. in Peterka Novak, J. (2011). *Skupnostna psihiatrična obravnava*. Zbornica zdravstvene in babiške nege.
- Brüggemann, H., Ehret-Ivankovic in Klütmann, C. (2014). *Systemische Beratung in fünf Gängen: Ein Leitfaden*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (1990). *Ansuchen auf Anerkennung als psychotherapeutische Ausbildungseinrichtung gemäß § 7 Psychotherapiegesetz, BGBl.Nr. 361/1990*.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2014). *Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen*. BMASGK.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) (2019). *Depressionsbericht Österreich Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. BMASGK.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Österreichischer Schizophreniebericht 2008*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013). *AD(H)S Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung Bericht*. Bundesministerium für Gesundheit.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2017). *Psychotherapie-Richtlinie*. BPTK.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J. in Hatch, A. L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.
- Cvetek, R. (2005). Trends and Problems in Marital and Family Therapy Research: Possible Use of Action Research. *Horizons of Psychology*, 14(4), 43-60.
- Čoderl Dobnik, S. (2017). Na 100.000 prebivalcev le trije psihologi. Priboljeno s: <http://www.primorske.si/novice/slovenija/-na-100-000-prebivalcev-le-trije-psihologi>
- D'Amelio, R., Reitz, W., Philipsen, A. in Rösler, M. (2008). *Psychoedukation und Coaching ADHS im Erwachsenenalter: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Urban & Fischer.
- Datler, W., Hochgerner, M., Korunka, C., Löffler-Stastka, H. in Pawlowsky, G. (2021). Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *Psychotherapie Forum*, 25, 7-21.
- De Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J. in De Jonghe, F. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harvard Rev Psychiat*, 15(6), 289-300.

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (1997). *Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland: Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung*. Springer.
- Dezetter, A., Briffault, X., Lakhdar, C. B. in Kovess-Masfety, V. (2013). Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 161-177.
- Drevenšek, M. (2019). V Nemčiji z novim zakonom redefinirali poklic psihoterapevta in uvedli študij psihoterapije po maturi. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(3-4), 347-355.
- Eurostat (2017). Number of psychiatrists: how do countries compare? Pridobljeno s: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>
- Farkaš Lainščak, J., Buzeti, T. in Maučec Zakotnik, J. (2015). *Zaključki ocene potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle. Poročilo izsledkov kvalitativnih raziskav in stališč strokovnih delovnih skupin. Skupaj za zdravje*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki\\_ocene\\_potreb\\_uporabnikov\\_in\\_izvajalcev\\_preventivnih\\_programov\\_za\\_odrasle.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/zakljucki_ocene_potreb_uporabnikov_in_izvajalcev_preventivnih_programov_za_odrasle.pdf)
- Farkaš Lainščak, J. (2016). *Ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle: Ključni izsledki kvalitativnih raziskav in stališča strokovnih delovnih skupin*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno s: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-LGFYU3MS/40fe463c-7a46-47a9-9176-abc6f4a12d64/PDF>
- Fava, G. in Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.
- Fiegl, J. (2016). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije*. Sigmund Freud University Press.
- Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht: Grundlagen und Praxis, Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie*. Steinkopff Verlag
- Gelo, O. G. C. in Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. V A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter in B. Rieken (ur.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (str. 57-84). Pabst Science Publishers.
- Gelo, O., Pritz, A. in Rieken, B. (2016). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Springer Verlag GmbH.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. in Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1-11.
- Grabenhofer-Eggerth, A. in Sator, M. (2020). *Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung von Psychotherapie als Leistung der sozialen Krankenversicherung mit einem Sonderkapitel zur Verordnung von Psychopharmaka*. Gesundheit Österreich. Pridobljeno s: [https://jasmin.goeg.at/1522/1/PT-Inanspruchnahme%20und%20Finanzierung%20Version%202020\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/1522/1/PT-Inanspruchnahme%20und%20Finanzierung%20Version%202020_bf.pdf)
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) in Salzburg Sickness Fund (»Salzburger Gebietskrankenkasse« – SGKK) (2011a). *Psychotherapy in Austria*. SV in SGKK.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) in Salzburg Sickness Fund (»Salzburger Gebietskrankenkasse« – SGKK) (2011b). *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt »Psychische Gesundheit«*. Abschlussbericht. SV in SGKK.
- Heidegger, K. E. (2017). *The Situation of Psychotherapy in Austria*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).
- Hofmarcher, M. M. (2013). Austria – Health System Review. *Health Systems in Transition*, 15(7), 1- 292.
- Hrabcik, H. in Katschnig, H. (ur.) (2003). *Mental Health in Austria*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.

- Gusner, K. (2016). *Psychotherapie in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Oberösterreich*. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Mag. rer.soc.oec. im Diplomstudium Sozialwirtschaft. Johannes Kepler Universität Linz Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik.
- Kächele, H. in Pirmoradi, S. (2009). Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *International Journal of Psychotherapy*, 13(1), 40-48.
- Kamenarič, K. (2021). Absurdno dolge čakalne vrste, neurejena zakonodaja in čedalje več zdravil. 24 ur. Pridobljeno s: <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihiater-psihiolog-ali-psihoterapevt.html>
- Kamenov, K., Tworney, C., Cabello, M., Prina, A. M. in Ayuso-Mateos, J. L. (2016). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 1-12.
- Kierein, M., Pritz, A. in Sonneck, G. (1991). Psychologen-Gesetz, Psychotherapie-Gesetz: Kurzkomentar. Orac.
- Kersnik, J., Poplas Susič, T., Kolšek, M. in Švab, I. (2009). What may stimulate general practitioners to undertake screening and brief intervention for excess alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *The Journal of international medical research*, 37(5), 1561-1569.
- Kosovel, I. (2016). Naša psihoterapevtska realnost - od besed k dejanjem. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3-4), 263-268.
- Kosovel, I. in Hus, I. (2017). O ustanovitvi »zbornice« psihoterapevtov in svetovalcev: Intervju z Ireno Kosovel. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(1-2), 261-269.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2021a). *Poraba ambulantno predpisanih zdravil v Sloveniji v letu 2020*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2021b). *Poraba bolnišničnih zdravil v Sloveniji v letu 2020*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Laubreuter, H. (2012). About psychotherapy science. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 6(1-2), 12-19.
- Laubreuter, H. (2018). Profession and discipline of psychotherapy. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 41-53.
- Lehofer, M. in dr. (2011). Burnout & Depression. Ein Leitfaden zur Prävention, Früherkennung und Behandlung. Experten-Statement. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 9, 1-12.
- Löffler-Stastka, H. in Hochgerner, M. (2021). Versorgungswirksamkeit von Psychotherapie in Österreich. *Psychopraxis. Neuropraxis*, 24, 57-61.
- Marx, C., Benecke, C. in Gumz, A. (2017). Talking Cure Models: A Framework of Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1589.
- Mikuž, A. in Zupančič, A. (2020). Perspektive: Duševno zdravje. Dostopnost učinkovite obravnave pri težavah v duševnem zdravju, razvojnih in duševnih motnjah - izzivi, dobre prakse in sistemske priložnosti. *Javno zdravje*, 4, 1-18.
- Mijatović, T. (2018). *Psihologizacija in somatizacija duševnih stisk v Sloveniji*. Diplomsko delo. Fakulteta za socialno delo Univerze v Ljubljani.
- Mönkeberg, S. (2019). *Der (Un-)Sinn der Beratung: Psychotherapie, Coaching und Seelsorge im Vergleich*. Springer.
- Morović, J. (2022). Kako se uništava psihoterapija u Hrvatskoj. Pridobljeno s: <https://www.nacional.hr/kako-se-unistava-psihoterapija-u-hrvatskoj-u-vrijeme-krize-porastanasilja-posljedica-potresa-i-pandemije-vlada-brani-psihoterapeutima-da-rade/>
- Možina, M. (2004). Stalna skupnostna skrb za uporabnike psihiatrije: prikaz primera. *Socialno delo*, 43(2/3), 87-104.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, 42(9), 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 1(1-2), 83-103.

- Možina, M. (2008). Psychotherapy as integral part of comprehensive health care. V L. Kovačič in L. Zaletel-Kragelj (ur.), *Management in health care practice: a handbook for teachers, researchers and health professionals* (str. 642-659). Hans Jacobs Publishing Company.
- Možina, M. (2010a). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(1-2), 133-166.
- Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V M. Žvelc, M. Možina in J. Bohak, *Psihoterapija* (str. 11-55). IPSA.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V J. Fiegl, *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije* (str. 165-190). Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2021). Uvodnik o skupnih dejavnih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), 9-55.
- Možina, M. in Bohak, J. (2008). Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevski dejavnosti. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 2(3-4), 119-142.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018a). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018b). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 245-272.
- Možina, M., Flajs, T., Kress, R., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2020). Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija? *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(1-2), 377-394.
- Možina, M. in Hus, I. (2015). Na področju psihoterapije za Avstrijo zaostajamo tridesetlet: Intervju z Miranom Možino. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 9(1-2), 225-230.
- Možina, M. in Kosovel, I. (2017). Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(3-4), 235-248.
- Možina, M. in Kranjc Jakša, U. (2019). Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 13(1-2), 171-207.
- Možina, M. in Okorn, I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. *JoGHNP*. Objavljeno online 17. januar, 2022. Pridobljeno s: <https://joghnp.scholasticahq.com/article/31788>
- Myhr, G. in KristaPayne. (2006). Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 662-670.
- Nübling, R. (2008). Das Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie: Definierte Hürden für die Zulassung von Psychotherapieverfahren für Ausbildung und Berufsausübung. *Psychotherapeuten Journal*, 2, 102-110.
- ÖAK (2004). ÖÄK-Diplomrichtlinie Psychotherapeutische Medizin. ÖAK. Pridobljeno s: [https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplom-Richtlinien/RL05\\_PSYIII.pdf](https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplom-Richtlinien/RL05_PSYIII.pdf)
- ÖBVP (2011). *Stand der Psychotherapie in Österreich*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Pridobljeno s: <https://www.psychotherapie.at/oebvp/berufspolitik>
- ÖBVP (2018). *Erleichterung für psychisch Kranke – Hauptverband erhöht Zuschuss für Psychotherapie -Jahrelange Bemühungen des ÖBVP führen zu erfreulichem Etappen-Ziel*. Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Pridobljeno s: [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20180620\\_OTSo186/erleichterung-fuer-psychisch-kranke-hauptverband-erhoeht-zuschuss-fuer-psychotherapie](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180620_OTSo186/erleichterung-fuer-psychisch-kranke-hauptverband-erhoeht-zuschuss-fuer-psychotherapie)
- OECD (2015). *Mental Health and Work: Austria*. Pridobljeno s: [https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria\\_9789264228047-en](https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-austria_9789264228047-en)

- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). *Slovenia: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Pridobljeno s: [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019\\_chp\\_sl\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sl_english.pdf)
- Okorn, I. (2014). Pričakovanja in predstave o poklicu psihoterapevta pri slovenskih študentih psihoterapevske znanosti Univerze Sigmunda Freuda. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 8(1-2), 55-78.
- Poplas Susič, T., Kersnik, J. in Kolšek, M. (2010). Why do general practitioners not screen and intervene regarding alcohol consumption in Slovenia? A focus group study. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 122, 68-73.
- Prescott, D. S., Maeschalck C. L. in Miller, S. D. (2017). *Feedback-informed treatment in clinical practice: reaching for excellence*. APA.
- Pressl, D. (2018). Warten auf den Psychiater. Pridobljeno s: <https://www.diepresse.com/5357219/warten-auf-den-psychiater#:~:text=Insgesamt%20gibt%20es%20in%20%C3%96sterreich,besch%C3%A4ftigt%20oder%20arbeiten%20als%20Wahlarzt.>
- Prevedar, T. (2018). *Development of Psychotherapy in Croatia*. Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Prevedar, T. (2019). The process of establishing and regulating the profession of psychotherapy in Croatia. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 131-153.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer.
- Pritz, A. (2002). Austria. V A. Pritz, *Globalized Psychotherapy* (str. 27-38). Facultas Universitätsverlag, V A.
- Pritz, A., Fiegl, J., Laubreuter, H. in Rieken, B. (2020). *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität*. Pabst Science Publishers.
- Psyonline.at (2022). Statistik und Daten zur Psychotherapie. Pridobljeno s: <https://www.psyonline.at/contents/14722/statistik-und-daten-zur-psychotherapie>
- Rabovsky, K. in Stoppe, G. (2008). *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation*. Urban & Fischer.
- Računsko sodišče Republike Slovenije (2021). *Skrb za učinkovit vstop zdravnikov na trg dela: Revizijsko poročilo*. Računsko sodišče Republike Slovenije. Pridobljeno s: [https://www.rs-rs.si/fileadmin/user\\_upload/Datoteke/Revizije/2021/Zdravniki/Zdravniki\\_RSP\\_RevizijskoP.pdf](https://www.rs-rs.si/fileadmin/user_upload/Datoteke/Revizije/2021/Zdravniki/Zdravniki_RSP_RevizijskoP.pdf)
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (ReNPDZ18-28). Pridobljeno s: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Riess, G., Kern, D. in Breyer, E. (2018). *Praxisorientierte Psychotherapieforschung: Leitfaden zur Förderung von Wissenschaft und Forschung in der psychotherapeutischen Ausbildung*. Koordinationsstelle Psychotherapieforschung an der Gesundheit Österreich GmbH.
- Rifel, J., Švab, I., Šter, M. P., Pavlič, D. R., King, M. in Nazareth, I. (2008). Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry*, 8, 96 - 96.
- RIS (2022a). *Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 24.04.2022*. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620>
- RIS (2022b). *Gesamte Rechtsvorschrift für Lebens- und Sozialberatungs-Verordnung - Zugangsvoraussetzungen, Fassung vom 24.04.2022*. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). Pridobljeno s: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20002563>
- Rotar Pavlič, D., Švab, I. in Brinovec Pribaković, R. (2015). Primary Care in Slovenia. V D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson in R. B. Saltman (ur.), *Building Primary Care in a Changing Europe: Case Studies*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization.
- Sagerschnig, S. in Tanios, A. (2017). *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie: Statistik der Berufsgruppen 1991-2015*. Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Pridobljeno s: <https://jasmin.goeg.at/109/1/Psychotherapie%2C%20Klinische%20Psychologie%2C%20Gesundheitspsychologie%20%282016%29.pdf>

- Sagerschnig, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Kern, D., Sator, M. in Zuba, M. (2018). Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. *Gesundheit Österreich, Wien*.
- Schigl, B. Feminisierung von Psychotherapie und Perspektiven für die Ausbildung: weitere Überlegungen zum von Eva Jaeggi aufgegriffenen Thema. *Psychotherapie-Wissenschaft, 6(1)*, 52–60.
- Schlippe, A. v. in Schweitzer, J. (2003). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*. Vandenhoeck&Ruprecht.
- Semrau, M., Barley, E. A., Law, A. in Thornicroft, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry, 10*, 217–25.
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (2020). Pogled nazaj, pogled naprej: hitra ocena sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji: Poročilo misije Regionalnega urada SZO za Evropo, opravljene na daljavo, september 2020. Pridobljeno s: <https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/11/SZO-hitra-ocena-sistema-skrbi-za-dusevno-zdravje-v-Sloveniji.pdf>
- Šugman Bohinc, L. in Kobal, L. (2003). Prikaz evalvacijskih študij psihoterapije v Sloveniji. V J. Bohak in M. Možina (ur.), *Kaj deluje v psihoterapiji: novejša raziskava njene uspešnosti* (str. 18-24). Slovenska krovna zveza za psihoterapijo.
- Švab, V. in Švab, I. (2013). Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Ment Health Fam Med, 10(1)*, 23-28.
- Tanios, A., Grabenhofer-Eggerth, A. in Valady, S. (2020). Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und das Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Vinko, M., Makivić, I., Maučec Zakotnik, J., Švab, V. in Dernovšek, M. Z. (2019). MIRA za duševno zdravje: Nacionalni program duševnega zdravja. Nacionalni inštitut za javno zdravje. von Wachter, M. in Hendrichske, A. (2016). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzen*. Springer.
- Zabukovec, M. (2020). Dobiti zdravnika – srečno naključje. Delo. Pridobljeno s: <https://www.delo.si/lokalno/ljubljana-in-okolica/dobiti-zdravnika-srecno-nakljucje/>
- Zakon o duševnem zdravju (2008). Pridobljeno s: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije (2021). Priznani psihoterapevtski pristopi v okviru specializacije iz klinične psihologije. <http://klinicna-psihologija.si/wp-content/uploads/2021/02/Priznani-psihoterapevtski-pristopi-ZKP.pdf>
- Zdravniška zbornica Slovenije (2021). Članstvo 2021. Pridobljeno s: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/%C4%8Dlanstvo-2001-2021.pdf?sfvrsn=26393a36\\_2](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/%C4%8Dlanstvo-2001-2021.pdf?sfvrsn=26393a36_2)
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. in Steinhausen, H-C. (2011). CNP/EBC REPORT 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol, 21*, 655–679.





Tamara Prevendar<sup>1</sup>

# The process of establishing and regulating the profession of psychotherapy in Croatia

## *Proces oblikovanja in reguliranja psihoterapije kot poklica na Hrvaškem*

### Abstract

This paper focuses on the main events and circumstances of establishing psychotherapy as an autonomous profession and also details the specifics of its regulation in Croatia. As no previous research has been published on the topic, this paper has analysed archival documents together with expert interviews to provide the chronology and give an interpretation of the main events. Psychotherapists with different professional backgrounds, trained in diverse approaches, began

the quest for the professionalization of psychotherapy in the late 1990s. The formation of an umbrella psychotherapy association and its development marked the progress towards the Law on Psychotherapy Practice that was enacted in July 2018. The Croatian Law on Psychotherapy Practice is discussed in the context of the development of psychotherapy in Croatia and laws and regulations on psychotherapy in other European countries.

Keywords: law on psychotherapy practice, professional regulation, Croatia, Europe, development of psychotherapy

### Povzetek

V tem članku so prikazani glavni dogodki in okoliščine uveljavljanja psihoterapije kot samostojnega poklica in njene normativne ureditve na Hrvaškem. Ker o tem še ni bilo narejene nobene raziskave, sem analizirala arhivska gradiva in opravila intervjuje s strokovnjaki,

tako da sem lahko oblikovala kronologijo in interpretacijo glavnih dogodkov. Psihoterapevti različnih izvorov in šol so začeli z organiziranimi prizadevanji za profesionalizacijo psihoterapije v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Ustanovitev krovnega psihote-

<sup>1</sup> Tamara Prevendar, PhD, psychologist and psychotherapist in training, Sigmund Freud University Vienna, [tamara.prevendar@gmail.com](mailto:tamara.prevendar@gmail.com), +385 91 518 38 10  
Dr. Tamara Prevendar, psihologinja in edukantka psihoterapije, Univerza Sigmunda Freuda na Dunaju

rapevtskega združenja in njegov razvoj sta odločilno pripomogla k razvoju v smeri zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki je bil sprejet julija 2018. O tem zakonu razpravljam v kontekstu razvoja psihoterapije na Hrvaškem in normativnih ureditev psihoterapije v drugih evropskih državah.

Ključne besede: zakon o psihoterapevtski dejavnosti, regulacija poklica, Hrvaška, Evropa, razvoj psihoterapije

## Introduction

This paper focuses on psychotherapy regulation in Croatia. It details the main events and circumstances of establishing psychotherapy as a profession and also details the specifics of the regulation. In July 2018, the Croatian Parliament passed the Law on Psychotherapy Practice after over ten years of endeavour by the Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia. This event is seen as a crucial milestone in the development of psychotherapy as a profession in Croatia. No research has previously been published on the topic.

### Professionalization of psychotherapy in Europe

The trend towards the professionalization of psychotherapy is a timely topic in Europe. The field that resembles what psychotherapy is today first began to develop over a century ago and presumably due to its constant developments still hasn't managed to suit everyone's taste yet.

The idea of regulating psychotherapy appeared very early in its development. It started with the appearance of the societies, associations, and training institutes which all sought over time to gain recognition. Today we are in, what Davies (2009) would call, "a third wave of professionalization", debating over the format of regulations and legislation for psychotherapy as a distinct profession in its own right. The path to establishing a distinct profession has been well described for medical doctors, nurses, and lawyers who in different cultural contexts have all managed to fight for their status as independently recognizable professions.

With the appearance of various psychotherapy modalities and training in specific approaches, the number of trained professionals increased over time and so has the complexity of requirements. Saturation point was reached in 1990 when the representatives from 14 countries signed the Strasbourg Declaration (Ginger, 2010), confirming psychotherapy as an independent scientific

discipline, the practice of which represents an independent and free profession, with extensive training, and a multiplicity of psychotherapeutic methods. As a consequence, the professionals who had trained in various psychotherapy approaches across different countries began their quests in pursuit of specific regulation.

In the last 30 years, a number of European countries have tried to set up psychotherapy as a more or less independent profession. According to the EU database of regulated professions, as of 2019 ten countries have the protected title of psychotherapist regulated by law, while five other countries have limited regulations.<sup>2</sup>

The first country to pass a law on psychotherapy was Sweden in 1985 when the title of (licensed) psychotherapist (“legitimerad psykoterapeut”) became protected and was awarded by the Swedish National Board of Health and Welfare only after completion of postgraduate psychotherapy training (socialstyrelsen.se, 2019).

Austria regulated psychotherapy in 1990 introducing an undergraduate programme in which students complete a preparatory course in psychotherapy (psychotherapy propaedeutics) before choosing a specific psychotherapy modality. The Psychotherapy Board within the Austrian Health Ministry is responsible for both accrediting training institutions and awarding the licence to practise (Psychotherapiegesetz, 1990).

The Finnish Ministry of Social Affairs and Health brought in the Health Care Professionals Act and Decree in 1994 which includes psychotherapists. The Ministry’s Agency, the National Supervisory Authority for Welfare and Health, is responsible for awarding the title of psychotherapist only to those who have completed postgraduate-level psychotherapy training in Finland (finlex.fi, 1994).

Psychotherapist (“Psychotherapeut”) is a legally protected professional title in the Netherlands which allows only psychologists, psychiatrists, and medical doctors (in general) to undertake psychotherapy postgraduate training. The legal status of psychotherapists in the Netherlands has changed since 1986 when they first regulated the profession. During the 1990s and 2000s there were questions and challenges to the independence of the profession, specialization, and overlaps with allied professions (see e.g. Hutschemaekers & Oosterhuis, 2004). Today Dutch psychotherapists fall under the “heavy regime” of the Individual Health Care Professional Act with legally requires registration, specifically approved training and specialization, and public disciplinary law

---

2 European Commission (2019). Regulated professions database. Retrieved from <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm> (August 21st, 2019)

(Kamerstukken II, 2014).

Germany regulated the profession of “psychological psychotherapist” and “child and adolescent psychotherapist” in 1999 when giving recognition to psychologists with additional training in psychotherapy and psychologists and (special) pedagogues with additional training in child and adolescent psychotherapy, as psychotherapists and child and adolescent psychotherapists respectively (Psychotherapeutengesetz – PsychThG, 1998). Since 1992 the regulations about specializations for medical doctors have allowed medical doctors who have specialization in “psychotherapeutic medicine” and those with specialization in “psychiatry and psychotherapy” to practise medical psychotherapy (Kraus-Girth, 2002; Strauss, 2008). Twenty years later, on September 26th, 2019, the German Parliament passed a new law that incorporates changes regarding education. A five-year programme in psychotherapy (3 bachelor + 2 master) will be followed by a state examination in order to become a licensed psychotherapist. This new regulation emphasizes the education for psychotherapy as the first profession after high school graduation and the academization of psychotherapy training (Možina et al, 2018)<sup>3</sup>. The Bundesregierung (2019) confirmed also that medical psychotherapists will remain a title for medical doctors with appropriate qualifications.

Italy first regulated the psychotherapy profession by law in 1989. Psychologists, and general medical doctors and surgeons can specialize in psychotherapy with four-year postgraduate psychotherapy programmes. These are state accredited programmes which were initiated by the President’s Decree from 1982 and updated in 1998 (Gemignani & Giliberto, 2005; Bani, Rezzonico & Strepparava, 2008).

In Latvia, psychotherapist is a protected title; only a medical doctor can practise after specializing in psychotherapy (likumi.lv, 1997; 2001).

Lichtenstein requires a master’s level of psychology and “sufficient theoretical knowledge on a scientifically-recognized basis of mental disorders of children, adolescents and adults” together with “training of at least three years in the relevant field of occupational psychopathological conditions, which includes at least 250 hours of training in a scientifically recognized psychotherapy” (Article 70, Psychotherapy Regulation in Lichtenstein, 2008).

France has protected the professional title of psychotherapist by law from 2004 and by a decree from 2010 which requires a national register of all psychotherapists. To be directly listed in the register, one must be a psychiatrist, while medical

3 The first university that opened the possibility of direct psychotherapy academic study, i.e. bachelor and master in psychotherapy science right after high school graduation (matura) was Sigmund Freud University Vienna in 2005, and its branches in Berlin, Paris, Milan and Ljubljana followed (Fiegl, 2016; Možina, 2016).

doctors, psychologists, and psychoanalysts (registered in the Psychoanalytical Registry) need additional training and internship (legifrance.gouv.fr, 2010).

After years of having separate canton regulations, in April 2013 Switzerland passed a Federal Law governing all the professions working in the field of psychology which includes psychotherapy. Under this law, psychotherapists are primarily psychologists with additional training in psychotherapy provided by an accredited institution (PsyV, 2013). Medical doctors' postgraduate training in psychotherapy has been regulated by the Medical Professions Act since 2006 (MedGB, 2006).

Since 2015, a master's degree in clinical psychology or medicine together with an educational qualification relating to the profession of psychotherapist is required by Luxembourg's law on the profession of psychotherapist (Psychotherapy Regulation in Luxembourg, 2015). Psychotherapy in Luxembourg falls under health regulations and the law specifies the curriculum for psychotherapy training (Article 4).

Malta has, just like Croatia, recently regulated and protected the title of psychotherapist by a new law that was passed on June 20th, 2018. The prerequisite for training in one of the six approved modalities is a bachelor's degree in human or social science (Psychotherapy Profession Act, 2018).

Although all these countries have in common the title of psychotherapist, they all vary in how they define psychotherapy in their legislation and in regard to the requirements to practise. Psychotherapy is most commonly regarded as "treatment" of "mental disorders" and /or facilitating "behaviour change" and "personal growth". There is more caution when it comes to mentioning "health" or "healing", which is seen only in the case of Austria and Latvia.<sup>4</sup> After years-long deliberations, Croatia has decided on the following definition: Psychotherapy is a psychological treatment of an emotional problem in which an educated person intentionally establishes a professional therapeutic relationship and uses professional procedures to remove, modify or reduce the intensity of existing psychological symptoms/difficulties, to change disturbing behaviour patterns and to encourage positive personality development of a child, adolescent, and adults. Psychotherapy can be performed only by a psychotherapist or an advisory therapist. (Article 4)

---

4 Austria has defined psychotherapy as "independent therapeutic method used in health care to treat mental, psychosocial or psychosomatic behavioural disorders and conditions. The purpose of psychotherapy is to heal or mitigate mental distress, to help in personal crises, to change disturbed behaviours and attitudes and to promote personal development and health", while Latvia provided the description of the medical doctor – psychotherapist's competency "to set aetiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, prevention, counselling and rehabilitation for patients with diseases, sufferings and disorders (mental, psychosomatic, somatopsychic, behavioural, affective cognitive and relationship, as well as sexual life), using integrative biopsychosocial approach" (European Commission, 2019).

Different countries have accepted different psychotherapy approaches and their respective training as “legal” to qualify as a psychotherapist. For example, while the psychoanalytic approach is the common approach for practising psychotherapy across a number of different countries (Bednar, Lanske & Schaffenberger, 2004), the Netherlands includes psychoanalysis, cognitive and behavioural therapy, and systemic models, and Malta additionally recognises humanistic psychotherapy, hypno-psychotherapy, and integrative psychotherapy (Article 2). To understand what psychotherapy is in a specific culture requires more in-depth study of the context and history. This article will focus on the historical background to the case of Croatian regulation of psychotherapy.

## Method

### Data collection

To present the course of establishing psychotherapy as a profession in Croatia, different types of data and sources, such as archival records, laws and regulations, published and unpublished literature, all accompanied by expert interviews, were used and treated as primary data.

Laws and regulations from the Official Gazette in Yugoslavia (Službeni list SFRJ and Narodne novine SRH from 1945-1990) were retrieved from the Library of the University of Zagreb, Faculty of Law; and from 1990 onwards from the Official Gazette in Croatia (Narodne novine, retrieved from <https://narodne-novine.nn.hr/>). Other documents such as resolutions, public letters, decisions etc. were also taken into account as events in themselves and for the contextualization of events.

The sources were found in different archives. Specifically, the data from the archive of the Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia was collected through available documents, letters, and notes. The archive as well as the minutes of their assembly meetings, was provided by Irena Bezić (the Association’s Secretary), but were available only from 2004. Additionally, informants and experts shared their personal archives of materials related to the topic, which included: unpublished notes, reports, minutes of the meetings, official documents (contracts, solutions, decisions), etc.

In addition to legal and official documents, and experts, the research also took information from newspaper articles found online and on the homepages of

institutions, various organizations and associations and their internet archives (archive.org/web). The newspaper articles were searched through particular internet news portals (e.g. jutarnji.hr or vecernji.hr) or search engines (e.g. google.com) through key words.

The expert interviews ranged from in-depth unstructured to semi-structured interviews which were conducted with experts who provided their particular knowledge and insight in the field. The experts, unlike lay people, possess special knowledge and expertise of a field and by also serving as informants contribute “background information” (Meuser & Nagel, 2009, p. 24). In this research context, the people who participated, witnessed or created the field were chosen as experts to share their valuable knowledge and experience in the process of developing psychotherapy and establishing the profession. These experts are also a part of the study “as part of the field” since their insights serve as additional information (Bogner & Menz, 2009, p. 46). In addition to interviews, personal communication with informants and experts included emails, and telephone conversations.

## **Data Analysis**

This study was conducted in a modular rather than linear course, i.e. starting with retrieving data from one source in order to analyse it and then supplementing it from another source, which would often lead back to the initial source and by snowballing would then lead to additional sources.

The process of data collection and analysis was interchangeable in its sequence, which is typical for qualitative research. The collection and analysis of written records was directed towards the search for regulations concerning psychotherapy and how it was viewed in different time frames. Further communication with informants and experts on the progress of psychotherapy in Croatia contributed to the researcher’s knowledge of the field and understanding of the historical records. Acquiring data from various sources and different approaches in analysis were used in order to obtain reliability.

## A brief history of psychotherapy in Croatia

Tracking the historical course of the practice of psychotherapy, one should first look at allied fields, such as medicine and psychology as more known subjects and search for its initial appearances. From the legal point of view, and as aligned with the practice, the position of psychotherapy historically came within the health system in Croatia. Its first official appearance in regulations was as part of the theoretical programme of specialization for psychiatry, which became an independent medical specialty in Croatia in 1974<sup>5</sup> after separation from neuropsychiatry. Among other subjects, the psychiatric residents were to learn dynamic psychiatry and psychotherapy although psychotherapy was already practised from a much earlier date.

In 1928, Stjepan Betlheim (1898-1970) returned from his Viennese medical studies and opened a private practice in Zagreb to practise psychoanalysis<sup>6</sup>. Betlheim, the first Croatian psychotherapist, was by then already a member of the Vienna Psychoanalytic Society and practised in Zagreb with the title MD, specialist for nerve diseases. Together with several neuropsychiatrists, Betlheim dedicated his life to spreading psychoanalytical teaching, opened the first psychotherapy ward in a public hospital, and laid the foundations for the Centre for mental health (later to become the University Clinic for Psychological Medicine), a unique institution still famous for psychotherapy practice and research today.<sup>7</sup>

In addition to Betlheim's circle to whom we are immensely indebted for spreading psychotherapy throughout hospitals across the country, there were other medical doctors, Betlheim's contemporaries, who were also interested in psychotherapy. There was Otto Horetzky (1904-1973) who practised his form of psychodrama ("Horetzky's Pantomime" or "mimodrama") with psychiatric patients at Vrapče hospital. Also, in the town of Osijek, there was a medical doctor, Milan Bedenić (1894 – 1955) who attended Adlerian individual psychology seminars in Vienna. Bedenić worked at the Counselling Centre for Educational Issues and Mental Hygiene ("Savjetovalište za odgojna pitanja i duševnu higijenu") at the House of Public Health and incorporated Adlerian teaching to practise mental hygiene (Bedenić, 1964).

5 Pravilnik o specijalizaciji liječnika, zubnih liječnika i diplomiranih farmaceuta (NN 39/74)

6 S. Betlheim's letter to H. Hartmann regarding the request to become a direct member of IPA, 1952; from Betlheim & Lerotić, 2006, p. 346.

7 See more on Betlheim in a monograph "Stjepan Betlheim – radovi, pisma, dokumenti (1898-1970)" edited by his daughter Ruth Betlheim and colleague Gordana Lerotić (2006).



Croatian psychologists, on the other hand, have a tradition dating from the experimental school of Ramiro Bujas (1879-1959) who founded the first laboratory for experimental psychology in the former Yugoslavia in 1920 and later in 1929 the Department of Psychology in the Faculty of Philosophy at the University of Zagreb (Kolesarić & Pavlina, 1986). For the official stance of the Department towards psychotherapy, the literature and informants suggest that they began promoting psychology as a helping profession only in the 1990s, i.e. during the time of the Croatian War of Independence (1991-1995)<sup>8</sup> having previously considered it only as an experimental science. However, looking into the actual practice of psychologists reveals a little more: many Croatian psychologists undertook training in psychotherapy schools that began appearing in the country in the late 1970s. These were humanistically and systemically oriented psychotherapies, such as transactional analysis or gestalt therapy, and behavioural therapy training, which was initiated by Nada Anić, a Croatian psychologist who worked at the Centre for Mental Health. In the 1990s when the need for psychological services rose, a number of psychologists were therefore already trained, and despite their lack of experience, worked with refugees, war veterans, and other people affected by war (interviews with J. Pregrad, Z. Subotić). Examples can be found among gestalt therapists, transactional analysts, cognitive-behavioural therapists, and therapists of psychotherapy cybernetics who had extensive training experience, which was provided by foreign psychotherapists in independent, mostly outside of clinical settings.<sup>9</sup>

In the meantime, for psychiatrists, new regulations regarding specializations for medical doctors came into effect in 1994<sup>10</sup>. These regulations designated sub-specializations for medical doctor specialists and introduced psychotherapy as a two-year programme of sub-specialization for psychiatric specialists. Simultaneously, the idea of establishing psychotherapy as an independent profession appeared among interested parties. For the purpose of this, an umbrella organization for different psychotherapy approaches was needed in order to establish and lead the way for the regulation of psychotherapy as

8 There are numerous claims on the new situation for Croatian psychologists during the war time, such as interviews given by Mirjana Krizmanić, Chair of Clinical Psychology Department until 2000 (Vlašić-Smrekar, 2013; Toth, 1992), or the reports of professional meetings during the war time (e.g. Kolesarić, Krizmanić & Havelka, 1994). On the development of the Department of psychology in Croatia, see for example: Kulenović (1999).

9 On the development of the particular psychotherapy schools in Croatia see Prevedar (2018).

10 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika (NN 33/1994) contains the Supplement no1: The Plan and the Programme of Specialties and Subspecialties; i) Specialties and subspecialties for medical doctors (In Croatian: Plan i program specijalizacija i užih specijalizacija; i.) Specijalizacije i uže specijalizacije za doktore medicine). Besides psychotherapy, other possible subspecialties were forensic psychiatry, social psychiatry, child and adolescent psychiatry (also ran at the Clinic for psychological medicine), alcoholism and other addictions, and biological psychiatry.

a distinct profession. The background of this story was the founding of the European Association for Psychotherapy (EAP) in 1991 on the principles of the Strasbourg Declaration (1990).

## **Start of the umbrella organisation**

Apparently, the initiative to establish an umbrella organisation, one that would encompass all psychotherapies, came from the University Clinic for Psychological medicine in around 1992 (interview with G. Tocilj Šimunković, Lj. Moro). A psychiatrist, and trained group analyst working at the University Clinic for Psychological Medicine, GoranaTocilj-Šimunković represented Croatia at the EAP meetings. Her role was later established as becoming the general secretary of the umbrella association and, as she recalled, supported by Vladimir Gruden, who was the head of the University Clinic, and the first president of the umbrella organisation – the Croatian Association of Psychotherapeutic Societies (“Hrvatski Savez Psihoterapijskih Udruga (HSPU)”). Although HSPU was founded on July 14th, 1997 at the University Clinic for Psychological Medicine, the whole process and indeed the first seven years of this new organization was largely ineffective.

The umbrella association’s members were “psychotherapy associations registered in Croatia interested in the improvement and development of psychotherapy in Croatia” (Statute of the Association, 1997). Just after its official founding, a significant number of the founding parties, particularly the psychotherapy associations and organizations that practised at the University Clinic left because of their disagreement with the agenda of the umbrella organisation. This referred to “the promotion of psychotherapy in Croatia through the collaboration of psychotherapeutic associations in the country, improvement of the work of the member associations, international promotion of Croatian achievements in psychotherapy, legislative regulation and the advancement of the position of psychotherapists in Croatia” (Article 11 of the Statute, 1997). The “deserters” were psychoanalytically oriented psychotherapists and psychiatrists, who opposed the Strasbourg Declaration and gathered their peers with different training and experience background under one (at the time, their) roof.

After many failed attempts to hold meetings of the umbrella organisation in 2001, six psychotherapy associations (UTA, HURT, DGIPH, HUBIKOT, UKPO

and HUNLP<sup>11</sup>) set about establishing another umbrella association due to the inactivity of the president who had either not called any meetings or had not appeared at them.<sup>12</sup> The idea was soon revoked after learning about the experience of their Slovene peers with two umbrella organizations which could not both be recognised by the EAP.<sup>13</sup> The precarious position and unsuccessful efforts noted in the minutes of several psychotherapy associations and the vivid recollections of interviewees, ended in early 2004 when “the regular and electoral assembly” was held with point 4 of the proposed agenda “the establishment of a new managing committee”<sup>14</sup>. On March 1st, 2004 HURT, HUBIKOT, DGIPH, UTA, UKPO, CAFAT and IGA<sup>(15)</sup> elected a new executive committee of the umbrella association with Jadran Morović as the president, Gorana Tocilj-Šimunković as the vice-president, and Irena Bezić as the secretary. Tocilj-Šimunković was soon distracted with other business, which left a psychiatrist, trained as a gestalt therapist, Jadran Morović as the president, and a psychologist, who was also a gestalt therapist, Irena Bezić as his secretary to handle and deliver the historically significant changes for psychotherapy. This administration immediately began its 14-year endeavour to establish a Law on Psychotherapy Practice.

## The work on the law

The extensive activities of the umbrella organization, now known by the acronym – SPUH<sup>16</sup>, were aimed towards enacting a Law on Psychotherapy Practice, and ensuring and maintaining the (EAP) training standards. For the purpose of this paper, the focus will be on the activities directly linked to the establishment of the law on psychotherapy practice. Most of the information was obtained from

---

11 The acronyms come from Croatian names, and the translation to English follows: UTA = Association for transactional analysis; HURT = Croatian Association for Reality Therapy; DGIPH = Croatian Association of Gestalt and Integrative Psychotherapists; HUBIKOT = Croatian Association for Cognitive and Behavioural therapies; UKPO = Association for Cybernetics of Psychotherapy and Organization; HUNLP = Croatian Association for Neurolinguistic Psychotherapy.

12 The minutes of the initial meeting to establish the new umbrella association (January 29th, 2001); The minutes from February 2nd, 2001.

13 The Call for the meeting/ consultation with Leon Lojk from March 21st, 2001.

14 The Call to HSPU meeting from January 19th, 2004, to be held on January 26th, 2004.

15 CAFAT = Croatian Association for Family Therapists; IGA = Institute for Group Analysis

16 The acronym SPUH became the new acronym of the umbrella organization (previously HSPU) that was officially changed with the change in the new title. Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske – SPUH, registered as Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia (in English), with the address Prilaz Gjüre Deželića 31, Zagreb was officially changed by the Resolution from 19.10.2009. However, Irena Bezić, who kept all the minutes of the assembly switched to the new acronym in the notes from the meetings already in 2006.

the minutes of meetings held in SPUH's archive.

In promoting the initiative for a psychotherapy law, SPUH made calls for collaboration in 2005 to the Croatian Medical Chamber, Croatian Psychological Chamber, and Croatian Medical Association. As a result, lawyers representing the Croatian Medical Association joined SPUH's workshops on creating the proposal for the law on psychotherapy. The workshops which deliberated on how to define psychotherapy practice and who can practise psychotherapy, and should there be a psychotherapy chamber and interdisciplinary university programme in psychotherapy, were held at the Psychiatric hospital "Vrapče" between 2005 and 2010 and resulted in a draft proposal for the law with legal revisions made by Tatjana Babić. The draft law was put out for public debate through SPUH's website<sup>17</sup>.

Soon after, SPUH learned of the existence of the Expert Working Group (EWG) of the Ministry of Health and Social Welfare which was set up with a view to formulating the legal regulation of psychotherapy and Morović managed to join it in May 2010.<sup>18</sup> The EWG was composed of psychiatrists and general practitioners together with other specialists of medicine, one psychologist and the legal representative Tatjana Babić, who introduced the first draft proposal she had already worked on with SPUH<sup>19</sup>. The work of the EWG put the process a step backwards, as the Ministry wanted to substitute the proposed law with merely legislative regulations<sup>20</sup>. However, as the parties were never able to resolve issues on the definition of psychotherapy, the proposed Regulations of Psychotherapy that were created by EWG never came into effect.

Recognising the potential unwanted fallout from the Ministry's proposed decree, SPUH adopted a new approach that was aimed towards informing the public about the situation with psychotherapy in the country. The idea was to gain public support as they will be the ones to benefit most from the proposed legislation and knowing who can provide scrutinized treatment in mental health. Numerous media appearances were made and culminated with the 1st Conference of the Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia ("The Truths about Psychotherapy"; Zagreb, October 2011). The conference, open to both professionals and the interested public, heard European experts talk on the issue and learned about SPUH's goal to organize psychotherapy according

---

17 [www.spuh.wordpress.com/2009/06](http://www.spuh.wordpress.com/2009/06)

18 The Resolution on establishing Expert Working Group (Jan. 13th, 2010) & The Supplement to the Resolution (May 31st, 2010) of the Ministry of Health and Social Welfare.

19 SPUH minutes from 1.3.2010

20 SPUH minutes from 24.11.2010; The Regulations are considered to have less power than the law since they cannot regulate what the law can (Babić, 2014)

to EAP standards. A petition to support the draft Law on Psychotherapy Practice was started at the conference and continued later through electronic media. Public appearances by trained psychotherapists (according to EAP standards) continued and another conference was held in 2013 (Zagreb, October 2013).

SPUH's public campaigning bore fruit when the politicians in 2014<sup>21</sup> transferred responsibility for the draft proposal of the law from the Ministry of Health and Social Welfare to the Ministry of Social Policy and Youth. A new Expert Working Group was formed in April 2015<sup>22</sup> and their work brought the draft law to Parliament in 2018.

## Bringing the law to parliament

The newly appointed ministry to handle psychotherapy regulation has taken tangible steps from the outset. On July 16th, 2015 the draft proposal for the impact assessment regulations for the draft proposal of the Law on Psychotherapy Practice was put out to public consultation ([esavjetovanja.gov.hr](http://esavjetovanja.gov.hr), 2015). Based on the results of this consultation and previous text versions of the draft proposals, the new Expert Group created The Draft Proposal of the Law on Psychotherapy Practice with the Final Proposal of the Law and opened it for public consultation (August 28th, 2015 – September 18th, 2015). This version restored the idea of a Psychotherapeutic Chamber that had to be dropped in the version for Regulations of Psychotherapy (Babić, 2014).

Due to the parliamentary crisis in Croatia that followed (2015-2017), the next significant activity did not take place until 2017. The Ministry of Demographics, Family, Youth and Social Policy, as a legal successor of the Ministry of Social Policy and Youth, continued its support of their Expert Working Group's work on a Law on Psychotherapy Practice. Round table meetings were held and coordination with other regulations pursued ([mdomsp.gov.hr](http://mdomsp.gov.hr), 2017).

21 In a new Parliamentary Assembly, SPUH gained the attention of Mirela Holy, the Parliamentary Representative tasked to direct the official inquiry regarding the inactivity after EWG's efforts within the Ministry of Health and Social Welfare (The Representative's Inquiry – Zastupničko pitanje dr.sc. Mirele Holy Predsjedniku hrvatskog Sabora (from July 3rd, 2014, Klasa 021-12/14-18/298, Ur.br: 6531-14-01; Hrvatski Sabor).

22 The Expert Working Group of the Ministry of Social Policy and Youth was established on 15th April 2015 and consisted of Marija Bačan as the representative of Child and Youth Protection Center Zagreb, Irena Bezić as the representative of SPUH, Milan Košuta as the representative of private psychiatric practice Slađana Štrkalj Ivezić as the representative of Vrapče Psychiatric Hospital, and Jadran Morović as the representative of Health Care Center (SPUH minutes from 1.6.2015; [mdospm.gov.hr](http://mdospm.gov.hr), 2017).; Representatives from both the Ministry of Social Policy and Youth and the Ministry of Health (The Resolution on the Expert Working group established by the Ministry of Social Policy and Youth: Odluka Ministarstva socijalne politike i mladih, Klasa: 011-01/15-02/1, from April 15th, 2015, courtesy of Mrs. Zvezdana Janičar).

The Ministry of Health however was no longer keen on supporting a Law on Psychotherapy Practice. The complications revolved around who can conduct psychotherapy, and can a non-medical professional be a psychotherapist (SPUH minutes, 6.11.2017). The (latest) Draft Proposal of the Law was not in alignment with the existing Regulations on the specializations of medical doctors which mention psychotherapy as one of the competences to be adopted during five-year specialization for psychiatrists<sup>23</sup> which, as reported by Jukić (in Jureško & Godeč, 2018), raised worries about possible disqualifications of psychiatrists from conducting psychotherapy. This resulted in the addition of an article by which the proposed Law “regulates psychotherapy as an economic activity outside the health system” (Article 2 of the Draft Proposal from December 2017). With this change, the Draft Proposal of the Law was adopted by the Croatian Parliament in January 2018.<sup>24</sup>

Even though the Expert Working Group recessed at their last meeting held on March 9th, 2018 where the proposals for the final version were accepted<sup>25</sup>, another version was presented as the Final Draft Proposal. On April 24th, 2018, the public was to provide consultation on a law that defines psychotherapist as a person with basic education in either medicine, psychology, social work, educational rehabilitation, social pedagogy or speech pathology, and training in one of the EAP recognized psychotherapy approaches (Article 5; esavjetovanja.gov.hr, 2018). Such listing of six educational profiles replaced the general background in “medical, social and humanistic sciences” and succeeded in passing with the addition of “pedagogy” to the list of acceptable professions for additional psychotherapy education.<sup>26</sup>

## Discussion

The Law on Psychotherapy Practice was passed by the Croatian Parliament on July 6th, 2018. The final public consultations (April 24th – May 15th, 2018) had 112 remarks the majority concerning Article 5 and the qualifications for becoming

23 Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16 and 69/16)

24 The Draft Proposal of the Law (4) was adopted at the 7th Session of Croatian Parliament held on January 26th, 2018 with 104 votes in favour and 16 abstained (www.sabor.hr).

25 Personal communication with Zvezdana Janičar, Ministry of demographics, family, youth and social policy (email from June 8th, 2018).

26 Comments to the *The Draft Proposal of the Law on Psychotherapy Practice with the Final Proposal of the Law* (24.4.-15.5.2018; esavjetovanja.gov.hr, 2018); Zakon o djelatnosti psihoterapije (NN 64/2018 from 18.7.2018.)

a psychotherapist (vs. advisory psychotherapist). The interested public predominantly asked to return to the version requiring a background in “medical, social, and humanistic sciences” due to the extent of the specific psychotherapy training (min. of 4 years of training, personal psychotherapy and supervision), but this was rejected for no clear reasons.<sup>27</sup> With such a clause, a large number of professionals with completed EAP accredited training, would be regulated as advisory psychotherapists once they complete propaedeutics, and not as psychotherapists. Such differentiation was, most probably, at the request of the professions which sought to include only those with educational backgrounds that partially cover some basics of psychology, psychopathology or counselling skills.<sup>28</sup> The issue of the current number of those social and humanistic graduates with completed training and who already practise psychotherapy, could have been approached bona fide, as for example in Malta’s case by recognizing them as psychotherapists in the transitional and final provisions.<sup>29</sup>

With regard to the issue of who can practise psychotherapy (Article 5) and the professions listed as a prerequisite for attending psychotherapy training, it is to be noted that the listed educational profiles, including pedagogy, overlap the programme intended to cover basic psychotherapy training only to some extent. Additionally, the propaedeutics of psychotherapy, which should serve as a mandatory pre-psychotherapy training, were completely disregarded in the case of listed professions. Contrary to this, the propaedeutics of psychotherapy which were introduced<sup>30</sup> in December 2015 as part of the “Regulations on Training in Psychotherapy Propaedeutics” became a requirement only for advisory psychotherapists – another title which appeared for the first time in the Draft Proposal of the Law in December 2015. This category of the professionals who can practise psychotherapy in Croatia that the Law on Psychotherapy Practice defines along with psychotherapists in Article 5, refers to those “other-degree-professionals” who wish to pursue psychotherapy training and require propaedeutics. However, the difference in the named professionals as

27 The Ministry’s reply to this proposal was rather vague and noted the complexity of the field, variety of regulations across EU, and liberty of each country to form their own (esavjetovanja.gov.hr, 2018).

28 This inference is made based on the explanations to the enactment of the Law (Obrazloženje (I-V); esavjetovanja.gov.hr, 2018) and from the public consultations/ comments of different parties (esavjetovanja.gov.hr, 2018)

29 The transitional and final provisions of Malta’s Psychotherapy Act allowed Malta’s psychotherapists holding European Certificate in Psychotherapy, as well as those registered with the Council for the Professions Complementary to Medicine as psychotherapists, become Registered psychotherapists (Article 21).

30 The talks about propaedeutics were ongoing several times in SPUH, and this issue was brought already in 2008 (SPUH minutes 23.6.2008). However, no tangible action was taken until the working group to deal with propaedeutics was formed in 2014 (SPUH minutes from 30.6.2014-7.12.2015).

defined in the Law (Article 4) is rather background-wise, and less practical<sup>31</sup>. The background to the decision to introduce advisory psychotherapists was as a result of the experiences of the Expert Working Group with nurses and other health professionals that would with the listed seven professions lose the possibility of using psychotherapy procedures in their existing practices. By the addition of Article 2 and regulating psychotherapy as an economic activity outside the health system, the nurses were somehow sidestepped.

In contrast to other countries, psychotherapy as a profession in Croatia is regulated as an economic activity outside of the health system. As noted earlier, this occurred as a result of the requests of the Medical Chamber and in order to distinguish the competency that a psychiatrist has and their independent title. Removing psychotherapy from the health system meant putting psychotherapy in the charge of another domain. The Law was brought before parliament by the Ministry of Demographics, Family, Youth and Social Policy and psychotherapy is thus regulated within the social welfare system<sup>32</sup>.

One of the common issues that contributes to the delayed legal regulation of the profession are the conflicts among the professions and their associations together with different internal conflicts (e.g. Macdonald, 1995). Just like in many other countries, the existing professions of medical doctors and psychologists in Croatia have attempted to keep psychotherapy in their own territory. The early beginnings of psychotherapy in the country were indebted to medical doctors, namely neuropsychiatrists, who tirelessly worked on incorporating psychotherapy principles into psychiatric treatment. Achievements such as institutionalizing psychotherapy treatment in the health system and forming associations with the international community during the socialist time in Yugoslavia have contributed to the strong position of psychiatrists in negotiating the status of psychotherapy today. Croatian psychologists had, on the other hand, little support from academia in practising psychotherapy<sup>33</sup>, and have also been largely disregarded in the health system since the 1960s<sup>34</sup>. When the

---

31 "An advisory psychotherapist is a professional that conducts counselling, supportive therapy and counselling individual or group work according to the psychotherapy principles and complies with the Article 5., paragraph 3. of the Law"; while "psychotherapist is a professional that conducts psychotherapy and complies with the Article 5., paragraph 3. of the Law" (Article 4, The Law on Psychotherapy Practice, 2018).

32 This might not come as unanticipated since Croatian psychologists are regulated also within the same Ministry, i.e. within the social welfare system.

33 It is to be noted that Nada Anić, the founder of behavioural and later behavioural-cognitive therapy in Croatia, shared a contrary experience of the official support. Upon her employment at the Centre for Mental Health, as a single psychologist, she reached to professor Zoran Bujas and received the suggested readings on behavioural therapy at the time: "These were the books of premium authors in behavioural approach." (N. Anić, interview 18.11.2014.)

34 Although recognized in the Federal Law (SL FNRJ 24/1959), the Republic regulations in the health system had omitted psychologists (NN 32/1970)



Law was put before Parliament, the professional chambers of medical doctors and psychologists were unsupportive in their stand on the concept of defining psychotherapy as an independent profession. Recalling the time that SPUH spent on fighting for the law, both chambers were invited to join in the process with the lawyers from the Medical Chamber. Reading the reactions to the Final Draft Proposal, one could easily get the impression that the law was created in a clandestine operation<sup>35</sup>. Together with the Clinical Psychiatry Association of the Medical Association, their reactions to the Final Draft Proposal were aimed at discrediting the need for regulating a field, which, in the case of psychologists, overlaps with the activities of psychologists and is regulated by their Chamber; and in the case of psychiatrists, psychotherapy is a medical treatment that can be obtained only by a medical doctor, therefore, no separate regulation is required.

The issue with psychotherapy as an activity is in the lack of standards for the service: no particular training in psychotherapy is required to perform the service. Given the existing situation that medical doctors with specialization in psychiatry are still regulated within the health system and can perform psychotherapy as one of their activities, the consequences of this positioning might bring some confusion to the final users, i.e. the clients.<sup>36</sup>

### **The Croatian novelty among the psychotherapy laws**

Taking a look at the Law on Psychotherapy Practice that was enacted in Croatia, EAP's recognized modalities have been a strong guideline and explicitly incorporated in the law. Croatian psychotherapists and advisory psychotherapists need to have a completed training in one of the EAP accredited programmes (Article 5). This demonstrates an acknowledgement of psychotherapy approaches that were previously outside of the accepted mainstream in Croatia, such as in the regulations for specializations of medical doctors.<sup>37</sup> Moreover, Croatian Law has come very close to the Austrian law in terms of the widest span of recognized

35 HLK comment from 14.5.2018; HPK comment from 15.5.2018 (esavjetovanja.gov.hr, 2018).

36 Additionally, after a long time, the Croatian clinical psychologists employed inside the health system managed to rightfully formalize their activities of psychotherapy and psychotherapy became one of the Croatian health insurance fund reimbursable services (Croatian Health Insurance Fund – Hrvatski Zavod za ZdravstvenoOsiguranje: Provođenje zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama – dijagnostički i terapijski postupci koje provode psiholozi (Klasa: 530-02/13-01/12; Ur.br: 338-01-34-13-71, from 13.11.2013).

37 According to the regulations from 2011 (nn100/2011), knowing the theoretical assumptions and attaining the basic level of one of the following psychotherapies: *individual and group psychodynamic, cognitive-behavioural, systemic and integrative psychotherapies*, was introduced in the programme for residency in psychiatry. Prior to this, when psychotherapy was "regulated" as a sub-specialization of psychiatrists, learning psychotherapy techniques supported by psychodynamic theory and self-experience in analytical group put psychodynamic approach as the only recognized psychotherapy approach (Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika (NN 33/1994).

modalities which had 23 accredited modalities up until October 2017 (Heidegger, 2017).

There are currently 21 associations that are members of SPUH which represent various approaches (savez-spuh.hr, 2019). Almost all the associations provide or ensure other organizations provide training in their particular approach. These include Gestalt therapy, Glaser's Reality therapy, Transactional analysis, Psychodrama, IMAGO (couples) therapy, Logotherapy, Neuro-linguistic psychotherapy, Psychotherapy of cybernetics, Behavioural-cognitive therapy, Dance Movement psychotherapy, Sex therapy, Systemic psychotherapy, Play therapy, Psychoanalysis, Group analysis, Integrative therapy, and recently Body-oriented psychotherapy. There are also individuals with ECP training in other approaches not represented by the associations, but who are also members of the umbrella organization.

The criteria to become a member of SPUH has changed throughout the years and has kept rising in favour of strengthening the criteria for the new applicants. Based on the fact that a certain approach is recognized by EAP, not all of the SPUH members satisfy the standards to become recognized as psychotherapists in Croatia<sup>38</sup>. For example, the Croatian Association for Dance Movement Psychotherapy that started training for dance and movement psychotherapists in the country in 2010 and became a SPUH member in 2012, has no accredited training within EAP and their therapists may not get a licence (Kurjan-Manestar, personal communication).

On the other hand, Croatia has joined the majority of other countries that have regulated psychotherapy as a postgraduate profession dependent on prior training. With reference to the proposed legislation by SPUH, the prior professional requirements were regarded in exactly the opposite proposal. The preparatory course, or propaedeutics, intended to serve as a "neutralizer" to the prior education, such as in Austria where a psychotherapist is only fully recognized once propaedeutics and "Fachspezifikum", i.e. training in specific modality, is completed. Propaedeutics were therefore conceptualized in regulations by SPUH in 2015 and "allowing" professionals with different backgrounds to become psychotherapists would be a step closer to an autonomous profession. This may seem a somewhat revolutionary idea once we remember the very recent struggles that SPUH went through in pursuit of the law.

Since the enactment of the law, SPUH has continued with their activities and regular meetings. The latest administration has been collaborating with

---

38 SPUH members can be only associations, and not the individuals. However, an individual is a SPUH member by being the member of its constituent association.

the Ministry on establishing the Chamber of Psychotherapists whose founding assembly was held on March 14th, 2019 and Jadran Morović was elected as the president. As proposed by the law, the purpose of the Chamber of Psychotherapists as an independent professional organization is to protect the reputation and rights of psychotherapists and advisory psychotherapists, and supervises their work (Article 21).

There is still a long road ahead and this enactment of the law and inauguration of the Chamber of Psychotherapists are only steps along the way. Psychotherapists in Croatia will still need to work on advancement of the profession and also establishing psychotherapy as a research field. Taking a look at the future, one could expect the Chamber would work on setting up more control over training and establishing training institutions which are currently scattered across different associations and private companies. Propaedeutics, as proposed by SPUH in 2015, is being currently offered only by the Edward Bernays University College, which is a private higher education institution. Although certain psychotherapy modalities collaborate with public institutions, such as the Institute for Group Analysis that collaborates with hospitals to work with groups of patients, none of the public institutions offer psychotherapy training. With the present regulation of the profession, greater provision for training within private and public institutions could be possible.

## Conclusion

This paper analysed the process of establishing psychotherapy as a profession in Croatia which culminated in enactment of the Law on Psychotherapy Practice in July 2018. Tracking the historical events of psychotherapy in Croatia, there was a long period of practice of psychotherapy by psychiatrists and somewhat later psychologists. In 2004, the umbrella organization was re-established and systematically worked towards establishing psychotherapy as independent practice. This process encompassed the interest groups' prevalence and considerations over definition of psychotherapy and the prerequisite for its practice. Although enacting the law is a successful achievement in view of the relatively small number of countries that have regulated psychotherapy, the law itself provides several points for further consideration.

As discussed in this paper, the first point of the law is that psychotherapy is regulated as an economic activity outside of the health system and the regulation falls under the social welfare system. Psychotherapy is still performed

as an activity of psychiatrists and psychologists working in the health system in Croatia. Secondly, psychotherapy training is considered as postgraduate training. Furthermore, the law differentiates psychotherapists from advisory psychotherapists in their basic profession, whereby psychotherapists are primarily either medical doctors, psychologists, social workers, educational rehabilitators, pedagogues, social pedagogues or speech pathologists, and do not require propaedeutics in psychotherapy. Propaedeutics is, on the other hand, obligatory for other graduate professionals to become advisory psychotherapists. Both, psychotherapists and advisory psychotherapists require minimally 4-year training in any psychotherapy modality recognized by EAP. Finally, the law proposed founding of Chamber of Psychotherapists which has recently been established and will continue the work of protection and advancement of the profession.

## References

- Babić, T. (2014). Zakonska regulativa u psihoterapiji u Republici Hrvatskoj. In: Kozarić Kovačić, D. & Frančišković, T. (Eds) *Psihoterapijski pravci*. Medicinska naklada, Zagreb, p526-539.
- Bani, M., Rezzonico, G. & Strepparava, M. (2008). The Psychotherapeutic Professions in Italy. Society for Psychotherapy Research: Reports on the psychotherapeutic professions. Retrieved from: <https://www.psychotherapyresearch.org/page/SPRCultureReport>
- Bedenić, M. (1964). Biografija autora. U: Bedenić, Milan: *Duševna higijena u svakidašnjem životu*. p453-459.
- Bednar, W., Lanske, P. & Schaffenberger, E (2004) *Regulation of the Professions of Psychotherapist Clinical Psychologist Health Psychologist in the Member States of the EEA and the Swiss Confederation*. Vienna, Austrian Health Institute.
- Betlheim, R. & Lerotić, G. (Eds.) (2006). *Stjepan Betlheim, Radovi, pisma, dokumenti (1898 – 1970)*. Zagreb, Antibarbarus.
- Bogner, A. & Menz, W. (2009). The Theory-Generating Expert Interview: Epistemological Interest, Forms of Knowledge, Interaction. In: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Eds.) *Interviewing experts*. Palgrave Macmillan, Basingstoke. p43-81.
- Davies, J. (2009). Psychotherapy and the third wave of professionalisation, *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 11:2, 191-202, DOI: 10.1080/13642530902978652
- Fiegl, J. (2016) *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie: Forschungsergebnisse zur Eignung und zum Ausbildungsverlauf aus der Perspektive von Studierenden und Experten*. Münster, New York: Waxmann.
- Gemignani, M. & Giliberto, M. (2005). Counselling and Psychotherapy in Italy: A Profession in Constant Change. *Journal of Mental Health Counselling*. 27. 168-184. DOI: 10.17744/mehc.27.2.j5pgfrwhk91hqu9q
- Ginger, S. (2010). Colloquium on the Status of Psychotherapy in Europe. Paper presented at The European Conference on the political and legal status of psychotherapists from a professionals and clients protection point of view in the European Union, Vienna, February 18th, 2010. Retrieved from: <http://www.sergeginger.net> (September 29th, 2019).
- Heidegger, K.E. (2017). The Situation of Psychotherapy in Austria. Retrieved from <https://www.europsyche.org/situation-of-psychotherapy-in-various-countries/austria/> (August 19th, 2019)
- Hutschemaekers, G. J., & Oosterhuis, H. (2004). Psychotherapy in The Netherlands after the Second World War. *Medical history*, 48(4), 429–448. doi:10.1017/S002572730000795x
- Jureško, G. & Godeč, Ž. (2018, February 11th). Zakon o djelatnosti psihoterapije: Rat za status kontrolora psihičkog stanja nacije. [Newspaper article]. *Jutarnji list*. Retrieved from: <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/rat-za-status-kontrolora-psihičkog-stanja-nacije/7018671/>
- Kolesarić, V., Krizmanić, M. & Havelka, M. (Eds.) (1994). *Zaključci stručnog savjetovanja "Psiholozi u pružanju pomoći stradalnicima rata"*, Zagreb, Fratovac, 18. i 19. studeni, 1994; Hrvatsko psihološko društvo, Zagreb.
- Kolesarić, V. & Pavlina, Ž. (1986). Pet desetljeća »Acta Instituti Psychologici Universitatis Zagabiensis« 7. Psihologijski skup »Dani Ramira Bujasa« - 1984. *Primijenjena psihologija*, 7 (1-4), p141-143.
- Krause-Girth, K. (2002): Germany [Psychotherapy in Europe]. In: A. Pritz (Ed.): *Globalized Psychotherapy*. Vienna, Facultas Universitätsverlag. 134-155.
- Kulenović, A. (1999). Odsjek i psihologijska praksa: današnje stanje. In: Dean Ajduković (Ed.) *Psihologija – znanost za čovjeka 21. Stoljeća. 1929. – 1999. 70 godina Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu*. Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Zagreb. p54-70
- Macdonald, K. M. (1995). *The Sociology of the Professions*. Sage Publications, London.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). The Expert Interview and Changes in Knowledge Production. In: Alexander Bogner, Beate Littig & Wolfgang Menz (Eds.) *Interviewing experts*. Palgrave Macmillan, Basingstoke. p17-43.

- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. In Fiegl, J. (2016). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava in neposrednem študiju psihoterapije*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: p165-190.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. & Rakovec, P. (2018). Croatia, Malta and Germany passed psychotherapy laws in 2018: How about Slovenia? *Slovenian Journal of Psychotherapy*, 12, 3-4, p245-272.
- Pečjak, V. (1980). Kratki prikaz razvoja psihologije u Jugoslaviji, I dio. *Primijenjena psihologija* 1, p205-216.
- Pečjak, V. (1981). Kratki prikaz razvoja psihologije u Jugoslaviji, II dio. *Primijenjena psihologija* 2, p77-83.
- Pečjak, V. (1981a). Kratki prikaz razvoja psihologije u Jugoslaviji, III dio. *Primijenjena psihologija* 2, p192-199.
- Prevendar, T. (2018). *Development of Psychotherapy in Croatia*. Sigmund Freud Privatuniversität Wien (doctoral dissertation).
- Strauss, B. (2008). The Psychotherapeutic Professions in Germany. Society for Psychotherapy Research: Reports on the psychotherapeutic professions. Retrieved from: <https://www.psychotherapyresearch.org/page/SPRCultureReport> (September 2nd, 2019).
- Toth, M. (1992, May 21st). Pepeljuga koju je probudio rat. [Newspaper article]. *Vjesnik*, Zagreb.
- Vlašić Smrekar, N. (2013, July 12th). Magija Ramira Bujasa kao ona Copperfieldova. [Newspaper article]. *Večernji list*, Zagreb. Retrieved from: <http://www.vecernji.hr/ljetna-panorama/magija-ramira-bujasa-kao-ona-copperfieldova-581680>

## Documents, Regulations, Laws, Official websites:

- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) 18.12.1998. Germany: Training and Examination Regulations for Psychological Psychotherapists.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) 18.12.1998. Germany: Training and Examination Regulations for Child and Youth Psychotherapists.
- Croatian Health Insurance Fund - Hrvatski Zavod za ZdravstvenoOsiguranje: Provođenje zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama – dijagnostički i terapijski postupci koje provode psiholozi (Klasa: 530-02/13-01/12; Ur.br: 338-01-34-13-71, from 13.11.2013).
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG) 16. 6. 1998. (BGBl. I S. 1311). Germany: Law on Psychotherapy.
- Die Bundesregierung (2019): Ausbildung neu geregelt. 26th, September 2019. Retrieved from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/psychotherapeuten-ausbildung-1584140>
- European Commission: Regulated Professions Database. Retrieved from: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm> (August 31st, 2019)
- Finnish Decree on Health Care Professionals 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 564/1994. Retrieved from: <http://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940564>
- Law governing the regulated professions and the recognition of professional qualifications (2001). (Par reglamentētājām profesijām un profesionālās kvalifikācijas atzīšanu. A sadaļa Reglamentētās profesijas Latvijas Republikā). Retrieved from: <https://likumi.lv/doc.php?id=26021> Republic of Latvia.
- Law on Medical Treatment (1997). (Ārstniecības likums. I nodaļa Vispārīgie noteikumi, 1997): Retrieved from: <https://likumi.lv/doc.php?id=44108> Republic of Latvia.
- Law 18, No.56 (1989): The Regulation of the Profession of Psychologist (L. 18 febbraio 1989, n. 56. Ordinanza della professione di psicologo. Pubblicata nella Gazz. Uff. 24 febbraio 1989, n. 46.). Official Collection of Legislative Acts of the Republic of Italy. Retrieved from: [http://www.psy.it/allegati/legge\\_56\\_1989\\_02\\_18.pdf](http://www.psy.it/allegati/legge_56_1989_02_18.pdf)

- LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1): Article 52. Retrieved from [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/article\\_52](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/9/SANX0300055L/jo/article_52)
- Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute. Retrieved from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/5/20/SASP1011132D/jo/texte>  
France: Regulations on the use of the title of psychotherapist.  
mdomsp.gov.hr (2017) Okruglistol o Nacrtu prijedloga Zakona o djelatnosti psihoterapije. Published on 22.3.2017. <http://www.mdomsp.gov.hr/vijesti-8/okrugli-stol-o-nacrtu-prijedloga-zakona-o-djelatnosti-psihoterapije/4496>
- Pravilnik o granama specijalizacije i trajanju specijalističkog staža zdravstvenih službenika (SL FNRJ 24/1959)
- Pravilnik o specijalizaciji liječnika, zubnih liječnika i diplomiranih farmaceuta (NN 39/74)
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju zdravstvenih djelatnika (NN 33/1994)
- Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/11, 133/11, 54/12, 49/13, 139/14, 116/15, 62/16 and 69/16)
- Psychotherapiegesetz (1990), BGBl. Nr. 361/1990 – Austrian Law on Psychotherapy
- Psychotherapy Profession Act (2018). Chapter 587, Act XXV of 2018. Republic of Malta. September 15th, 2018. Retrieved from: <http://justiceservices.gov.mt>
- Psychotherapy Regulation in Lichtenstein (2008). Art. 6 Abs. 1 lit. r Gesundheitsgesetz, LGBl. 2008. Liechtenstein State Law Gazette Nr. 30.
- Vm. Art. 69 ff Gesundheitsverordnung, LGBl. 2008. Liechtenstein State Law Gazette Nr. 39. Retrieved from: <https://www.llv.li/inhalt/11712/amtstellen/psychotherapeut>
- Psychotherapy Regulation in Luxembourg (2015). Act of 14 July 2015 establishing the profession of psychotherapist. Retrieved from: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2015/07/14/n1/jo>
- The Dutch Parliamentary documents II (2014): Labor Market Policy and Health Sector Training; Nr. 211: Letter from the Minister of Public Health, Wellness and Sport to the President of the Lower House of the States-General. The Hague, 2 December 2014. (Kamerstukken II, 2013-2014, 29 282, nr. 182). Retrieved from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29282-211.html>
- The Representative's Inquiry – Zastupničko pitanje dr.sc. Mirele Holy Predsjedniku hrvatskog Sabora (from July 3rd, 2014, Klasa 021-12/14-18/298, Ur.br: 6531-14-01; Hrvatski Sabor).
- The Resolution on the Expert Working group established by the Ministry of Social Policy and Youth: Odluka Ministarstva socijalne politike i mladih, Klasa: 011-01/15-02/1, from April 15th, 2015, courtesy of Mrs. Zvezdana Janičar).
- Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske (2009; 2010) <https://spuh.wordpress.com/> - the second website of The Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia; posts published from 10.3.2009 until 6.12.2010)
- Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske (2019) official website: [www.savez-spuh.hr](http://www.savez-spuh.hr)  
SPUH (1997): Statute of the Association of Psychotherapeutic Societies of Croatia (14.7.1997)
- SPUH (2004-2017) minutes of the meetings. Retrieved from the Archive of SPUH.
- Središnji državni portal e-savjetovanja – [esavjetovanja.gov.hr](http://esavjetovanja.gov.hr) (2015; 2018)
- Strasbourg Declaration of Psychotherapy, October 21st, 1990, Strasbourg.  
Retrieved from: <https://www.europsyche.org/about-eap/documents-activities/strasbourg-declaration-on-psychotherapy/> (October 2nd, 2019)
- Zakon o djelatnosti psihoterapije – NN 64/2018 (18.7.2018.)
- Zakon o zdravstvu NN 32/1970





Heinz LAUBREUTER

## About psychotherapy science

### *O psihoterapevtski znanosti*

#### Abstract

This paper introduces ideas on the nature of and concept for Psychotherapy Science. A distinction is made between Science and Profession. The results of psychotherapy research suggest that the social sciences should impact more strongly on Psychotherapy Science. A formal institutional approach is proposed for the establishment and development of a Psychotherapy Science – in due recognition of the plurality of psychotherapy.

#### Key words

profession, science, social sciences, psychotherapy methods, health, mental illness

#### Povzetek

V članku predstavim koncept psihoterapevtske znanosti in ideje o njegovi naravi. Opišem razliko med psihoterapijo kot znanostjo in stroko. Ugotovitve raziskav o psihoterapiji kažejo, da bi morale imeti družbene vede večji vpliv na psihoterapevtsko znanost kot doslej. Predlagam formalni institucionalni pristop za osnivanje in razvijanje psihoterapevtske znanosti. Ob tem upoštevam pluralnost psihoterapije.

#### Ključne besede

stroka, znanost, družbene vede, psihoterapevtske metode, zdravje, duševne motnje

## Introduction

An internationally renowned psychotherapy researcher, D. Orlinsky, relates a joke told in research circles in the past: "A joke circulated among insiders some years ago about psychotherapy being a field of applied science for which the science that was applied had not yet been developed." (Orlinsky, 2010)

It is a peculiar phenomenon: Few disciplines have been researched as extensively as psychotherapy in the past three decades. Dozens of meta-analysis studies have established that psychotherapy is effective to highly effective. On the other hand, there are few disciplines which have for so long been the subject of intensive debate about their scientific or non-scientific nature.

The concept of Psychotherapy Science was coined during the past decade. A "Section for the Promotion of Psychotherapy Science" (APA, 2011) was created under the American Psychological Association. Germany has an "Association for Psychotherapy Science" (Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft; DGPTW, 2011). At the outset, this group produced a book in 2011 with the objective of establishing "Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin" [Psychotherapy Science. Introduction to a new 'Science of Humanities' discipline] (Fischer, 2011).

An Inter-University Centre for Psychotherapy Science was founded in Austria (IZP, 2011). The Sigmund Freud Private University offers "Psychotherapy Science" studies in Vienna, Paris and Ljubljana (SFU, 2011).

This paper discusses some thoughts on Psychotherapy Science. This concept is not the same as similar-sounding concepts such as "scientific psychotherapy" or "scientifically based psychotherapy".

These reflections are based on the following observations and assumptions:

- Psychotherapy as it is practiced today is effective and supportive to clients. A by now significant number of meta-analyses demonstrate effect sizes between 0.5 and 0.8. This score is deemed effective to highly effective. (Lambert & Ogles, 2004)
- Psychotherapy is a profession with science at its side. Profession and science have a non-hierarchical relationship. (Buchholz, 2004)
- There is no concept at present of one science to represent all the forms of psychotherapy.
- Efforts to develop a Psychotherapy Science should be based on the demands made on psychotherapy, as represented by present client requirements.
- Services in a dynamic-capitalist society - including medical and psycho-social services are continuously under pressure to develop and increase productivity.

## Profession and Science

"Understanding the nature of psychotherapy is a daunting task." This is how Wampold (2001) introduces his major study on the status of present-day psychotherapy research. "There are over 250 distinct psychotherapeutic approaches, which are described, in one way or another, in over 10 000 books. Moreover, tens of thousands of books, book chapters and journal articles have reported research conducted to understand psychotherapy and to test whether it works. It is no wonder that, faced with the literature on psychotherapy, confusion reigns, controversy flourishes, converging evidence is sparse, and recognition of psychotherapy as a science is tenuous."

This diversity is hard to comprehend, yet also fertile. If psychotherapy constitutes the treatment of experience-related disorders or illnesses, then such diversity would also appear reasonable, considering the diversity of human experiences and suffering in a pluralistic world.

“This plurality of our approach to the world is also reflected in the sciences: not only in the diversity of the disciplines but also in our preference for certain perspectives, questions, approaches, priorities etc. within a discipline. ...but psychotherapy is also integrated in the plurality of these approaches to the world more closely than any other science or professional activity. Psychotherapy influences the structure of the interpretation of meaning more than other interventionist activities (such as technical changes, biological interventions, even approaches in the field of somatic medicine).” (Kriz, 2003)

Understanding psychotherapy in this way simultaneously appears appropriate and exposed. Exposed, because this may also be seen as a boundary to that which is hard to grasp scientifically. A sociological perspective may be useful, given such an exposed position. With this approach, the scientific character primarily has the function of providing interdisciplinary communication platforms via which the experiences of the psychotherapy system may be presented to other sciences in condensed form. Other sciences may then learn from psychotherapy, quasi second-hand, without the need to gain insights into psychotherapy by way of complicated applied research. (Luhmann, 1999)

Psychotherapy primarily is not, however, scientific in its actions and reasoning, but rather professional. Science should support such professional reasoning and actions. It does not rank above the profession but has a non-hierarchical supportive role (Buchholz, 2004).

The fundamental and significant character of this distinction between profession and science is evident from the situation when we face a client in a professional situation when we have to – for good reason – pretend we know everything necessary to handle the situation and we need to exercise our competence-based authority. In the scientific situation, we need to – for good reasons – pretend we do not know much.

With reference to the conceptual differentiation between scientific basis and practical action, as evident in other professions (e.g. doctor and medicine, attorney and law, teacher and education), Kriz (2005) writes: “Psychotherapy has no such relationship. Although the “Psychotherapy Science” concept is indeed under debate, it has not yet succeeded in asserting itself – neither in name nor conceptually, certainly not institutionally. In reverse perspective, linking psychotherapy to a basic science is thus uncertain.”

### **The social sciences impact**

With the regard to the role of science in psychotherapy it is generally assumed that what happens in therapeutic practice is based on proven scientific knowledge. Psychotherapy is not a process applied by relevantly talented people who follow their intuition based exclusively on special abilities of empathy, communication or suggestion. Therapeutic practice is, in fact, reasoned and justified and based on teachable and learnable knowledge about the origin and course of mental illnesses and their treatment.

This, approximately, is how science in psychotherapy is generally understood. Discussions about Psychotherapy Science do not repudiate this, but adopt a slightly different or even wider perspective. An article by Fürstenau in 1972 demonstrates this. His remarkably farsighted article

deserves some elaboration, since it deals with the core of the matter.

“Socio-scientific analysis in this way lends Psychotherapy Science impulses and freedom for further technical development. The dynamics of late capitalist societies support such socio-scientific analyses by creating tensions towards the “implicitness” of past practice and theory by changing the social constellation, thereby enforcing socio-scientific reflections as described. Such changes capable of triggering reflection might include: changes in the personality structure of humans and their “illnesses”, changes in the orientation of next generation therapists, changes in psychotherapy working conditions, or changes in the interest of the state or major industries in psychotherapy.” (Fürstenau, 1972/1992)

It is remarkable how he expanded his vision to include a socio-scientific perspective. This thought pattern originated from understanding psychotherapy as a special kind of social interaction in a specific and concrete social environment.

Let us use an example to illustrate the importance of such a perspective. Argelander, in his well-known paper on the Initial Interview in Psychotherapy, writes:

“A new discussion around defining the concept of mental illness followed when insurance companies started covering the cost of psychotherapy. With our patient, illness and personal fate are hard to separate. ... Drawing the line here between illness and personal fate is a decision subject to opinion or definition. This decision is influenced by cultural norms, the state of knowledge and awareness and, last not least, by the money which an individual or society is willing and able to pay for treatment of the illness“ (Argelander, 1970).

This discussion has indeed arrived and continues to this day.

The purely professional psychotherapeutic perspective is not an adequate approach to problems of this kind. The call is for an approach distanced from, yet cognisant of the therapeutic situation. An approach side by side with the profession, not simply providing its justification.

### **Ongoing development of psychotherapeutic concepts**

One of the considerations and reasons for developing a Psychotherapy Science – however embryonic that science may be – is that individual psychotherapy methods – such as Psychoanalysis, Cognitive Behavioural Therapy, Gestalt Therapy, etc. – are scientifically founded. The scientific efforts and research within these individual methods represent only part of the scope of work within the psychotherapy field of science today. Endeavours to create new major modalities with the approximate status of present-day psychoanalysis, CBT, Gestalt Therapy etc. represent phenomena on the margins of the current scientific field of psychotherapy.

“We do not foresee any major new theoretical developments along the line of global, comprehensive theories that attempt to explain all aspects of personality, psychopathology and psychotherapy, as we have in the past. It is more likely that the trend toward mini theories centered on specific problem domains and empirical evaluations will continue.” (Lambert, Garfield & Bergin, 2004)

Further development of traditional therapy schools into sufficiently differentiated flexible

treatment concepts, which are applicable to diverse client constellations and client situations, i.e. having a wide range of applications, would be only one model for the successful further development of psychotherapy in our society. A second model would be specialisation through integration of discipline-spanning methods. In the stationary field as in specialised clinics, discipline-spanning combinations of different approaches to treatment methods have and still are increasingly driving clinic specialisation. A third model constitutes methods offering only one specific creative method or a specific therapeutic medium for mobilisation of clients and which largely dispenses with differentiated treatment concepts and a scientific basis for their practice. With these offers and insofar as these methods are available on the free market, the responsibility for evaluating as to whether and to what extent these offers are appropriate is up to the client (Fürstenau, 2007). Examples of this third model may include: trauma-therapy techniques, family constellations, body-therapy approaches, art therapy, therapeutic work using creative media.

### **Establishment of a Psychotherapy Science**

It is widely agreed today that neither medicine nor psychology constitute a guiding science for modern psychotherapy. Psychotherapy has differentiated itself too far as a social interaction of a special kind, as a conscious exercise of influencing human experience and behaviour within the framework of an artificially intimate working relationship between a therapist (or therapeutic system) and a client (or client system).

The field of psychotherapy displays all the typical characteristics of scientific activity. Its content is taught at universities in one form or another, global research activities exist within and external to universities, a comprehensive publication system, organised along conventional scientific standards exists and congresses are organised as is typical for the exchange of scientific results.

From this perspective, psychotherapy can be said to be another science among many.

This formal institutional perspective refers to the following definition of Science:

“Anything represented by at least one chair and taught within the framework of this chair at present and past universities may be called ‘Science’” (Weingartner, 1978)

In view of this, it may be stated that Psychotherapy Science has already cautiously established itself, since regular Psychotherapy Science study courses are offered at universities and since institutes and chairs for Psychotherapy Science are found in Vienna and Paris and soon in Ljubljana as well.

Such a formal institutional approach to the development of a Science of Psychotherapy may be preferable, due to the fact that psychotherapy, for good reasons, is a multi-faceted and varied field. Furthermore, in the present and foreseeable future, scientific and research efforts are still lagging far behind the accumulated knowledge in the profession. It may, for this reason, be foreseen that it would hardly be possible to define a closed Psychotherapy Science concept which would not be reductionist in respect of the know-how of the profession. And ultimately, the position of the profession and the globally exercised and proven efficacy in practice suggests that the sociological function of science mentioned above should rather be a model. Science is a platform which, in its specific form, projects, explains and invites for external discussion that which is observed and experienced in internal practice.

Fürstenau, in a study on the “glitzy-awkward socio-cultural psychotherapy phenomenon”, writes that “Structural changes in our society demand the continuous generation of novelty. Progress is compulsory in this respect, whether psychotherapists like it or not. But development of the new is only possible if and where experimental processes are allowed” (Fürstenau, 2007)

Universities are one of the places where experimental processes are possible. In this respect, to cite a relevant example, psychoanalysts at the University of Frankfurt in the seventies were already experimenting with psycho-analytical self-awareness and supervision within the framework of study courses (Kutter & Roth 1981), subject to all the restrictions of traditional university activities. Today, decades later, the establishment of private universities is opening up more options for experimentation.

Without a doubt, the governing paradigm at our universities today is that which Wampold (2001) analysed in detail under the title of “medical model”, finding it to be unsuitable for psychotherapy. As an alternative, he developed a “contextual model” as a conceptual approach and framework for psychotherapy. The essential point of departure for this concept is based on the results of psychotherapy research, which do not allow application of the medical dose-effect principle, i.e. the isolation of specific ingredients as the active factors. The process is rather a complex process of interaction.

Although this concept has not found much resonance in the established systems of health authorities or university mainstream, the “paradoxes of capitalist modernisation”, as named by Honneth (2010), are evident with for instance the emergence of parallel structures and designs, as found in the establishment of private universities which enable teaching and research along the lines of “contextual models”.

### **Potential challenges today**

The political and social framework within which we are contemplating the development of Psychotherapy Science today was aptly described by Fürstenau (2006) as follows:

“The state, through its policies, has the responsibility of modernising the health systems under constraint of transparent and fair optimisation of resource allocation and utilisation. Even the Department of Health is subject to economic principles: Traditional structures and economic methodology, legacy privileges and lack of transparency must be justified. Economic optimisation, however, is only possible in association with technical revision and ongoing development. The scope of this discussion includes economic and technical points of view and has now also reached psychotherapy, which over the past century has developed rather unstructured and now needs to debate economic and technical concerns more in public than it was necessary in the past. The political demand for proof of sustainable quality shows the way in which economic and technical aspects may logically interrelate.”

An extremely comprehensive and multi-faceted experiential knowledge, proven in many different contexts, has accumulated in professional practice. Research must now investigate for instance the problem posed by Albany and Geyer (2006) who wrote: “We have as yet no answer to the problem of the effectiveness of psychotherapy as a function of the duration and intensity

of a therapy... More in depth research will in future be required into the differential indicators in respect of therapeutic methods and also into the relative effectiveness of psychotherapy, using different therapy durations and intensities, including the economic aspects of health. This should take place in RCT studies, but especially also in the course of research into psychotherapeutic/ psychosomatic care, such as exists in rudimentary form only today.”

In such research two aspects appear to deserve special attention. First, the fact that the personality of the therapist, in the broadest sense, decisively influences the ultimate success of the therapy. Secondly, the question of how to get the patient to a suitable therapist for the suitable treatment at the right time.

The therapeutic repertoire is extensive. How to utilise this to offer realistic treatment in terms of resources of time, money and personal effort, to people who in each case are socially and culturally different and who have different sets of values. This can be the context for future research into training which would also include acquiring competencies and research into care. These are important contemporary challenges in Psychotherapy Science.

For example: Based on the information available today, we estimate that roughly 20 to 30 percent of everyday treatment does not produce satisfactory results in one way or another. How can we determine at an early stage that treatment will have little or no chance of success? And how to do this without simply retaining only the early responders in treatment. Questions such as these should be as pressing to us as they are to the patients and the providers.

## **Conclusions**

In recognition of the significant distinctions between profession and science, it is proposed to develop and establish Psychotherapy Science by way of formal institutional processes. This would comprise the implementation of study courses, chairs and Psychotherapy Science institutes at universities. Realistically this would be primarily on private universities. It is not significant in terms of the study courses whether these offer full qualification as psychotherapists or not. Both options make sense and could exist in parallel. Traditional training within a framework of training institutes other than universities should likewise continue.

Psychotherapy Science has relevance to the profession in more than one respect. First, by researching applied practice and possible future methodologies, with the intention of making these available for consideration and debate. And to present the inner workings of the profession to other social subsystems – especially Science and Health. Secondly, research into the prerequisites for productive psychotherapeutic services. This includes framework conditions for the profession and the autonomous and independent organisation of psychotherapy care, and, ultimately, the other social, economic and cultural influences on the psychotherapy field of work.

In view of the present and likely future situation of our dynamic and late capitalist societies, we consider one maxim as particularly inspirational - both for our science and our profession: To strengthen our confidence in our ability to help our clients, given limited means.

## Literature

- Albani C. Geyer M. (2006). *Zu kurz, um wahr zu sein?* In B. Strauß & M. Geyer (Ed.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- APA (2011). [http://www.div17.org/sections\\_pps.html](http://www.div17.org/sections_pps.html)
- Argelander H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Primus.
- Buchholz M.B. (2004). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- DGPTW (2011). <http://www.dgptw.de>
- Fischer G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fürstenau P. (1972/1992). Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. Eine sozialmedizinische Studie. In *Psyche* 26. Stuttgart. Wiederveröffentlicht in: P. Fürstenau (1992). *Zur Theorie psychoanalytischer Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fürstenau P. (2006). Globalisierung und Ökonomisierung in der Psychotherapie – Eine Einführung. In B. Strauß & M. Geyer (Ed.). *Psychotherapie in Zeiten der Globalisierung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fürstenau P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen – systemisch denken – suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Honneth A. (2010). Paradoxien der kapitalistischen Modernisierung. In A. Honneth. *Das Ich im Wir*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- IZP (2011). <http://www.psychotherapiewissenschaft.at>
- Kriz J. (2003). *Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie*. Zürich.
- Kriz J. (2005) Wissenschaftliche Grundlagen: Denkmodelle. In W. Senf & M. Broda, *Praxis der Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Kutter P. & Roth J.K. (1981). *Psychoanalyse an der Universität*. Frankfurt/M: Fischer.
- Lambert M.J., Garfield S.L. & Bergin A.E. (2004). Overview, Trends and Future Issues. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th Ed. New York: Wiley.
- Lambert M.J. & Ogles B.O. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th Ed. New York: Wiley
- Luhmann N. (1999). *Funktion der Religion*. Frankfurt/M: Suhrkamp
- SFU (2011). <http://sfu.ac.at>
- Wampold B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. New York–London: Routledge.
- Weingartner P. (1978). *Wissenschaftstheorie I: Einführung in die Hauptprobleme*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.







Heinz Laubreuter<sup>1</sup>

# Profession and discipline of psychotherapy

## Psihoterapija kot poklic in disciplina

### POVZETEK

V članku je podana teoretična analiza nastanka *psihoterapevtske znanosti* kot samostojne znanstvene discipline in kot poklica, ki se razlikuje od medicine in psihologije. V kontekstu diferenciacije psihoterapevtske znanosti kot samostojne znanstvene discipline se je psihoterapija razvila kot področje učinkovite profesionalizacije. Šele nedavno se je začela institucionalizacija bistvenih elementov te discipline z lastnim naborom znanj preko univerz. Te univerze oblikujejo znanstvenike, ki povratno prispevajo k razvoju znanj na tem področju.

**Ključne besede:** teorije poklicev, psihoterapija kot poklic, psihoterapevtska znanost

### ABSTRACT

This paper provides a theoretical analysis of the emergence of *Psychotherapy Science* as an independent scientific discipline and profession, distinct from medicine and psychology. Within the context of this differentiation of psychotherapy science as its own scientific discipline, it is noted that psychotherapy has emerged as a field with effective professionalising. Indeed, it has recently begun the task of institutionalizing the transmission of the essential elements of itself as a discipline with its own form of knowledge through the establishment of universities. These universities seek to form professional psychotherapy scientists who, in turn, seek to scientifically advance knowledge within the field.

**Keywords:** theories of professions, psychotherapy as a profession, psychotherapy science.

### Introduction

Within Western societies, psychotherapeutic treatments constitute an ever-increasing and substantial factor in the demand for professional healthcare support. Concerned persons seek out what Freud called psychotherapy's "comforting effect." Through what Fürstenaу (2007) calls a "colourful-bulky sociocultural phenomenon"<sup>2</sup> (p. 27), psychotherapy seeks to provide colour to the experience and behaviour of those who feel themselves

1 Mag. Heinz Laubreuter, psychotherapist, Sigmund Freud University Vienna, [heinz.laubreuter@sfu.ac.at](mailto:heinz.laubreuter@sfu.ac.at)

2 As cited direct quotes in this text are mostly originally German, translations were made by the author of this paper.

in a monochromatic world. But this “bulky” phenomenon known as psychotherapy is not easily comprehensible by other societal subsystems, and it does not yet even fully comprehend itself. Within and beyond the field of psychotherapy, therefore, there are discussions and disagreements of the nature of psychotherapy’s own internal and competing theories, its legitimacy within health services, and regulations concerning training and license of psychotherapists. There is even debate about whether psychotherapy is even a science at all.<sup>3</sup>

If the theologically-driven notion of pastoral care remains unconsidered, there are three social agents that can play a role in the field of mental health: medicine, psychology, and psychotherapy. This diversity of professional approaches can add to the confusion as to the role of psychotherapy’s role, since it leaves persons seeking psychotherapeutic advice facing various job titles, such as psychotherapist, psychiatrist, psychologist and medical doctor. This creates an extremely confusing landscape, and the question becomes where psychotherapy comes from and where it belongs within this setting.

### **The emergence of the field of psychotherapy and the issues of its future transmission as a profession**

Perhaps surprisingly for many people, viewed structurally, medicine and psychotherapy bear a stronger likeness to each other than they do to psychology. Both medicine and psychotherapy recognize themselves as being a hybrid of art and science. They are practical sciences, applied sciences, sciences with a great extra-scientific interest, not science in its classical meaning but a knowledge-based theory of art (Kunstlehre).

Accordingly, medicine and psychotherapy see themselves as professions in the sense that they involve the practice of an art for the good of others, where learning of the art in question is transmitted through years of university study and training: This training is targeted towards practicing in a certain healing context. In that regard, it can be seen that historically speaking medicine can be distinguished from psychology in that medicine has long been accepted as being a healing profession based on a well-established and university-taught science, whereas psychology, in contrast, has not had a healing-related professional interest, as such. Since its differentiation from philosophy and especially with the development of experimental psychology<sup>4</sup>, up until the second half of the 20th century, the topic of applied, or clinical, psychology was hardly a leading question of the field of psychology, which tended to be academic in nature.<sup>5</sup>

Psychotherapy, on the other hand, emerged as a healing-practice that developed and advanced outside of academic institutions, but which nonetheless maintained a claim to scientificity. Unsurprisingly, it was a medical doctor, Freud, who promoted this emerging new scientific healing-profession greatly. As it emerged, the field of psychotherapy brought with it what might be called a certain heterogeneity. That is to say, it found itself as having a variety of concepts which were not superficially in accordance with

3 Interestingly, such discussions can, in part, depend on historic-social-institutional factors. Very similar debates raged forcefully about the nature of medicine when it initially emerged as a profession, a fact highlighted by the French philosopher Canguilhem (2012, p. 20).

4 On the differentiation of psychology and the development of its thought styles see Benetka (2002).

5 “Experimentally-based procedures ... did not begin to have dramatic impact on psychotherapy until the publication Wolpe’s Psychotherapy by Reciprocal Inhibition in 1958” (Lambert, 2013, p. 4).

one another. In other words, it developed a variety of “schools,” or overarching ways of approaching issues. It also came up with ambiguous research findings concerning the mechanisms of its efficacy. In large part, this so-called heterogeneity is attributable to the natural (naturwüchsig) emergence and development of psychotherapy in light of the developments outlined above regarding professional socialisation, the history of theoretical concepts that guide professionals, and the bigger parts of topics and concepts to which current work refers.

## Psychotherapy as a profession

Whether psychotherapy is a science, and, if so, what kind, is in issue which has been discussed for more than a hundred years now within, as well as outside of, the field. Much like within the broader field of philosophy, we can see that the same arguments repeatedly recur over the years. Concerning the question of the scientific nature of psychotherapy, in particular, during the period around the turn of the millennium, some works have been published that, it could be said, contributed fruitfully to the discussion (Reiter/Steiner, 1996; Buchholz, 1999; Fürstenau, 2001).<sup>6</sup> In these works, the practice of psychotherapy was for the first time analysed from an inner-psychotherapeutic point of view considering profession-theoretical and professionalising-theoretical concepts. In these works, the practice of psychotherapy was treated as being a specifically modern profession. Moreover, through these works we can see practicing psychotherapy as disengaging itself from the pressure of legitimatisation and starting to struggle to understand itself as being, not just a healing, but also a scientific endeavour. This change in perspective led the way for the development of a novel psychotherapeutic scientific perspective: “Psychotherapy is a profession that has science set to its side” (Buchholz, 2003, p.167). Note: psychotherapy does not set science aside.

Within this context, each profession transmits the logic of its governing form of science in its own unique way, through some form of specialized learning and initiation:

*“Professions are primarily concerned with dealing with critical thresholds and hazards of human conduct. The situations that are difficult for the client involve instances and powers—which one can easily visualise using the example of the classical professions law, theology and medicine—that cannot be managed by the normal person as they [tend to be] outside of their ability to comprehend, with the result that they seek the imparting, intervention and support of an expert.” (Stichweh, 2013, p. 260)<sup>7</sup>*

In looking at what tend to be viewed as being the three original professions—law, theology and medicine—we see that what experts in these fields possess is academic

6 In the monograph *Psychotherapy – a new Science of the Human Being* [(Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen (Pritz, 1996)] – in the beginning of this discussion, there are contributions that discuss these topics in various directions.

7 Stichweh (2103) takes the system-theoretically informed, functional-structural approach within his theory of the professions. In this respect, this description is in accord with the one of interactionist and structural theoretical approaches. They stand in stark contrast to power-theoretical approaches which are oriented to topics such as social status, monopoly of power and similar space.

knowledge of a particular discipline that has a scientific status.<sup>8</sup> Moreover, mere academic transmission of scientific knowledge is not the exclusively distinguishing factor. Instead, the formal education involved transmits the essentials of a discipline which is then capable of being adapted to use in various situations by the practitioner. This is necessitated by the fact that the concrete situations created by existence creates infinite diversity, and each unique instance of this diversity cannot be taught or prepared for in the abstract: “[S]ingle-mindedness is insufficient: there is an excessive situational complexity in relation to available knowledge; this relation limits the applicability of professional knowledge as it is impossible to understand a professional’s actions as the unproblematic application of the acquired knowledge with a predictable and easily evaluable outcome” (ibid).

## Psychotherapy as client-oriented

But, more than the transmission of the knowledge of how to apply adaptable concepts is inherent in the notion of professionalism. Professions, in the classical sense, are basically determined by the relationship between the provider and the client (client system), with the professional being seen as something akin to the servant of the client. Given this, it can be said that there is a tendency for homogenisation within a profession in terms of the establishment of a style, the use of guiding principles, praxeology, ethics, etc. However, this is not an overwhelming homogenisation, for there is nonetheless room for the expression of the individual professional’s discretion and creativity in terms of the application of the profession’s discipline to unique factual situations. This, in turn, bestows a desired randomness regarding a client’s choice of providers and the reasonable expectation that the professional will be responsible for a client’s problems on a rather broad, yet individually-tailored, level.

As has been noted, homogenisation in the field of psychotherapy is not currently present in the same sense that it is in medicine, and it is yet not clear that such a degree of homogenisation is either possible or desirable.<sup>9</sup> This is in part related to the difference in nature of the objects of both medicine and psychotherapy. Medical specialization tends towards the physical body, and thus it looks towards organs, systems and pathologies. Psychotherapy, on the other hand, focusses on the nature and expression of the mind. Thus, it has developed schools and treatment modalities that focus on these issues. If one can put it in a general manner, psychotherapists tend to be fascinated by their method, their theory of art, and, thus, they identify with it. Interestingly, an analysis of biographical narrations that we conducted showed that psychiatrists tend to be similarly fascinated by the disease process, by the psychopathology and accompanying aspects. In contrast, narrations of psychotherapists tend to reveal that their fascination is tightly linked to the therapeutic situation and the possibilities this situation offers due to a so-called wholesome or curative talk that occasionally happens regardless of the categories ‘healthy’

8 Within the context of the emergence of medicine, the mutually-informing interaction between the object of a profession and the growth of the science and profession which studies it is discussed by Combe and Helsper: “The natural scientific medicine of the 19th century and anatomy played an important role as substantial groundwork for the constitution of the medical occupation ... Thus, an uncatchable advance in knowledge was constituted ... of objects of its occupation” (Combe and Helsper, 1999, p. 20). In a broader sense, psychoanalysis played a similar role in the history of psychotherapy by providing two innovations: the concept of the unconscious and the constitution of the psychoanalytic situation.

9 Certain elements of superficial homogenisation, for example, remain specific to medicine. In medicine, for instance, there is the symbolically meaningful uniform workwear.

and ‘diseased’ (as a variety of a secular taking care of souls).<sup>10</sup>

Sociologically speaking, it can be said that a form of homogenisation nonetheless occurs within the professions and that this homogenisation has an influence on how other groups or systems refer to the specific profession in question. However, homogenisation is not an act that simply occurs in the abstract. Instead, the act is itself socially bound or dependent on modes of socialisation. In this context, it can be seen that the institution of a hospital as a teaching institution of medicine crucially contributes to that profession. Within this context, each doctor stays at a specific hospital for a certain period of time, and each particular hospital’s history affects each physician and his or her overall approach to the field. Indeed, prior to the 19th century in Europe the most successful physicians were those who treated society’s aristocrats and monarchs. The hospital was purely a place for “treating” the poor. However, slowly this began to change due to the opportunities for training which hospitals presented. Today, teaching hospitals—many of which still focus on the poor—are held in the highest esteem, because they offer the best training. Thus, the old situation has become inverted, and specialised medical treatment is generally available in public hospitals, where specialization thrives and is given to “patients with low [social] status as they represent more complex cases” (Stichweh, 2013, p. 259) In modern European society, therefore, the socially average patient tends to receive the most specialized care.<sup>11</sup>

### **The de facto professionalization of psychotherapy**

Within this context, it will be noted that the de facto professionalization of psychotherapy science—that is psychotherapy’s quest for a scientific understanding of the scientific elements underlying its success as a curative profession, and the best way in which to transmit this knowledge—has been ongoing and evolving for some time. There has been developing:

- A large, complex, body of literature, derived from the clinical context, including case studies and text books which provide a systematising overview of the state of clinical knowledge in the field.
- A growing body of reflexive, critical, and scientific work, involving, among other things, the clinical data which clinical psychotherapy develops. Although the weight of opinion in the field still places much emphasis on its clinical expression, there is nonetheless a growing body of critical work based upon the nature and worth of clinical findings, as well as purely scientifically generated data. Today, scientific research and clinical practice are moving closer to one another and informing each other.
- A greater understanding of the practical knowledge of psychotherapy as consi-

10 On the status of curing, Caniguilhem, a thinker of the radical French epistemological school, comments: “For the diseased person, cure is the thing that medicine owes him, whereas most doctors, even today, consider the thing that medicine owes to the diseased person is the best-researched, best-tested, and best-proven treatment.” Furthermore, he states: “Therefore, it does not surprise that the first doctors to whom curing became a problem and an object of interest, were psychoanalysts or those who referred to psychoanalysis to question their practice and their preconditions.” (Caniguilhem, 1975/2013, p. 64f.)

11 In this respect, psychoanalysis at the beginning appeared as if it were developing in a socially contradictory fashion. Its clients required a high amount of individual time, attention and money. This led to psychotherapists seeing just a few clients which led, in turn, to the misperception that they were denying social responsibility for the overall problem of mental-health.

sting of tacit knowledge (Polanyi, 1983), or personalised knowledge. The critical processing and analysis of this has fostered certain intra-professional ways of communication in the field. In a manner of speaking, these even represent the core of factual professionalization as they—on the one hand—refer to the variety and wealth of clinical presentations that need to be addressed and handled, and on the other hand, account for the therapist's position: clinical-praxeological seminars (case-centred and treatment-methodical), collegial counselling and supervision.<sup>12</sup>

- A well-tried system of training—in many countries with state recognition—that is basically school-oriented. From a structural point of view, these programmes are more or less variations of the first psychoanalytical educational institution in Berlin (Karl Abraham) at the beginning of the 20th century.

## Scientific discipline

As we can see from the foregoing, although a profession cannot be separated from its inherent discipline, the concept of “profession” can nonetheless be distinguished from the concept of the underlying “discipline” upon which the profession in question is based. This distinction is based on the distinction between acting versus knowledge, the knowledge of how to act versus the belief in the need to act. It is in this light that we can understand Buchholz (1999), who stated that “a profession has science at its side,” which means that professionalism is preceded by an appropriate training within the discipline, normally by studying at an academic institution. Regarding a discipline's definition and demarcation, Krüger (1987) notes that four inter-related yet distinguishable factors should primarily be considered:

- **The object.** A discipline is said to be something that is dedicated to consideration of one specific, concrete, manifestation of existence. Yet, this aspect, when taken in isolation, turns out to be quite imprecise in application. For instance, the objects “the person” or “disease” are studied by many fields—including medicine, biology, psychology, psychotherapy, social sciences and others—although, it should be noted that in some respects, the approaches taken by the various disciplines do tend to vary;
- **The method.** Similarly, this element taken alone can be quite imprecise, since methods such as mathematical models, the experimental method, the logical deduction and inference, and hermeneutic-interpretationally are also used by various disciplines;
- **The epistemological interest.** To give one example, this aspect is prominently analysed by Habermas (1972), who asserts that in terms of interest:
  - “[A] technical epistemological interest finds entrance into the approach of empiric-analytical sciences, a practical one finds entrance into the approach of historic-hermeneutic sciences and an emancipatory one finds entrance into the approach of critical-oriented sciences; epistemological

<sup>12</sup> The essential role of personalised, implicit knowledge is the phenomenon's background that content-related conflicts can easily be misinterpreted as personal ones. Simultaneously, this makes the “communicative and consultative relation to a group of colleagues of vital importance” (Fürstenau, 1992, p. 27). This is one reason why unions in certain countries can play such an important role within the professional culture of psychotherapy, compared with the medical profession.



interests that were already and unacknowledged at the basis of traditional theories” (p. 155).

Interestingly, one could also determine the interest as ‘that which serves the aim’, for instance ‘health’ in medicine. Thus, it can be seen that one can speak of a practical science.

- **The systematised and historical context of theories.** Even the practical sciences need theory. In this context, theories are functional and pragmatic, and they are not something which is discoverable as being coded “true” or “false.” Theories mainly serve one, operational, purpose: namely, they work. Theories prove themselves by their utility. They are successfully used, they become modified or they get rejected. Theories derive from questions, they are not simply found or discovered.<sup>13</sup> Theories link the interest with the object.

In this respect, it is suggested that the demarcation of disciplines is not easily attestable from the outside. Moreover, disciplines change over the course of history. They may grow apart but also may be brought together. Thus, disciplines inherently perform a specific function that cannot be used by the profession within certain contexts—such as in the client-facing interaction of the profession—because disciplines inform the profession in abundance. Similarly, disciplines enable communication with other disciplines or knowledge systems.<sup>14</sup> In science studies, there is still a crucial importance attributed to disciplines for their dynamic development and performance of a particular knowledge system. As a first response, it can be stated that the discipline is a more or less homogenous, relatively autonomous and broadly self-regulating communication context, that comprises a widely accepted body of knowledge and that consists of a repertoire of questions and methods which tend to be generated, imprinted and reinforced within academic institutions. (Stichweh, 2013; Keiner, 1999)

### Functionalistic reduction as guarantee of professionalism

Generally speaking, whereas the inner formation—in the sense of the structural logical requirements—of psychotherapy as a profession can and must be considered successful, certain problems exist with regard to its functionalistic-structural differentiation. As can be shown historically in the context of the classical professions, professionalization is associated with a functional reduction in designated competence and responsibility. The competence of a given profession thus acts as a functional limit on responsibility. This limit of functional competence placed on the each of the classic professions by themselves is classified as being a condition precedent for successful professionalization (Abbott, 1981). Thus, it may be said that functional reduction secures professionalism by ensuring that only knowledge acquired when studying a particular discipline may be legitimately

13 In this sense, one could think of Freud’s notion on the unconscious mind. Often, this is represented as a revolutionary discovery. Freud’s act may be conceived in a more precise manner by the anthropologist Kunz (1975), when he talks about a “consideration of the unconscious mind” (p. 46), hence conceiving it as theoretical achievement.

14 The following extract of Luhmann where he speaks about theology is also applicable for psychotherapy as both address questions of specific phenomena that are approachable by self-experience: “To preserve the character of theology as science primarily fulfils the function for a sociological perspective, namely to provide interdisciplinary communicational levels on which self-experience of the religious system is presented in a tightly summarised manner to other sciences and nowadays especially sociology. Subsequently, other sciences can quasi learn second-hand from theology and do not have to acquire each insight on religion by the complicated ways of primary object analysis.” (Luhmann, 1999, p. 67)

relied upon and reconstructed within a given professional setting.

As such, functional reductionism is a strength and not a weakness. Psychotherapy positions itself in a professional setting where it is concerned with the interactional treatment of impairments that result from certain experiences in life. But, psychotherapy as a science cannot be reduced to psychotherapy as practice. Inherently, the discipline informs the practice (and, ultimately, through the pragmatic nature of theory discussed above, *vice versa*). Psychotherapists also play the role of scientist, intellectual, and citizen.<sup>15</sup> In these roles they can and must make use of, and benefit from, the excess of knowledge that goes beyond the therapeutic process. Thus, the discipline benefits society in a way that is partially distinct from the professional expression of the discipline.

This brings us to Fähr (2012), who states that psychotherapy must adapt or die:

*“...I do not consider psychotherapy in its modern form of a secular art of healing able to survive within a healthcare system that is increasingly reduced to an instrument-based and engineered medicine. Psychotherapy needs to base its aims and goals in a broader sense and needs to incorporate interdisciplinarity, if it wants to survive and not become marginalised.”* (p. 281)

Here, the difficulty of positioning within a certain field of performance is the motivation for critique. Fähr additionally speaks of a “subject-specific and scientific devaluation” (*ibid*). Certain of these observations cannot be fully disagreed with. However, the implication of over-stating the claim would adversely affect the requirements of functional professionalization. It seems that the addressed difficulties derive from the context of the discipline rather than from the context of the profession. An interdisciplinary embedding would not benefit independence albeit its lack is justifiably criticised. Rather, a strict formation of the discipline appears more reasonable. If psychotherapy is a profession with a science at its side, then the more *sui generis* the science is, the more support for the independence of the associated profession should follow.

The functional reduction that is under discussion here entails, by definition, the assumption of circumscribed social tasks, such as the structuring of the profession's relations to the outside. It does not mean limiting the practice, for instance by the frequently discussed “scientification”. Conversely, it means a possibility to develop regarding all practical opportunities for action and claims as well as their reflection that derives from the uniqueness of the psychotherapeutic situation. This uniqueness and the theoretically and practically utilisable wealth of the psychotherapeutic situation legitimates the functional reduction to the outside from another point of view.

## Discipline and training

The differentiation of disciplines is intuitively reflected in the range of studies offered by universities. Study programmes are organised by disciplines. A comparison of the current range of studies offered at universities and academic institutions with those that were offered just decades ago—even if we just consider undergraduate and graduate programmes—confirms the degree of ongoing differentiation. Also of note in this regard is the fact

<sup>15</sup> See Fürstenau (1992). This work is concerned with expectations, possibilities and limits of psychoanalysis and psychoanalysts in view of social criticism and change.

that in this institutionalised realm of disciplines, psychotherapy can only be found to be minimally represented. This is in odd contrast to the production of knowledge within the psychotherapeutic field and its reception within other disciplines. For instance, a standard work of philosophical anthropology self-evidently notes: “No other discipline of our age applied as intensively and comprehensively attention to the person, his experience and behaviour as psychoanalysis” (Kunz, 1975, p. 45). This would seem to confirm Luhmann’s assertion that a given scientific system depends on social factors for its integration and legitimization: “The primary differentiation of the scientific system is also regulated by social requirements that are not specifically scientifically legitimated” (Luhmann, 1992, p. 449). In essence, the differentiation of new disciplines—which themselves result from the accumulation of experience and knowledge—is restricted by the fact that “disciplines are also units of education.” And, as has been discussed previously, the way education and training are organised has an influence on the formation of the discipline itself.

The training of professionalism that is focussed on therapy (in a wider sense) is characterised as “doubled professionalization” by Oevermann. “Doubled” because on the one hand, there is the practice of the scientific discourse. On the other hand, because, aside from the “pure empirical and methodical imparting of knowledge and techniques,” there is “the introduction to a theory of action and art (*Handlungs- und Kunstlehre*) that is specifically required for the conduct of the working alliance” (Oevermann, 2017, p. 125). It should be emphasized that correspondingly the study of medicine traditionally similarly applies a pre-clinical and a clinical phase, a fact which by its very nature implies that a “competent university subject is in addition to its status as empirical discipline simultaneously a theory of action and a ‘clinic.’”

A competent university subject—something which is presented here as being a necessary precursor to the emergence and continued development of a profession in the classical sense—is in the case of psychotherapy currently only marginally present in the academy and even then it is only taught at a very few private universities, for example at an International Psychoanalytic University (Berlin) and Sigmund Freud University (Vienna, Berlin, Ljubljana, Paris). Importantly, it is this marginal status which is problematic, not the private status of the institutions in question. Private expert associations and institutes have substantially and decisively contributed to psychotherapy’s professionalization in the last decades. In our view, and to reiterate, currently upcoming efforts to obtain an adequate and independent formation of the discipline of psychotherapy only seem to be likely to lead to success by utilizing the university route. This also includes the co-operation of university and non-university institutions which can especially be valuable and practical to the disciplinary training.

Furthermore—and in the framework of sociological analyses on profession and discipline—one should consider which paths might be available to emerging professions such as psychotherapy considering the inevitable institutional difficulties which are associated with the establishment of a profession. One recommendation suggests the “secondary formation of a discipline, for instance by the combination of scientific research methodology with processing the ongoing profession’s problems” (Stichweh, 2013, p. 284). By “problems” Stichweh means the challenges and issues that result from the very inherent logic of a profession. With that said, the issues associated with the profession’s independence is simultaneously addressed.

Such discipline-formation in the case of psychotherapy can base itself on the substantial body of knowledge that comprises empirically funded theories and praxeological concepts. Theoretical analyses of experiences within the psychotherapeutic situation have established a large, but also non-uniform body of insights regarding the development and course of disorders that can result from certain experiences, as well as their most effective treatment. Psychotherapy science in a narrower sense became a major undertaking in the meantime. Methods were refined in the light of the complexity of the questions. Innovative conceptual frameworks for research have been developed (for example, Wampold's Contextual Model; Wampold, 2001). Regarding the teachability of such a discipline, there are adequate and well-tried concepts that were derived from experiences of non-university training. To conceptually differentiate the discipline from the profession, we suggest *Psychotherapy Science* as the discipline's name.

To bring psychotherapy science into the university is only fitting, for it can be said that psychotherapy is now a true discipline, and disciplines are "units of education" (Luhmann, 1992, p. 449). Thus, formal education in the field would seem most desirable for society given the high degree of professionalization that is already in progress and the benefits that this can bring. This social potential includes an increase in the quality and the extent of the achievement for the client, and the social benefits this can bring. On that point, empirical findings are clear and unambiguous (see overviews of Lambert, 2013; Wampold and Imel, 2015). The question as to what extent an entire practical training (in the sense of an approbation-capability) should be covered or not in the framework of an academic education that is organised by an independent discipline is not the most important.

Here, historically evolved non-university relations—politics in the broad sense--will play the decisive role. What matters most is the foundation of such curricula in the field of knowledge of psychotherapy *sui generis*. In whatever way, practical training must be done.

In this regard, there have been some very positive developments already. In recent years the phrase *Psychotherapy Science* more and more occurs in literature (Fischer, 2011; Rieken, 2011; Greiner, 2012; Laubreuter, 2012; Sulz, 2015; Fiegl, 2016). Fischer (2011) presented an especially elaborated concept. More precisely, this reflects an idea of a binding psychotherapy theory that springs from a dialectical concept of change (see also Greiner, 2012, p. 25-34). However, this is not meant with the formation of a discipline in this context. It is not about a new, unifying theory or metatheory. Rather, it is about the disciplinary combination of research-methodical and theory-constructive production and, of the utmost importance, critical reflection on the practical way in which persons are helpfully supported during critical states by means of relationship work that is unique for psychotherapy. It is this critical self-reflexion which identifies psychotherapy science as a science.

## Conclusion

During the early phase of its emergence, psychotherapy was under pressure to legitimize itself, and little attention was paid to the fundamental fact that psychotherapy is first and foremost a profession with its own logic. This logic is orientated to the complex requirements of the psychotherapeutic situation. Within this psychotherapeutic situation, a simple, blindfolded, application of science is not possible. Indeed, the pure scientification of psychotherapy would actually signify a de-professionalization. Instead, the concepts of “profession” and “science” bear a sovereign, non-hierarchical, mutually-informative, relation to one another. For this reason, science-based professions are initially, at least, best taught as academic disciplines. A discipline offers a context of communication for the purpose of researching, developing theory and processing empirical knowledge and teaching. If an academic discipline that corresponds with a profession does not exist, the profession becomes—in some respects—encroached upon as an object of other disciplines. Moreover, if a unique and appropriate discipline does not exist, then possibilities to develop adequate and suitable methods of research and teaching are impaired, a fact which, in turn, inhibits professionalization. A discipline also facilitates communication with other fields of science, and teaching programmes serve the training of a profession-typical habitus. Considering the importance that psychotherapeutic treatment has to modern societies, it appears appropriate that this occurs.

Accordingly, as we have shown, the field of *Psychotherapy Science* is ripe for its development and establishment as an autonomous academic discipline within the academy. Within the framework of an autonomous discipline, research and clinical practice can develop and evolve according to their own logic to their mutual benefit. In the past, non-university institutions of psychotherapy have advanced professionalization in the areas of training and empirical knowledge. Thus, the intensive co-operation between university and non-university institutions appears indicated for the development of this discipline. Inevitably, the biggest part of the discipline’s members will work in clinical practice, and the smaller part will work in science and practice, just as in other disciplines. An even smaller part will work exclusively in research. Whatever the case, the formation of the academic discipline of Psychotherapy Science will serve them all, in addition to society as a whole.

## LITERATURE

- Abbott, A. (1981). *Status and Status Strain in the Professions*. American Journal of Sociology 86, 819-835.
- Benetka, G. (2002). *Denkstile der Psychologie*. Wien: WUV.
- Bourdieu, P. (1996). *Über das Fernsehen*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Buchholz, M. B. (1999). *Psychotherapie als Profession*. Gießen: Psychosozial.
- Buchholz, M. B. (2003). *Neue Assoziationen*. Gießen: Psychosozial.
- Canguilhem, G. (2013). *Schriften zur Medizin*. Zürich: Diaphanes.
- Combe, A. & Helsper, W. (Ed.) (1999). *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Fäh, M. (2012). *Was tut ein Psychoanalytiker?* Wien: SFU Verlag.
- Ferenczi, S. & Rank, O. (1924/2006). *Entwicklungsziele der Psychoanalyse*. Wien: Turia+Kant.
- Fiegl, J. (2016). *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie*. Münster: Waxmann.
- Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Gießen: Psychosozial.
- Fürstenau, P. (1992). *Über die politische Relevanz psychoanalytischer Arbeit. Eine praxeologische Studie zur Erinnerung an die kritische Funktion der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Fürstenau, P. (2001). *Zur Theorie der psychoanalytischen Praxis*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen – systemisch denken – suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K. (1995). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greiner, K. (2012). *Das Psycho-Text-Puzzle. Beiträge zu Psychotherapiewissenschaft und Philosophie*. Wien: SFU Verlag.
- Habermas, J. (1972). *Technik und Wissenschaft als ‚Ideologie‘*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Keiner, E. (1999). *Erziehungswissenschaft 1947-1990. Eine empirische und vergleichende Untersuchung zur kommunikativen Praxis einer Disziplin*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Krüger, L. (1987). Einheit der Welt – Vielfalt der Wissenschaft. In Kocka, J. (Ed.). *Interdisziplinarität*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Kunz, H. (1975). *Philosophische Anthropologie. Erster Teil. Band 6*. Stuttgart: Thieme.
- Lambert, M. J. (2013). *Handbook of Psychotherapy and behavior change (6th Edition)*. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Laubreuter, H. (2012). About Psychotherapy science. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy* 1-2, p.13-20.
- Luhmann, N. (1992). *Wissenschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Luhmann, N. (1999). *Funktion der Religion*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (1999). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A. & Helsper, W. (Ed.). *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Oevermann, U. (2010). *Strukturprobleme supervisorischer Praxis*. Frankfurt/M: Humanities.
- Polanyi, M. (1983). *The Tacit Dimension*. Gloucester: Peter Smith.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. New York Wien: Springer.

- Reiter, L. & Steiner, E. (1996). Psychotherapie und Wissenschaft. In: Pritz, A. (1996). *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. New York Wien: Springer.
- Rieken, B. (2011). Psychotherapiewissenschaft, Hermeneutik und das Unbewusste. In: B. Rieken (Ed.). *Alfred Adler heute*. Münster: Waxmann.
- Schiepek, G. (1996). Psychotherapie als Wissenschaft?, in: A. Pritz (1996).
- Stichweh, R. (1999). Professionen in einer funktional differenzierten Gesellschaft. In: Combe, A. & Helsper, W. (Ed.). *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Stichweh, R. (2013). *Wissenschaft Universität Professionen*. Bielefeld: transcript verlag.
- Sulz, S.K.D. (2015). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate (1st edition)*. London: Routledge.
- Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate (2nd edition)*. London: Routledge.





Miran Možina, Tomaž Flajs in Rudi Kotnik<sup>1</sup>

# Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in izobraževanja iz psihoterapije

## *Standards for professional psychotherapeutic services and training*

### Kazalo

#### Uvod

#### **1 Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti**

- 1.1 Uvod
- 1.2 Temeljna izhodišča psihoterapevtske dejavnosti
- 1.3 Splošne in specifične zahteve psihoterapevtske kompetentnosti
  - 1.3.1 Vednost, razumevanje
  - 1.3.2 Sposobnosti za uporabo v praksi
  - 1.3.3 Zahteve profesionalnega ravnanja
- 1.4 Temeljne zahteve za izvajalce psihoterapevtske dejavnosti

#### **2 Standardi izobraževanja iz psihoterapije**

- 2.1 Uvod
- 2.2 Temeljna izhodišča izobraževanja iz psihoterapije
- 2.3 Regulacijski okvir
- 2.4 Temeljne zahteve za izvajalce izobraževanj s področja psihoterapije
  - 2.4.1 Splošne zahteve in vpisni pogoji
  - 2.4.2 Obseg in trajanje izobraževanja
    - 2.4.2.1 Obseg in trajanje specializacije iz psihoterapije
    - 2.4.2.2 Obseg in trajanje študijev s področja psihoterapije
    - 2.4.2.3 Obseg in trajanje uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije
    - 2.4.2.4 Obseg in trajanje izobraževanja iz psihoterapevtskih pristopov
  - 2.4.3 Sprejemni postopki
  - 2.4.4 Zahteve različnosti in enakopravnosti

---

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, dekan in direktor Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Trubarjeva 65, 1000 Ljubljana, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com)  
 Tomaž Flajs, psihoterapevt, predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, [tflajs@gmail.com](mailto:tflajs@gmail.com)  
 Izr. prof. dr. Rudi Kotnik, psihoterapevt, Filozofska fakulteta Univerze v Mariboru, [rudiko@gmail.com](mailto:rudiko@gmail.com)

- 2.4.5 Minimalni pogoji za kurikulum
  - 2.4.5.1 Teorija in praksa
  - 2.4.5.2 Raziskovanje
  - 2.4.5.3 Različnost in enakost
  - 2.4.5.4 Zaščita in varnost
  - 2.4.5.5 Spoznavanje področja varovanja duševnega zdravja
  - 2.4.5.6 Etika
  - 2.4.5.7 Varnost in zaupnost
- 2.4.6 Osebna izkušnja
- 2.4.7 Supervizija, intervizija in supervizirana praksa
  - 2.4.7.1 Splošno o superviziji in interviziji
  - 2.4.7.2 Supervizirana psihosocialna praksa
  - 2.4.7.3 Supervizirana psihoterapevtska praksa
  - 2.4.7.4 Dolžnosti koordinatorjev, mentorjev, supervizorjev psihosocialne in psihoterapevtske prakse ter praktikantov
- 2.4.8 Vzpostavljanje in vzdrževanje varnega učnega okolja
- 2.4.9 Priročnik o izobraževanju
- 2.4.10 Kadri in viri
- 2.4.11 Prisotnost, ocenjevanje in preverjanje
- 2.4.12 Usposobljenost in vpis v register
- 2.4.13 Stalno strokovno izpopolnjevanje
- 2.4.14 Specifično izobraževanje in pripravništvo

### **Slovar pojmov**

#### **Viri**

## Uvod

Pričujoče gradivo smo v okviru Delovne skupine za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji<sup>2</sup>, ki jo je v skladu z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (ReNPDZ18-28) marca 2018 imenovalo Ministrstvo za zdravje, pripravili predstavniki Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Teološke fakultete Univerze v Ljubljani, Fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici, Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje in Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije. Potem ko smo v dogovorjenem roku septembra 2018 poleg tega predložili tudi vsa ostala gradiva (predlog zakona z obrazložitvami členov, oceno stanja ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji, mednarodno primerjavo normativnih ureditev psihoterapije po evropskih deželah, program specializacije iz psihoterapije in etični kodeks), ki so potrebna za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije, Ministrstvo za zdravje ni več sklicalo sestanka Delovne skupine, pač pa se je zagnilo v popoln molk in ignoriranje vseh naših dopisov in iniciativ za nadaljevanje dela (Možina in dr. 2018).

Ključni v gradivih so bili prav *Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in Standardi izobraževanja iz psihoterapije*, ki lahko tudi v prihodnosti predstavljajo izhodišče za oblikovanje vseh temeljnih dokumentov za normativno ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica.

Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti so splošne in specifične zahteve psihoterapevtske kompetentnosti glede znanja, razumevanja, sposobnosti in naravnosti. Zakon o psihoterapevtski dejavnosti in dejavnosti psihosocialnega svetovanja (v nadaljevanju Zakon o psihoterapevtski dejavnosti) predvideva zagotavljanje teh standardov ter s tem zaščito klientov in pacientov pred škodljivim ravnanjem psihoterapevtov in kvalitetnejše psihoterapevtske storitve.

Iz standardov dejavnosti so izpeljani standardi izobraževanja, v katerih je definirano, kaj naj psihoterapevti po končanem izobraževanju obvladajo. Na ta način spodbujajo transparentnost izobraževanj. Splošni standardi so zasnovani

---

2 Delovno skupino so sestavljali štirje uradniki, dva iz Ministrstva za zdravje, po eden iz Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti in iz Ministrstva za izobraževanje, znanost in šport, en predstavnik Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo, en predstavnik Razširjenega strokovnega kolegija za klinično psihologijo, predstavniki štirih fakultet, od tega treh, ki edine v Sloveniji izvajajo akreditirane programe izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja, in enega predstavnika Filozofske fakultete - oddelka za psihologijo, sedem predstavnikov strokovnih združenj s področja psihoterapije, od tega so tri društva, katerih člani delujejo pretežno v okviru zdravstvenega sistema in štiri, katerih člani delujejo izven zdravstvenega sistema.

na tisti ravni splošnosti, da so za podrobnejšo razčlemba tega, kaj naj študenti, edukanti in specializanti psihoterapije obvladajo v različnih fazah in ob koncu izobraževanja, zadolženi izvajalci izobraževanj.

V okviru podzakonskih aktov (statut Zbornice psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev Slovenije (v nadaljnjem besedilu Zbornica), Standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti in izobraževanja) smo predlagali, da sta strokovna organa v okviru Zbornice, ki skrbita za oblikovanje standardov in njihovo uveljavljanje, Komisija za verifikacijo izvajalcev psihoterapevske in svetovalne dejavnosti (KVID) in Komisija za verifikacijo izobraževanj s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (KVIP).

V tem gradivu uporabljeni izrazi, ki se nanašajo na osebe in so zapisani v moški slovnični obliki, so uporabljeni kot nevtralni za moške in ženske.

## **1 Standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti**

### **1.1 Uvod**

Standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti so splošne in specifične zahteve psihoterapevske kompetentnosti glede znanja, razumevanja, sposobnosti in naravnosti. Z vidika izobraževanja predstavljajo temeljne cilje, ki naj jih dosežejo študenti, edukanti in specializanti.

Splošni standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti so zasnovani na tisti ravni splošnosti, da so za podrobnejšo razčlemba tega, kaj naj študenti, edukanti in specializanti psihoterapije obvladajo v različnih fazah in ob koncu izobraževanja, zadolženi izvajalci izobraževanj oziroma posamezni psihoterapevski pristopi. Vsak psihoterapevski pristop mora imeti in razvijati svoje specifične strokovne standarde, ki morajo izhajati iz splošnih standardov ter se jih držati.

Standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti so v pristojnosti zbornične Komisije za verifikacijo izvajalcev psihoterapevske in svetovalne dejavnosti (KVID), v kateri so na paritetni osnovi zastopani vsi verificirani izvajalci psihoterapevske in svetovalne dejavnosti. KVID je med drugim odgovorna za oblikovanje splošnih standardov poklicne psihoterapevske in svetovalne dejavnosti in za zagotavljanje skladnosti med njimi in standardi vsakega posameznega izvajalca dejavnosti. Način delovanja in pristojnosti KVID so opredeljene v Pravilniku o delovanju KVID.

Psihoterapevska dejavnost mora izhajati iz splošnih standardov, ki določajo:

1. temeljna izhodišča, na katerih mora biti zasnovana psihoterapevtska dejavnost;
2. splošne in specifične zahteve psihoterapevtske kompetentnosti;
3. temeljne zahteve za izvajalce psihoterapevtske dejavnosti.

## 1.2 Temeljna izhodišča psihoterapevtske dejavnosti

- a. Psihoterapevtska dejavnost je poklicna dejavnost, ki jo izvajajo psihoterapevti z licenco na različnih področjih, kot so področje zdravstvenega varstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva.
- b. Psihoterapevtsko dejavnost lahko psihoterapevti z licenco izvajajo v okviru različnih mrež javnih dejavnosti, zaposleni v javnih zavodih in kot koncesionarji, ali kot izvajalci zasebne dejavnosti, ki se organizirajo kot fizične osebe, npr. kot samostojni podjetniki, ali kot pravne osebe, npr. kot gospodarske družbe, zavodi, društva, organizacije, v skladu s predpisi, ki urejajo organizacijo fizičnih in pravnih oseb. Koncesijska razmerja, ki jih sklepajo izvajalci psihoterapevtske dejavnosti, določajo zakoni in drugi predpisi, ki urejajo izvajanje dejavnosti na posameznem področju.
- c. Izvajalec psihoterapevtske dejavnosti je s strani Zbornice verificirana organizacija, enota organizacije ali posameznik, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje psihoterapevtskih storitev v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti.
- d. Kriterije in postopke za verifikacijo izvajalcev psihoterapevtske dejavnosti na podlagi Zakona o psihoterapevtski dejavnosti in standardov poklicne psihoterapevtske dejavnosti določa Zbornica.
- e. Psihoterapevtsko dejavnost v okviru zdravstvenega varstva lahko izvajajo psihoterapevti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, potem ko so opravili pripravništvo in strokovni izpit za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce na področju zdravstvene dejavnosti.
- f. Poleg organizacij, enot organizacij ali posameznikov, ki izvajajo psihoterapevtske storitve, spadajo med psihoterapevtske ustanove tudi ustanove in enote, ki psihoterapevtske storitve koordinirajo in zagotavljajo.
- g. Psihoterapevti lahko izvajajo storitve psihosocialnega svetovanja, medtem ko psihosocialni svetovalci ne morejo izvajati psihoterapevtskih storitev.
- h. Psihoterapevti lahko nastopajo v vlogi izvedencev na različnih področjih, kot so področje zdravstvenega varstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja. Psihoterapevtsko sodno izvedenstvo izvaja psihoterapevt kot sodni izvedenec.
- i. Uporabnik psihoterapevtskih in svetovalnih storitev je klient.

- j. Psihoterapevtska praksa je psihoterapevtsko delo s klienti.
- k. Psihoterapevtska obravnava obsega katerekoli psihoterapevtske storitve, ki celovito pokrivajo posamezne potrebe klienta na širokem spektru od univerzalne, selektivne in indicirane preventivne preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe oziroma ohranjanja duševnega in telesnega zdravja; lahko je del zdravstvene obravnave v okviru zdravstvene dejavnosti, del socialno varstvene obravnave v okviru socialno varstvene dejavnosti, del vzgojne obravnave v okviru šolstva v vzgojnih zavodih, šolskih svetovalnih službah in drugih oblikah organizirane skrbi za podporo ranljivim skupinam otrok, mladostnikov in družin, del kazenske obravnave v okviru pravosodja na tožilstvih in sodiščih ter del obravnave za varovanje duševnega zdravja v gospodarskih organizacijah (glej tabelo 1);

	Psihoterapija znotraj zdravstvenega varstva	Psihoterapija znotraj socialnega varstva	Psihoterapija znotraj vzgoje in izobraževanja	Psihoterapija znotraj pravosodja	Psihoterapija znotraj gospodarstva	Psihoterapija za samoplačnike
Univerzalna preventiva	—	✓	✓	—	✓	✓
Selektivna preventiva	—	✓	✓	—	✓	✓
Indicirana preventiva	—	✓	✓	✓	✓	✓
Zgodnje prepoznavanje	✓	✓	—	✓	✓	✓
Zdravljenje (Zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje)	✓	—	—	—	—	✓
Preprečevanje ponovitev	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Dolgotrajna oskrba	✓	✓	—	—	—	✓

Tabela 1: Psihoterapevtska obravnava na širokem spektru od univerzalne, selektivne in indicirane preventivne preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe oziroma ohranjanja duševnega in telesnega zdravja (po Dernovšek, 2018)

- l. Psihoterapevtski pristop obsega teorijo o človekovem razvoju, odpornosti in motnjah oziroma boleznih ter teorijo obravnave, iz teorije izvedeno strategijo psihoterapevtske obravnave, ali več psihoterapevtskih metod, za uporabo na širokem spektru področij in iz strategije izvedene koncepte za ugotavljanje indikacij, individualno načrtovanje obravnave in razvijanje terapevtskega odnosa;
- m. Psihoterapevtska metoda obsega teorijo o nastanku in razvoju ene ali več motenj oziroma bolezni ter teorijo obravnave, kriterije za ugotavljanje indikacij, opis postopkov ter pričakovanih učinkov in izidov.
- n. Psihoterapevtska tehnika je konkreten postopek, s pomočjo katerega naj bi v okviru uporabe psihoterapevtskega pristopa ali metode dosegli pričakovani cilj, učinek oziroma izid.
- o. Strokovni nadzor opravlja Zbornica nad psihoterapevti, ki imajo licenco Zbornice in opravljajo psihoterapevtsko dejavnost v Republiki Sloveniji: strokovni nadzor se opravlja z namenom, da se nadzoruje strokovno delo ter uporaba strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti, da se ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnih kolegijev, da se ugotavlja uporaba metod kakovosti pri delu psihoterapevtov in da se jim na temelju ugotovitev strokovnega nadzora svetuje. Zbornica strokovni nadzor podrobneje ureja s *Pravilnikom o strokovnem nadzoru s svetovanjem*.
- p. Psihoterapevtsko izvedenstvo je izvedenstvo, ki ga izvaja psihoterapevt na različnih področjih, na primer zdravstvenem, socialno varstvenem, vzgojno izobraževalnem, pravosodnem. Psihoterapevtsko sodno izvedenstvo izvaja psihoterapevt kot sodni izvedenec, ki je imenovan za neomejen čas s pravico in dolžnostjo, da sodišču na njegovo zahtevo poda izvid in mnenje glede strokovnih vprašanj, za katera tako določa zakon ali glede katerih sodišče oceni, da mu je pri njihovi presoji potrebna pomoč strokovnjaka.
- q. Izvajanje psihoterapevtske dejavnosti mora biti v skladu s Kodeksom poklicne etike Zbornice.
- r. Psihoterapevti z licenco se morajo povezovati v Zbornico, ki je samostojna poklicna organizacija psihoterapevtov, ki skrbi za razvoj, strokovnost in poklicno etiko, nadzor nad delom psihoterapevtov ter ugled in zaščito psihoterapevtov in psihoterapevtske stroke.

### 1.3 Splošne in specifične zahteve psihoterapevtske kompetentnosti

Zahteve psihoterapevtske kompetentnosti so razčlenjene glede na naslednja področja:

- vednost in razumevanje;
- sposobnosti za uporabo v praksi;
- zahteve profesionalnega ravnanja.

#### 1.3.1 Vednost, razumevanje

Od kandidata za pridobitev licence za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti se pričakuje, da bo sposoben:

- a. razumeti in uporabljati model teorije osebnosti, skladen s svojim psihoterapevtskim pristopom,
- b. razumeti in uporabljati model človeškega razvoja z vidika spola in kulture,
- c. razumeti in uporabljati model človekove spremembe in načinov, kako se s pomočjo psihoterapije spremembe spodbujajo,
- d. prepoznavati intrapersonalne in interpersonalne probleme ter rešitve, duševne motnje in odpornost (angl. resilience), procese patogeneze in salutogeneze,
- e. oblikovati sklop kliničnih konceptov, ki povezujejo teorijo in prakso od pripravljalne faze do zaključka terapevtskega procesa,
- f. prepoznavati meje svojega pristopa ter ga primerjati in integrirati z drugimi pristopi
- g. pokazati zmožnost razumevanja in vrednotenja raziskovalnih metod, relevantnih za vse psihoterapevtske pristope ter kritičnega odnosa do raziskav,
- h. sintetizirati svojo osebno integracijo teorije in klinične prakse,
- i. prepoznavati in ravnati z osebno vpletenostjo in prispevkom v terapevtskem procesu, ki ga prakticira.

#### 1.3.2 Sposobnosti za uporabo v praksi

Od kandidata za pridobitev licence za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti se pričakuje, da bo sposoben:

- a. identificiranja in presojanja
  - uporabiti izbrani teoretski model in znanje za presojo primernosti svojega psihoterapevtskega pristopa glede na potrebe klientov,



- uporabiti izbrani teoretski model in znanje za oblikovanje in spodbujanje ustreznih terapevtskih procesov,
- b. oblikovanja in izvajanja načrtov in strategij
  - demonstrirati zmožnost uporabe teoretičnega znanja svojega pristopa za oblikovanje hipotez, ustreznega terapevtskega odgovora in razvijanja novih terapevtskih rešitev,
  - demonstrirati zmožnost analize kompleksnih in kontradiktornih področij psihoterapevtske prakse z namenom oblikovanja možnih intervencij,
  - demonstrirati zmožnost uporabe izbranega psihoterapevtskega pristopa za vzpostavljanje terapevtskega odnosa ter dela s tem odnosom:
    1. terapevtsko intervenirati skladno z izbranim psihoterapevtskim pristopom,
    2. zaključevati terapevtski proces skladno z izbranim psihoterapevtskim pristopom.

### 1.3.3 Zahteve profesionalnega ravnanja

Od kandidata za pridobitev licence za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti se pričakuje, da bo sposoben:

- a. Profesionalnosti v odnosu
  - vključevati se spoštljivo in zaupno v strokovno komunikacijo z drugimi kolegi,
  - ustrezno dokumentirati in predstavljati svoje psihoterapevtsko delo za diskusijo in vzajemno učenje.
- b. Profesionalne avtonomije in odgovornosti
  - zavedanja in zmožnosti obvladovanja etičnih vprašanj in dilem,
  - demonstrirati zmožnost sodelovanja z drugimi za oblikovanje rešitev,
  - demonstrirati zmožnost prilagajanja in inovativne prakse,
  - demonstrirati zmožnost ugotavljanja, razjasnjevanja, ocenjevanja problemov psihoterapevtske prakse in njihovega reševanja,
  - demonstrirati odgovornost za samonadzor (self-monitoring),
  - demonstrirati zmožnost za konsistentno reflektiranje svojega funkcioniranja v terapevtskem procesu za izboljšave svoje prakse,
  - soočiti se z lastnim terapevtskim procesom in se vključiti v dejavnosti za osebno rast in razvoj, skladno s psihoterapevtskim pristopom.

## 1.4 Temeljne zahteve za izvajalce psihoterapevtske dejavnosti

- a. Psihoterapevti delujejo v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in s predpisi, ki urejajo izvajanje različnih dejavnosti na različnih področjih. Tako je na določenih področjih za pridobitev licence potrebno opraviti še pripravništvo in strokovni izpit.
- b. Naziv psihoterapevt sme uporabljati samo oseba z veljavno licenco za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti. Osnovnemu poklicnemu nazivu se lahko dodajajo poimenovanja psihoterapevtskega pristopa.
- c. Poklic psihoterapevta sme opravljati psihoterapevt, ki ima veljavno licenco in je vpisan v Register psihoterapevtov Zbornice. Licenca se za dobo sedmih let na podlagi vloge podeli psihoterapevtu, ki:
  - je opravilno sposoben,
  - je strokovno usposobljen,
  - je osebnostno primeren,
  - mu s pravnomočno sodbo sodišča ali dokončno odločbo disciplinske komisije ni izrečen disciplinski ukrep začasne ali trajne prepovedi opravljanja psihoterapevtske dejavnosti in
  - izpolnjuje prostorske pogoje za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti.Licenca se podaljša, če psihoterapevt izkaže, da se je v licenčnem obdobju stalno strokovno izpopolnjeval. Obseg in vsebino stalnega strokovnega izpopolnjevanja določa Zbornica.
- d. Psihoterapevt mora biti za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti strokovno usposobljen in osebnostno primeren.
- e. Psihoterapevt je strokovno usposobljen za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti, ko je uspešno opravil s strani Zbornice verificirano izobraževanje v skladu s standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti.
- f. V okviru izvajanja psihoterapevtske dejavnosti se lahko uporabljajo samo tisti psihoterapevtski pristopi in metode, za katere je znanstveno ugotovljeno, da njihovo izvajanje v psihoterapevtski praksi učinkuje spodbujajoče na osebnostno rast klientov ter izboljšuje njihove moteče vzorce mišljenja, čustvovanja, vedenja, medosebnih odnosov in življenjskega sloga v smeri zdravja in boljše kakovosti življenja.
- g. Kriterije in postopke za verifikacijo psihoterapevtskih pristopov in metod, ki se izvajajo v okviru psihoterapevtske dejavnosti, na podlagi njihove znanstvene utemeljenosti in praktične učinkovitosti določa Zbornica.
- h. Psihoterapevt mora spoštovati in v okviru svojih pristojnosti zagotavljati klientove pravice tako, kot jih določa Zakon o psihoterapevtski dejavnosti in zakon, ki ureja pacientove pravice, če izvaja psihoterapevtsko dejavnost v

okviru zdravstvene dejavnosti.

- i. Psihoterapevt mora spoštovati zasebnost klienta, skrbeti za varnost njegovih osebnih podatkov in varovati poklicno skrivnost.
- j. Psihoterapevtska obravnava se izvaja v slovenskem jeziku ali v jeziku narodne skupnosti na območju lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik. Ne glede na to pa mora psihoterapevt pri svojem delu uporabljati jezik klienta, če ga obvlada.
- k. Po pridobitvi licence za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti mora psihoterapevt skrbeti za stalno strokovno izpopolnjevanje, vzdrževati svoje psihofizične sposobnosti in skrbeti za redno potrjevanje poklicne usposobljenosti.
- l. Psihoterapevtska praksa mora biti neoporečna in je taka, kadar jo psihoterapevt izvaja upošteva standarde poklicne psihoterapevtske dejavnosti in poklicno etiko ter druge dolžnosti psihoterapevta v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti.
- m. Obvezni sestavni del psihoterapevtske prakse je supervizija kot redno, posredno ali neposredno spremljanje prakse in je namenjena zagotavljanju strokovnega in neoporečnega dela psihoterapevta.
- n. Psihoterapevti morajo delovati v skladu s temeljnimi načeli poklicne etike ter Kodeksom poklicne etike psihoterapevtov.
- o. Psihoterapevti se morajo povezovati v samostojno poklicno zbornico, ki skrbi za razvoj, strokovnost in poklicno etiko, nadzor nad delom psihoterapevtov ter ugled in zaščito psihoterapevtov in psihoterapevtske stroke.
- p. Kadar vzbuja ravnanje psihoterapevta dvom v strokovnost in etičnost njegovega dela, lahko vloži klient oziroma pacient ali druga zainteresirana oseba pri Komisiji za pritožbe Zbornice zahtevo za presojo strokovnosti in etičnosti ravnanja psihoterapevta z zahtevo za ustrezno ukrepanje.
- q. Psihoterapevt in študent, specializant ali edukant psihoterapije pod supervizijo so disciplinsko odgovorni, če pri izvajanju psihoterapevtske dejavnosti ne ravnajo v skladu s pravili poklicne etike in stroke ter statutom in pravili Zbornice.

## 2 Standardi izobraževanja iz psihoterapije

### 2.1 Uvod

Standardi izobraževanja so splošne in specifične zahteve, na katerih mora biti zasnovano izobraževanje ter predstavljajo regulacijski okvir za oblikovanje in izvajanje izobraževalnih programov na način, ki zagotavlja implementacijo standardov poklicne dejavnosti.

Iz splošnih standardov poklicne psihoterapevtske dejavnosti izpeljani splošni standardi izobraževanja iz psihoterapije so zasnovani na tisti ravni splošnosti, ki podrobnejšo razdelavo izobraževalnih programov za doseganje teh standardov prepušča posameznim izvajalcem izobraževanja.

Standardi izobraževanja in postopki njihove regulacije so v pristojnosti zbornične Komisije za verifikacijo izobraževanj s področja psihoterapije (KVIP), v kateri so na paritetni osnovi zastopani predstavniki vseh verificiranih izobraževanj s področja psihoterapije, to pomeni študijev, edukacij in specializacije. KVIP je med drugim odgovorna za oblikovanje splošnih standardov izobraževanja in za zagotavljanje skladnosti med njimi in standardi vsakega posameznega izvajalca izobraževanja. Način delovanja in pristojnosti KVIP so opredeljeni v Pravilniku o delovanju KVIP.

Izobraževanja iz psihoterapije morajo izhajati iz splošnih standardov, ki določajo:

1. temeljna izhodišča;
2. regulacijski okvir, ki zagotavlja implementacijo standardov ter temeljnih ciljev oziroma splošnih in specifičnih zahtev psihoterapevtske kompetentnosti, kot so opredeljeni v standardih poklicne psihoterapevtske dejavnosti;
3. temeljne zahteve za izvajalce izobraževanj s področja psihoterapije.

### 2.2 Temeljna izhodišča izobraževanja iz psihoterapije

- a. Izobraževanja s področja psihoterapije obvezno vključujejo:
  - teoretično izobraževanje,
  - praktično usposabljanje in
  - osebno izkušnjo.
- b. Poti izobraževanja s področja psihoterapije so:
  - akademska pot preko akreditiranih študijev,
  - edukacijska pot preko verificiranih edukacij (ki vključuje tudi specializacijo) in

- kombinacija obeh poti.
- c. Izobraževanje s področja psihoterapije zajema vse programe, ki po vsebini spadajo v področje psihoterapije, in vključuje:
  - vsebine uvodnega izobraževanja in vsebine psihoterapevtskih pristopov v okviru akreditiranih študijskih programov na dodiplomski in podiplomski stopnji ter programov za izpopolnjevanje;
  - verificirane edukacijske programe, vključno s programi uvodnega izobraževanja in specializacije ter programi psihoterapevtskih pristopov;
- d. Izobraževanja psihoterapevtov morajo:
  - priznavati obstoj različnih psihoterapevtskih pristopov;
  - biti osnovana na različnih teorijah;
  - spodbujati spoštljivo razumevanje razlik in podobnosti med pristopi.
- e. Izobraževalni programi psihoterapevtskih pristopov zajemajo vsem psihoterapevtskim skupne vsebine ter specialne vsebine, ki so lastne vsakemu posameznemu psihoterapevtskemu pristopu.
- f. Izobraževanja s področja psihoterapije morajo biti osnovana na teoriji in raziskovanju in naravnana na učinkovito prakso.
- g. Proces ocenjevanja v okviru izobraževanja in usposabljanja s področja psihoterapije mora biti transparenten in razumljiv.
- h. Osebnostna primernost se pri kandidatih za izobraževanje s področja psihoterapije najprej preverja ob vpisu in med izobraževanjem ob vsakokratnem prehodu iz nižje v višjo stopnjo izobraževanja.
- i. Izobraževanja s področja psihoterapije morajo biti v skladu s Kodeksom poklicne etike Zbornice.

### 2.3 Regulacijski okvir

- a. Verifikacijo izvajalcev izobraževanja s področja psihoterapije izvaja Zbornica na podlagi posebnega *Pravilnika o verifikaciji izvajalcev izobraževanja s področja psihoterapije*, ki določa kriterije in postopke presojanja ustreznosti izvajalcev izobraževanja. Ti kriteriji in postopki morajo zagotavljati, da so izvajalci izpolnili Standarde izobraževanja iz psihoterapije. Pri verifikaciji prej že akreditiranih izvajalcev in njihovih programov Zbornica ustrezno prilagodi in poenostavi postopke tako, da prizna kot izpolnjene vse zahteve Standardov izobraževanja iz psihoterapije, ki so bile že preverjene kot primerne v postopku akreditacije s strani akreditacijskega organa. Ponovna verifikacija posameznega izvajalca psihoterapevtskega izobraževanja poteka vsakih sedem let. Prav tako morajo izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije usklajevati njihove vsebine glede na razvoj stroke in psihoterapevtske znanosti na najmanj sedem let.

- b. Verifikacijo psihoterapevtskih pristopov in metod izvaja Zbornica na podlagi posebnega *Pravilnika o verifikaciji psihoterapevtskih pristopov in metod*, ki določa kriterije in postopke za ugotavljanje njihove znanstvene utemeljenosti ter primernosti za psihoterapevtsko obravnavo klientov. Pri tem Zbornica spodbuja razvoj novih področij psihoterapevtske prakse, metod in pristopov. Pri preverjanju novih metod in pristopov, ki še niso priznani, skrbi za uravnovešanje potrebe po razvoju in previdnosti pri uporabi v skladu z etičnimi zahtevami.
- c. Zbornica v postopku verifikacije psihoterapevtskih pristopov upošteva zlasti naslednje kriterije:
- da je iz znanstvenih spoznanj izvedena teorija, ki utemeljuje pristop in ki vključuje teorijo o nastanku in razvoju motenj, bolezni, intrapersonalnih in interpersonalnih problemov ter teorijo obravnave;
  - da ima iz teorije izvedeno strategijo psihoterapevtske oziroma svetovalne obravnave, ali več psihoterapevtskih metod, za uporabo na širokem spektru področij;
  - iz strategije izvedene koncepte za ugotavljanje indikacij, individualno načrtovanje obravnave in razvijanje terapevtskega odnosa;
  - da je psihoterapevtski pristop odprt za znanstveno raziskovanje in nova spoznanja;
  - da obstaja o pristopu mednarodna strokovna in znanstvena literatura;
  - da je učinkovitost in uspešnost psihoterapevtskega pristopa znanstveno preverjena in prikazana.
- d. Zbornica v postopku verifikacije psihoterapevtskih metod upošteva zlasti naslednje kriterije:
- da je iz znanstvenih spoznanj izvedena teorija o nastanku in razvoju ene ali več motenj, bolezni, intrapersonalnih in interpersonalnih problemov ter teorijo obravnave;
  - da ima kriterije za ugotavljanje indikacij;
  - da vsebuje opis psihoterapevtskih tehnik;
  - da vsebuje opis pričakovanih učinkov in izidov;
  - da obstaja o metodi mednarodna strokovna in znanstvena literatura;
  - da je učinkovitost in uspešnost psihoterapevtske metode znanstveno preverjena in prikazana.
- e. Podeljevanje licenc za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti in vpis v register psihoterapevtov izvaja Zbornica na podlagi posebnega *Pravilnika o licencah psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev*, ki določa kriterije in postopke za ugotavljanje ustreznosti kandidatov. Ti kriteriji in postopki morajo zagotavljati, da je kandidat usposobljen v skladu s Standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti.

- f. Formalna dokumentacija verificiranega izvajalca izobraževanja mora jasno navajati, da je član Zbornice, in mora imeti logo Zbornice na svoji spletni strani, na naslovni strani svojega izobraževalnega priročnika in/ali prospektov.

## **2.4 Temeljne zahteve za izvajalce izobraževanj s področja psihoterapije**

### **2.4.1 Splošne zahteve in vpisni pogoji**

Izobraževanje s področja psihoterapije se izvaja preko:

- a. Akademskih študijev s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov v okviru diplomskih in podiplomskih programov ter programov za izpopolnjevanje, akreditiranih s strani Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu ali tujih primerljivih agencij.
- b. V neposredni dodiplomski študij s področja psihoterapije lahko vstopajo kandidati, ki so opravili:
  - splošno maturo ali
  - poklicno maturo v kateremkoli srednješolskem programu in izpit iz enega od predmetov splošne mature; izbrani predmet ne sme biti predmet, ki ga je kandidat že opravil v poklicni maturi ali
  - pred 1.6.1995 katerikoli štiriletni srednješolski program.
- c. V podiplomski študij s področja psihoterapije, lahko vstopajo kandidati, ki so opravili:
  - univerzitetni študijski program (sprejet pred 11. 6. 2004) ali študijski program prve stopnje (ali enakovredno izobrazbo po Zakonu o visokem šolstvu) ustreznih strokovnih področij (humanistično, pedagoško, socialno, zdravstveno in družboslovno).
  - univerzitetni študijski program (sprejet pred 11. 6. 2004) ali študijski program prve stopnje (ali enakovredno izobrazbo po Zakonu o visokem šolstvu) drugih strokovnih področij, če so pred vpisom opravili dodatne študijske obveznosti (diferencialni program).
- d. Edukacij s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov, verificiranih s strani Zbornice, v katere lahko vstopajo kandidati z:
  - zaključeno drugo stopnjo fakultetnega študijskega programa za pridobitev izobrazbe ali
  - zaključenim drugim enakovrednim univerzitetnim študijskim programom ali
  - zaključeno specializacijo po opravljenih visokošolskih strokovnih programih, zlasti iz področja humanističnih in družbenih ved.

- e. Kombinacije akreditiranih študijev in verificiranih edukacij s področja psihoterapije, pri čemer ustreznost te kombinacije in posledično diplomantovo usposobljenost za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti presoja Zbornica.
- f. Specializacije iz psihoterapije, v katero lahko vstopajo kandidati z:
- zaključeno drugo stopnjo fakultetnega študijskega programa za pridobitev izobrazbe ali
  - zaključenim drugim enakovrednim univerzitetnim študijskim programom ali
  - zaključeno specializacijo po opravljenih visokošolskih strokovnih programih,
  - zaključenim uvodnim izobraževanjem s področja psihoterapije za nesorodne poklice in
  - zaključenim strokovnim izpitom za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce.
- g. Uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije<sup>3</sup> za nesorodne poklice (npr. ekonomist, pravnik, inženir), ki ga je potrebno opraviti pred vstopom v izobraževanje iz priznanih psihoterapevtskih pristopov. Vsebine uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije so lahko del akreditiranih študijskih programov. Izvajalec uvodnega izobraževanja mora po potrebi glede na kandidata predhodna znanja za vsakega določiti vsebine, ki jih mora opraviti (t. i. individualni program).

#### 2.4.2 Obseg in trajanje izobraževanja

Obseg in trajanje izobraževanja morata omogočati konsolidacijo ter integracijo teoretskega znanja in psihoterapevtske prakse. Trajanje je odvisno predvsem od tega, kako intenzivno se edukant, specializant ali študent izobražuje (redno – »full time« ali izredno, ob delu – »part time«). Zahteve neposrednih študijev morajo biti višje od zahtev za edukacije, ker v študij vstopajo mlajši študenti v primerjavi s starejšimi edukanti, ki so že opravili en študij. V vseh primerih izobraževalnih poti pa gre za dolgoletno izobraževanje, ki mora zadostiti kriterijem visokošolskih poklicnih izobrazb.

##### 2.4.2.1 Obseg in trajanje specializacije iz psihoterapije

Programi specializacije iz psihoterapije obsegajo vsem psihoterapevtskim pristopom skupne vsebine, ki so potrebne za integracijo znanj iz različnih pristopov,

3 Namesto izraza uvodno izobraževanje iz psihoterapije Evropska zveza za psihoterapijo (EAP) uporablja izraz ekvivalent znanja; po pravilniku EAP morajo ta znanja pridobiti vsi posamezniki, ki nimajo ustrezne humanistične izobrazbe.



in specialne vsebine, ki so lastne vsakemu posameznemu pristopu. Program obsega teoretične vsebine, superzivirano psihosocialno prakso, supervizirano psihoterapevtsko prakso in osebno izkušnjo.

Specializacija iz psihoterapije traja praviloma najmanj štiri leta.

Trajanje specializacije se ustrezno podaljša v primeru specializantov, ki opravljajo specializacijo z manj kot polnim delovnim časom ali v primeru specializantov volonterjev. Trajanje specializacije se lahko v soglasju z glavnim mentorjem ustrezno podaljša tudi v primeru specializantov, ki opravljajo specializacijo iz psihoterapije v okviru rednega delovnega razmerja.

Trajanje specializacije se lahko skrajša v primerih, ko je specializantu del obveznih vsebin iz programa specializacije, kot že pridobljene, priznala komisija Zbornice. Skrajšanje upošteva glavni mentor, ko oblikuje in določa individualni program specializacije.

#### **2.4.2.2 Obseg in trajanje študijev s področja psihoterapije**

Trajaje študijev (dodiplomskih, podiplomskih in programov za izpopolnjevanje) s področja psihoterapije, je usklajeno z določili Zakona o visokem šolstvu in traja praviloma pet let. Neposredni študij s področja psihoterapije traja najmanj pet let: tri leta dodiplomska in dve leti magistrska stopnja.

Bolj natančen prikaz obsega študijev je možen s pomočjo ECTS točk. Po visokošolski zakonodaji mora en letnik študija vsebovati 60 ECTS, kar v petih letih neposrednega študija zneso 300 ECTS. En ECTS pa pomeni okoli 30 ur študentovega dela, od teh je okoli polovica t. i. kontaktnih ur, ki jih študent prebije v direktnem stiku z učitelji, supervizorji, mentorji. Torej je celoten obseg študentovega dela v neposrednem študiju okoli 9000 ur, od tega naj bi bilo najmanj okoli 4500 kontaktnih ur (glej tabelo 1).

#### **2.4.2.3 Obseg in trajanje uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije**

Za nesorodne poklice je pred specializacijo iz psihoterapije ali izobraževanjem iz priznanih psihoterapevtskih pristopov potrebno še uvodno izobraževanje s področja psihoterapije (glej tabelo 2), ki traja najmanj eno leto in se zaključí z uspešno opravljenim zaključnim izpitom. Vsebine uvodnega izobraževanja so lahko del akreditiranih študijskih programov s področja psihoterapije.

Tabela 2:

**Program uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije:**

Teorija v obliki predavanj, seminarjev in vaj	Minimalno število ur
<b>Modul A - psihologija za psihoterapevte</b>	
Splošna psihologija-(teorija motivacije, emocij in kognitivnih procesov)	30
Razvojna psihologija (značilnosti razvojnih obdobj)	30
Psihologija osebnosti (teorije osebnosti)	20
Klinična psihologija in nevropsihologija (psihodiagnostika, teorija travme)	30
Socialna psihologija (socialna motivacija in resničnost, skupinska dinamika)	20
<b>Modul B - psihiatrija in nevroznanost za psihoterapevte</b>	
Psihiatrija (zgodovina in organizacija psihiatrije, socialna psihiatrija, skupnostna psihiatrična skrb, psihosomatika)	20
Psihofarmakologija	10
Psihopatologija in patogeneza ter salutologija in salutogeneza	40
Nevroznanost (nevrobiologija psihoterapije)	20
<b>Modul C - psihoterapija kot poklic in znanost</b>	
Uvod v psihoterapijo	
(psihoterapija kot avtonomen poklic in kot znanstvena disciplina)	5
Zgodovina in razvoj psihoterapije (razvoj glavnih psihoterapevtskih pristopov)	25
Psihoterapevtski pristopi oziroma šole v Sloveniji (predstavitev glavnih psihoterapevtskih pristopov v Sloveniji)	30
Filozofske osnove in družbeno kulturni kontekst psihoterapije (epistemologija, fenomenologija, sociološke in kulturne študije ...)	20
Raziskovanje v psihoterapiji (kvantitativna in kvalitativna metodologija)	20
Etika v psihoterapiji	10
Socialnovarstvena in zdravstvena zakonodaja ter prva pomoč	30
<b>Skupaj teorija</b>	<b>360</b>
<b>Praksa</b>	
Psihosocialna praksa*	160
Supervizija psihosocialne prakse	10
Osebna izkušnja (učna terapija)	50
<b>Skupaj teorija in praksa</b>	<b>580</b>

\* Psihosocialna praksa je supervizirana praksa v učnih bazah, ki so lahko organizacije oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč (glej točko 6.2).

#### 2.4.2.4 Obseg in trajanje izobraževanja iz psihoterapevtskih pristopov

Programi izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov obsegajo vsem psihoterapevtskim pristopom skupne vsebine, ki so potrebne za integracijo znanj iz različnih pristopov, in specialne vsebine, ki so lastne vsakemu posameznemu pristopu. Programi obsegajo teoretične vsebine, superzivirano psihosocialno prakso, supervizirano psihoterapevtsko prakso in osebno izkušnjo.

Programi izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov lahko vključujejo usposabljanje iz različnih metod.

Izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov morajo trajati najmanj štiri leta in morajo vsebovati najmanj<sup>4</sup>:

- 600 ur teorije,
- 880 ur supervizirane prakse, od tega najmanj 480 ur supervizirane psihosocialne prakse in najmanj 400 ur supervizirane psihoterapevtske prakse,
- 170 ur supervizije, od tega najmanj 20 ur supervizije za psihosocialno prakso in najmanj 150 ur supervizije za psihoterapevtsko prakso,
- 250 ur osebne izkušnje.

V času izobraževanja iz psihoterapevtskega pristopa študent, edukant ali specializant pridobi status študenta, edukanta ali specializanta psihoterapije pod supervizijo, ki mu dovoljuje opravljanje supervizirane psihoterapevtske prakse. Začetek dela s klienti pod supervizijo odobri študentu ali edukantu vodja izobraževanja na predlog mentorja, specializantu pa izvajalec izobraževanja na predlog neposrednega mentorja.

#### 2.4.3 Sprejemni postopki

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo:

- a. objaviti sprejemne kriterije in postopke za izbiro kandidatov;
- b. spoštovati vpisne pogoje kot so navedeni v Zakonu o psihoterapevtski dejavnosti in v teh standardih;
- c. omogočiti kandidatom, da pokažejo osebne kvalitete, potrebne za opravljanje psihoterapevtskega poklica;
- d. imeti neposreden proces selekcije, ki temelji na medosebni interakciji;
- e. preverjati osebno primernost kandidatov ob vpisu in med izobraževanjem ob vsakokratnem prehodu iz nižje v višjo stopnjo izobraževanja;
- f. po pravilih imeti metode in postopke za procesiranje Ocenjevanja predhodnega/izkustvenega učenja (APL in APEL) ali Sistem prenosa akumuliranih

<sup>4</sup> S tem so glede skupnega števila ur kot tudi glede števila ur po posameznih stebrih izobraževanja izpolnjeni kriteriji Evropske diplome iz psihoterapije (EDP), ki zahteva, da morajo obsegati edukacije iz psihoterapevtskih pristopov najmanj 1400 ur.

kreditov (CATS). Te metode in postopki morajo opisovati proces in kriterije ter omogočati pritožbo. Na ta način je možno največ 50 procentov priznavanja predhodnega izobraževanja, razen če ni s temi pravili določeno drugače.

#### 2.4.4 Zahteve različnosti in enakopravnosti

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo:

- a. imeti, objaviti in v izobraževanju upoštevati jasne kriterije, ki se nanašajo na različna relevantna zdravstvena stanja študentov, edukantov in specializantov. Ti kriteriji morajo biti konsistentni z obstoječimi pravili in normami Zbornice,
- b. imeti in objaviti politiko obravnave različnosti in enakopravnosti,
- c. imeti objavljene postopke, ki zagotavljajo, da študenti, edukatni, specializanti ali osebje niso diskriminirani zaradi kateregakoli razloga. Postopki morajo specificirati, kaj lahko nekdo naredi, če doživlja diskriminacijo, kako in komu lahko o tem poroča, kaj lahko od organizacije pričakuje glede njenega ukrepanja idr.

#### 2.4.5 Minimalni pogoji za kurikulum

##### 2.4.5.1 Teorija in praksa

- a. Študij teorije in prakse psihoterapije od začetne ocene do zaključka mora vključevati znanja s področja:
  - osnov psihoterapevtske prakse, glavnih psihoterapevtskih teorij in modelov,
  - teorij in metod psihoterapevtske obravnave posameznega pristopa,
  - ocene/diagnostike, pomembne za psihoterapevtsko prakso, in psihopatologije,
  - etike, zakonodaje, profesionalnih vprašanj in sodelovanja z drugimi strokovnjaki,
  - razvoja posameznika preko življenjskih stadijev,
  - znanstvenega raziskovanja in evalvacije.

##### 2.4.5.2 Raziskovanje

Verificirani izvajalci izobraževanja s področja psihoterapije morajo:

- a. imeti in razvijati raziskovanje, ki je relevantno za področje psihoterapije;
- b. svojim študentom, edukantom ali specializantom omogočiti:
  - teoretično spoznavanje raziskovalne metodologije ter raziskovanja na celotnem področju psihoterapije in v okviru izbranega psihoterapevtskega pristopa,
  - učenje, kako brati, razumeti in kritično ovrednotiti raziskovanje v odnosu

do psihoterapevtske stroke,

- aplikacijo kvantitativne in/ali kvalitativne metodologije v okviru izdelave diplomskih oziroma raziskovalnih nalog
- povezovanje supervizirane psihoterapevtske prakse z raziskovanjem in
- vključevanje v raziskovalne projekte, pri čemer se lahko različni izvajalci izobraževanj povezujejo v skupne raziskovalne projekte.

#### **2.4.5.3 Različnost in enakost**

Vsi verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo zagotoviti, da študenti, edukanti ali specializanti razvijejo:

- a. kritično razumevanje kulturnih, rasnih, socio-ekonomskih, spolnih, heteronormativnih predsodkov in predsodkov do invalidnosti v teoriji in kulturi psihoterapije in kjer je to potrebno, izzvati te predsodke;
- b. kritično razumevanje in samorefleksivno prepoznavanje medosebnih in intrapersonalnih pojavov, ki terjajo pozornost iz perspektive enakosti in različnosti, kar vključuje:
  - dinamiko privilegija, zatiranja, marginalizacije in predpostavk, ki vplivajo na psihični in socialni razvoj ter oblikujejo življenjsko izkustvo;
  - razumevanje, kako te dinamike in iz njih izhajajoče neuravnoteženosti moči vplivajo na terapevtski proces in odnos;
- c. razumevanje občutljivosti za splošne in specifične težave in izzive, ki vplivajo na posameznike, pare, družine, organizacije in skupnosti zaradi neenakosti in diskriminacije;
- d. zavedanje, učinkovitost in pogum za komuniciranje in delovanje v smeri zmanjševanja škode in travm, ki jih povzročata diskriminatorna praksa ter neobčutljivost za neuravnoteženost moči v terapevtskem, izobraževalnem in supervizijskem okviru;
- e. spoštovanje pravic in potreb pacientov ali klientov ter kolegov.

#### **2.4.5.4 Zaščita in varnost**

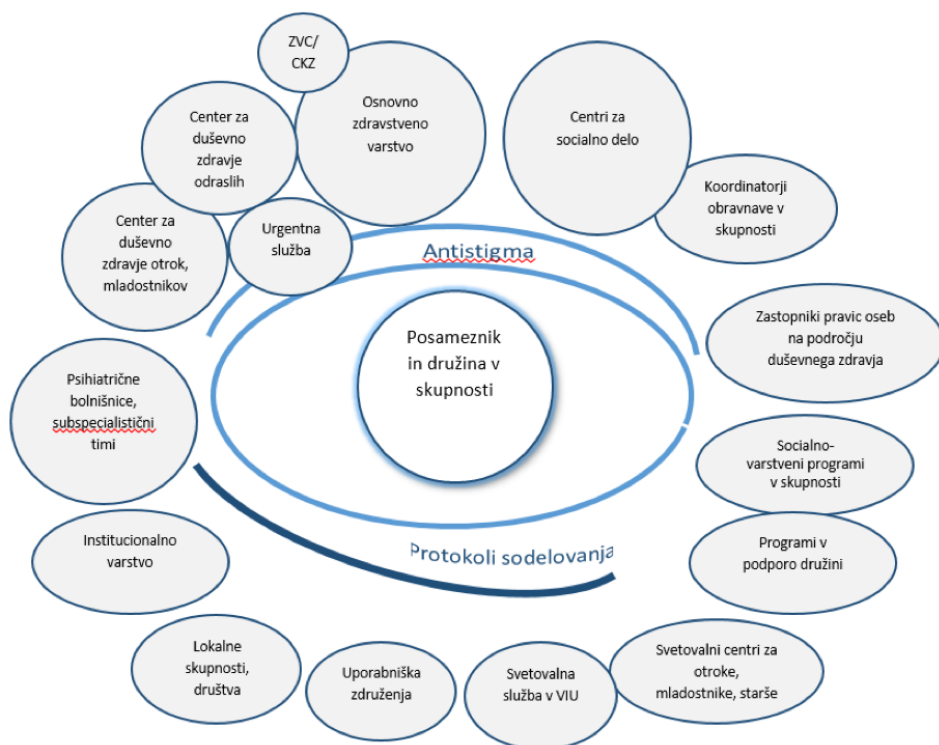
- a. Kurikulum mora vključevati razvijanje zavedanja problemov zaščite in varnosti v odnosu do klientov in do tistih, ki so potencialno izpostavljeni klientovim dejanjem.
- b. Študenti, edukanti in specializanti morajo biti opremljeni za razumevanje svojih odgovornosti v odnosu do relevantne zakonodaje.
- c. Izobraževanja morajo zagotoviti, da študente, edukante, specializante opremijo za delo v posebnih okoljih in za razumevanje, kako zagotoviti skladnost s pravili zaščite in varnosti v teh okoljih.
- d. Znanje mora vključevati:

- mehanizme poročanja, določene s strani Zbornice;
- kako se študenti, edukanti, specializanti zaščitijo, vključno z oceno tveganja in upravljanja s tveganji.

#### 2.4.5.5 *Spoznavanje področja varovanja duševnega zdravja*

Vsi verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo svojim študentom, edukantom ali specializantom preko teoretičnih oblik izobraževanja in preko supervizirane psihosocialne prakse (glej točko 6.2) zagotoviti spoznavanje:

- področja varovanja duševnega zdravja v različnih družbenih sektorjih, kjer je psihoterapevtska ali svetovalna obravnava lahko del:
  - zdravstvene obravnave v okviru zdravstvene dejavnosti,
  - socialno varstvene obravnave v okviru socialno varstvene dejavnosti,
  - obravnave v okviru šolstva v vzgojnih zavodih, šolskih svetovalnih službah in drugih oblikah organizirane skrbi za podporo ranljivim skupinam otrok, mladostnikov in družin,
  - kazenske obravnave v okviru pravosodja na tožilstvih in sodiščih ter
  - obravnave za varovanje duševnega zdravja v gospodarskih organizacijah;
- mreže služb in organizacij za duševno zdravje po različnih slovenskih regijah (glej sliko 1; ReNPDZ18-28, stran 3587), kjer se lahko psihoterapevtska ali svetovalna obravnava vključuje v katerekoli storitve, od univerzalne, selektivne in indicirane preventive preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe.



Slika 1: Regionalna mreža služb za duševno zdravje

#### 2.4.5.6 Etika

- Izobraževanja za psihoterapevte morajo zagotoviti, da študenti, edukanti in specializanti poznajo Kodeks poklicne etike Zbornice.
- Kodeks poklicne etike mora biti integriran v celoten proces izobraževanja.
- Zagotoviti je potrebno čas in prostor za refleksijo o etičnih problemih.
- Izobraževanja morajo zagotoviti, da študenti, edukanti in specializanti razvijejo samorefleksijo in psihično zrelost.

#### 2.4.5.7 Varnost in zaupnost

Izobraževanja za psihoterapevte morajo študente, edukante in specializante usposobiti za ocenjevanje tveganja. Naučiti jih je potrebno, kako razvijati svoja lastna pravila in prakso varovanja podatkov, ki je skladna z zakonodajo in Kodeksom poklicne etike Zbornice. To mora vključevati:

- družbene medije;
- telefon in tehnologije sporočanja;
- principe in regulacijo varovanja podatkov, vključujoč upravljanje s podatki;
- email protokole;
- inovativno tehnologijo, ki vključuje aplikacije in spletna orodja v psihotera-

- pevtski praksi;
- f. proces plačevanja;
- g. upravljanje lastne prakse;
- h. implikacije lokalne jurisdikcije in dela v mednarodnih okvirih.

#### 2.4.6 Osebna izkušnja

- a. Osebna izkušnja mora študentu, edukantu ali specializantu omogočiti, da pri delu s klienti bolj učinkovito vpliva na potek terapevtskega procesa in na dejavnike, ki vplivajo na izid terapije, med njimi predvsem na psihoterapevtski odnos.
- b. Osebno izkušnjo pridobi študent, edukant ali specializant psihoterapije v lastni psihoterapevtski obravnavi, v obliki individualne ali skupinske oblike dela na sebi pri za to usposobljenemu psihoterapevtu za osebno izkušnjo. Možne so različne oblike osebne izkušnje glede na značilnosti in zahteve psihoterapevtskega pristopa.
- c. Študent, edukant ali specializant sam izbere psihoterapevta izbranega psihoterapevtskega pristopa iz Registra psihoterapevtov za osebno izkušnjo, ki ga vodi Zbornica. Iz registra lahko izbere tudi psihoterapevta drugega terapevtskega pristopa, v kolikor je to dovoljeno po izobraževalnih standardih izbranega psihoterapevtskega pristopa.
- d. Šteje se, da je pogoj osebne izkušnje izpolnjen, če je študent, edukant ali specializant opravil skupno najmanj 250 ur osebne izkušnje, od tega vsaj 150 ur pri istem psihoterapevtu za osebno izkušnjo, pri čemer se upoštevajo posebnosti posameznega psihoterapevtskega pristopa.
- e. Psihoterapevt za osebno izkušnjo je naziv, ki ga lahko pridobi psihoterapevt, ki izpolnjuje naslednje kriterije:
  - članstvo v Zbornici;
  - pridobljen naziv psihoterapevt;
  - najmanj petletna neoporečna psihoterapevtska praksa po zaključeni lastni specializaciji, študiju ali edukaciji.
- f. O podelitvi in odvzemu naziva iz prejšnjega odstavka odloča Zbornica, pri čemer upošteva posebnosti posameznih pristopov, in vodi register psihoterapevtov za osebno izkušnjo.



## 2.4.7 Supervizija, intervizija in supervizirana praksa

### 2.4.7.1 Splošno o superviziji in interviziji

- a. Vsi verificirani izvajalci psihoterapevtske dejavnosti so dolžni zagotoviti, da je njihova psihoterapevtska praksa supervizirana.
- b. Intervizija je redna oblika strokovnega srečevanja dveh ali več psihoterapevtov z najmanj petletno psihoterapevtsko prakso, na katerih se z medsebojno izmenjavo izkušenj, mnenj, nasvetov in opažanj, zagotavlja strokovno in neoporečno delo psihoterapevta.
- c. Supervizija je redno, posredno ali neposredno spremljanje psihoterapevtske prakse in je namenjena zagotavljanju strokovnega in neoporečnega dela psihoterapevta.
- d. Supervizija je obvezni sestavni del psihoterapevtske prakse. To obveznost se lahko zagotavlja tudi z intervizijo.
- e. Supervizija v času študija, edukacije ali specializacije iz psihoterapije je namenjena tudi spremljanju, usmerjanju in ocenjevanju razvoja usposobljenosti študenta, edukanta ali specializanta psihoterapije.
- f. Supervizijo izvajajo supervizorji.
- g. Supervizor je lahko psihoterapevt z vsaj petletno neoporečno psihoterapevtsko prakso, ki aktivno prispeva k razvoju psihoterapevtske stroke oziroma znanosti in je vpisan v register supervizorjev Zbornice.
- h. Supervizor mora upoštevati pravilo nezdržljivosti vlog in sme pri istem psihoterapevtu, študentu, edukantu ali specializantu izvajati le eno od naslednjih vlog: vlogo mentorja, vlogo psihoterapevta za osebno izkušnjo ali vlogo supervizorja.
- i. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo imeti izoblikovane lastne kriterije za pridobitev statusa supervizorja, ki temeljijo na splošnih kriterijih Zbornice.
- j. Supervizija z uporabo digitalnih medijev (npr. telefon, internet) je sprejemljiva le po tem, ko je bil vzpostavljen supervizorski odnos na neposredni medosebni ravni.
- k. Supervizija mora vključevati tudi vprašanja varnosti in tveganja.
- l. Študenti, edukanti, specializanti in supervizorji morajo biti polno pripravljeni na supervizirano prakso. Biti morajo seznanjeni z relevantnimi informacijami in prikazati razumevanje glede:
  - predvidenih študijskih dosežkov;
  - časovnih okvirov supervizirane prakse in dokumentacije prakse, ki jo je potrebno voditi;
  - pričakovanj v zvezi s pogoji poklicnega ravnanja in procesov za naslavljanje

skrbi in pritožb v zvezi s primernostjo študenta, edukanta ali specializanta za psihoterapevtsko prakso;

- postopkov ocenjevanja, posledic neuspešnosti prakse in ukrepov, ki jih je potrebno podvzeti v primeru neuspešnosti;
- sprejetih načinov komunikacije in poročanja.

m. V okviru izobraževanja s področja psihoterapije obstajata dve vrsti supervizirane prakse: psihosocialna in psihoterapevtska praksa.

#### 2.4.7.2 *Supervizirana psihosocialna praksa*

- a. Namen psihosocialne prakse v okviru izobraževanja s področja psihoterapije je spoznavanje področja varovanja duševnega zdravja v različnih družbenih sektorjih (na primer v zdravstvu, socialnem varstvu, šolstvu, pravosodju, gospodarstvu idr.) in široke mreže služb in organizacij za duševno zdravje po različnih slovenskih regijah (glej točko 4.5 in sliko 1).
- b. Supervizirana psihosocialna praksa se izvaja v okviru uvodnega izobraževanja s področja psihoterapije v obsegu najmanj 160 ur in v okviru izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov v obsegu najmanj 480 ur. Izvajalci izobraževanj iz psihoterapevtskih pristopov lahko sami organizirajo psihosocialno prakso ali pa sklenejo pogodbo z drugim verificiranim ali akreditiranim izvajalcem izobraževanja, ki za njihove študente, edukante ali specializante organizira psihosocialno prakso.
- c. Supervizirano psihosocialno prakso študent, edukant ali specializant (v nadaljevanju praktikant) opravlja v s strani Zbornice verificiranih učnih bazah, ki so lahko organizacije, enote organizacij oziroma zasebni delavci, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter organizacije in službe za psihosocialno pomoč.
- d. Praktikanti morajo najmanj eno tretjino psihosocialne prakse opraviti v psihiatričnih ustanovah, službah ali pri zasebnih psihiatrih, od tega morajo biti najmanj mesec dni na sprejemnih oddelkih psihiatričnih bolnic. V tem času se morajo seznaniti z:
  - administrativnimi procedurami, postopki napotitve in dokumentiranjem;
  - psihiatričnim diagnosticiranjem in obravnavo;
  - življenjskim svetom ljudi, ki so bili diagnosticirani s specifičnimi diagnostičnimi kategorijami, kot so shizofrenija, motnje razpoloženja, organsko pogojene duševne motnje idr.;
- e. Točen obseg, vrsto in način izvajanja psihosocialne prakse določi verificirani izvajalec izobraževanja v skladu s standardi izobraževanja in v sodelovanju z učnimi bazami v individualnih programih študentov, edukantov ali specializantov.

- f. Zbornica na predlog izvajalcev izobraževanj preverja in potrjuje ustreznost učnih baz za opravljanje prakse in vodi register učnih baz za psihosocialno prakso.
- g. Učne vsebine in cilji psihosocialne prakse, ki naj bi jih dosegel praktikant, so:
- spoznavanje okoliščin in institucij, v katerih poteka svetovalno in terapevtsko delo v okviru psihiatrične in psihosocialne pomoči ter mrež različnih strokovnih služb (javne službe na področju zdravstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, civilne iniciative, nevladne organizacije, društva, zavodi, skupine za samopomoč idr.);
  - spoznavanje psihosocialnih pristopov pri delu s klienti različnih starosti, od otrok in mladostnikov, odraslih do starejših;
  - opazovanje z udeležbo pri svetovalnih in terapevtskih pogovorih;
  - udeležba na timskih pogovorih v ustanovi;
  - spoznavanje znanj in veščin za vzpostavljanje stika in za svetovalno delo z ljudmi, ki iščejo pomoč in svetovanje;
  - spoznavanje življenjskega sveta klienta;
  - reflektiranje lastnih občutkov pri opazovanju procesov dela z ljudmi;
  - prostovoljno delo;
  - spoznavanje dokumentiranja svetovalnih in terapevtskih storitev.

#### 2.4.7.3 *Supervizirana psihoterapevtska praksa*

- a. Namen psihoterapevtske prakse v okviru izobraževanja s področja psihoterapije je usposabljanje za psihoterapevtsko delo s klienti.
- b. Psihoterapevtska praksa v okviru izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskega pristopa je psihoterapevtsko delo s klienti, ki ga opravlja študent, edukant ali specializant pod vodstvom mentorja in ob rednem spremljanju supervizorja.
- c. V času izobraževanja iz psihoterapevtskega pristopa ali v času specializacije študent, edukant ali specializant pridobi status študenta, edukanta ali specializanta psihoterapije pod supervizijo (v nadaljevanju praktikant), ki mu dovoljuje opravljanje supervizirane psihoterapevtske prakse. Začetek dela s klienti pod supervizijo odobri praktikantu vodja izobraževanja na predlog mentorja.
- d. Psihoterapevtska praksa v okviru specializacije iz psihoterapije je psihoterapevtsko delo s klienti oziroma pacienti, ki ga izvajajo specializanti s statusom specializanta pod supervizijo pod vodstvom neposrednega mentorja in ob rednem spremljanju supervizorja.
- e. Supervizirano psihoterapevtsko prakso v okviru izobraževanja s področja psihoterapije oziroma psihoterapevtskih pristopov lahko praktikant opravlja

v s strani Zbornice verificiranih učnih bazah, kjer se izvaja psihoterapevtska dejavnost, kjer je zaposlen vsaj en psihoterapevt z licenco in kjer so zagotovljeni ustrezni klienti.

- f. Točen obseg, vrsto in način izvajanja supervizirane psihoterapevtske prakse določi verificirani izvajalec izobraževanja v skladu s standardi izobraževanja in v sodelovanju z učnimi bazami v individualnih programih praktikantov.
- g. Zbornica na predlog izvajalcev izobraževanj preverja in potrjuje ustreznost učnih baz za opravljanje psihoterapevtske prakse in vodi register učnih baz za psihoterapevtsko prakso.
- h. Učne vsebine in cilji psihoterapevtske prakse, ki naj bi jih dosegel praktikant, so:
  - spoznavanje okoliščin in institucij, v katerih poteka psihoterapevtska dejavnost in praksa;
  - prepoznavanje intrapersonalnih in interpersonalnih problemov in rešitev, duševnih motenj in odpornosti (angl. resilience), procesov patogeneze in salutogeneze pri klientih;
  - oblikovanje sklopa kliničnih konceptov, ki povezujejo teorijo in prakso od pripravljalne faze do zaključka terapevtskega procesa;
  - uporaba izbranega teoretskega modela in znanja za presojo primernosti svojega psihoterapevtskega pristopa glede na potrebe klientov ter za oblikovanje in spodbujanje ustreznih terapevtskih procesov;
  - demonstriranje zmožnosti uporabe teoretičnega znanja svojega pristopa za oblikovanje hipotez, ustreznega terapevtskega odgovora in razvijanja novih terapevtskih rešitev;
  - demonstriranje zmožnosti analize kompleksnih in kontradiktornih področij psihoterapevtske prakse z namenom oblikovanja možnih intervencij;
  - demonstriranje zmožnosti uporabe izbranega psihoterapevtskega pristopa za vzpostavljanje terapevtskega odnosa ter dela s tem odnosom;
  - terapevtsko interveniranje in zaključevanje terapevtskega procesa skladno z izbranim psihoterapevtskim pristopom;
  - prepoznavanje meja svojega pristopa ter primerjanje in integriranje z drugimi pristopi
  - zavedanje in obvladovanje etičnih vprašanj in dilem;
  - demonstriranje zmožnosti sodelovanja z drugimi za oblikovanje rešitev,
  - demonstriranje zmožnosti prilagajanja in inovativne prakse,
  - demonstriranje zmožnosti ugotavljanja, razjasnjevanja, ocenjevanja problemov psihoterapevtske prakse in njihovega reševanja;
  - demonstriranje odgovornosti za samonadzor (self-monitoring);
  - demonstriranje zmožnosti za konsistentno reflektiranje svojega funkcioniranja v terapevtskem procesu za izboljšave svoje prakse;

- sintetiziranje lastne osebne integracije teorije in klinične prakse;
- prepoznavanje in ravnanje z osebno vpletenostjo in prispevkom v terapevtskem procesu, ki ga prakticira;
- uporaba izbranega psihoterapevtskega pristopa in metod za delo s klienti različnih starosti, od otrok in mladostnikov, odraslih do starejših;
- udeležba na timskih pogovorih v učni bazi;
- dokumentiranje terapevtskih in svetovalnih storitev.

#### **2.4.7.4 Dolžnosti koordinatorjev, mentorjev, supervizorjev psihosocialne in psihoterapevtske prakse ter praktikantov**

- a. Koordinator psihosocialne in psihoterapevtske prakse pri Zbornici oziroma pri izvajalcu izobraževanja, v kolikor to zahteva obseg psihosocialne in psihoterapevtske prakse, ki jo organizira, nadzoruje potek in ocenjuje uspešnost prakse v sodelovanju z mentorji na učnih bazah in s supervizorji, pri katerih praktikant opravlja zahtevano število ur supervizije.
- b. Obveznosti koordinatorja prakse so:
  - skrbi za ustrezno število učnih baz in za sklepanje pogodb z učnimi bazami;
  - vodi seznam učnih baz, mentorjev in drugih odgovornih na učnih bazah;
  - izvaja redno koordinacijo in/ali supervizije s supervizorji;
  - skupaj z ostalimi supervizorji informira praktikante o ciljih, možnostih in poteku opravljanja prakse;
  - odloča o ustreznosti učnih baz, ki jih predlagajo praktikanti sami;
  - koordinira potek prakse, tako da stalno vključuje povratne informacije praktikantov, supervizorjev in mentorjev;
  - skrbi za kontinuirano evalvacijo učnih baz;
  - skrbi za izdajanje potrdil o mentorstvu mentorjem in učnim bazam.
- c. Obveznosti mentorja na učnih bazah za psihosocialno in psihoterapevtsko prakso so:
  - opravi vse potrebne priprave za prihod praktikanta na učno bazo in mu zagotovi ustrezne pogoje za opravljanje prakse; praktikantu pred začetkom prakse v osebnem stiku pomaga oblikovati načrt prakse, kjer upošteva praktikantove želje, cilje prakse in realne možnosti učne baze;
  - sodeluje s koordinatorjem prakse in s supervizorjem ter se še posebno angažira, če pride do zapletov pri opravljanju prakse;
  - omogoči čas za redne konzultacije s praktikanti glede konkretnih vprašanj v zvezi s prakso; izda potrdilo za opravljeno praktikantovo prakso;
  - prebere praktikantovo poročilo o praksi, ga podpiše in skrbi za izboljšave tudi tako, da upošteva povratne informacije praktikantov, supervizorjev in koordinatorja prakse;

- izpolni evalvacijo psihosocialne prakse za izvajalca izobraževanja.
- d. Obveznosti supervizorja psihosocialne in psihoterapevtske prakse so:
- usklajuje se s koordinatorjem prakse, mu poroča o morebitnih zapletih, pomislekih;
  - pripravi praktikante na prakso, tako da jih seznanj s cilji, nalogami in potekom prakse;
  - spodbuja in preverja, da praktikanti pred začetkom prakse vzpostavijo stik z mentorjem na učni bazi;
  - praktikantom pred začetkom prakse s pomočjo mentorja na učni bazi pomaga oblikovati načrt prakse, kjer upošteva praktikantove želje, cilje prakse in realne možnosti učne baze;
  - skrbi za stike (po telefonu ali z obiskom učnih baz) z mentorji praktikantov na učnih bazah, tako da so mentorji na tekočem s cilji, vsebino in potekom prakse;
  - aktivno se vključi v reševanje zapletov, v primeru, da pride do njih pri opravljanju prakse;
  - na rednih individualnih in/ali skupinskih supervizijskih srečanjih s praktikanti nudi supervizijo prakse, spodbuja pisanje dnevnika in refleksijo izkušenj iz prakse;
  - v procesu supervizije pomaga praktikantu pri osvajanju učnih vsebin in doseganju ciljev psihosocialne oziroma psihoterapevtske prakse, kot je navedeno v točkah 6.2.7 in 6.3.8
  - uči in spodbuja intervizijo praktikantov;
  - nudi pomoč pri izdelavi poročil o praksi in pri njihovi predstavitvi na supervizijski skupini; prebere poročila praktikantov o praksi, jih oceni in podpiše;
  - ob zaključku študijskega leta supervizor poskrbi, da praktikanti izpolnijo evalvacijo prakse, koordinatorja, mentorstva in supervizije;
  - ob zaključku prakse poskrbi, da mentorji izpolnijo evalvacijo psihosocialne oziroma psihoterapevtske prakse za organizacije.
- e. Obveznosti praktikanta so:
- prijava na podlagi razpisa učnih baz ali sam predlaga učno bazo, ki gre potem v postopek preverjanja in potrditve;
  - pred začetkom prakse vzpostavi stik z mentorjem na učni bazi;
  - skupaj z mentorjem na učni bazi pred začetkom prakse pripravi načrt prakse;
  - opravi prakso v obsegu, ki ga določa študijski program;
  - reflektira doživetja na praksi na supervizijski skupini in/ali v individualni superviziji;
  - med prakso sproti piše dnevnik, ki je sestavni del poročila o praksi;

- po koncu prakse napiše poročilo o praksi in ga predstavi na supervizijski skupini;
- izpolni evalvacijo psihosocialne prakse, koordinatorja, mentorstva in supervizije;
- skrbi, da zaključi prakso, tako da dobi pozitivno oceno prakse s strani mentorja v učni bazi (ki ob sočasnem pregledu poročila izda potrdilo o opravljeni praksi) in svojega supervizorja; spoštuje načelo zaupnosti in varovanja podatkov klientov oziroma pacientov v učni bazi in osebnih informacij kolegov v zvezi s prakso v supervizijski skupini;
- spoštuje glavne korake o poteku prakse (nanašajoč se na prejšnjo točko).

#### 2.4.8 Vzpostavljanje in vzdrževanje varnega učnega okolja

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo imeti mehanizme za varovanje pravic študentov, edukantov ali specializantov. Ti mehanizmi morajo vključevati postopke posvetovanja in pritožb.

#### 2.4.9 Priročnik o izobraževanju

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo objaviti Priročnik o izobraževanju (lahko samo v elektronski obliki), ki vsebuje jasne informacije o vseh vidikih izobraževanja. To med drugim vključuje informacije o zahtevah, dolžini in časovnih okvirih izobraževanja, psihosocialni in psihoterapevtski praksi, kurikulumu, načinih ocenjevanja idr.

#### 2.4.10 Kadri in viri

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo:

- a. v skladu z zakonskimi merili, merili izvajalca izobraževanja in Zbornice imenovati ustrezno kvalificiranega in izkušenega vodjo programa izobraževanja;
- b. v skladu z zakonskimi merili, merili izvajalca izobraževanja in Zbornice zagotoviti dovolj ustrezno kvalificiranega in izkušenega kadra za učinkovito izvajanje programov;
- c. imeti ustrezne upravljalvske in vodstvene strukture, ki zagotavljajo učinkovito implementacijo izobraževanja. Vsa dokumentacija o teh strukturah mora biti dostopna na vpogled s strani katerekoli zainteresirane strani.
- d. zagotoviti, da ima kader ustrezno kombinacijo relevantnega znanja, izkušenj, kvalifikacij in tehnik za izvajanje prvin izobraževanja, za katere je odgovorno;
- e. imeti kriterije in postopke za selekcijo kadra;

- f. zagotoviti stalno strokovno izpopolnjevanje kadra;
- g. celotnemu kadru zagotoviti ustrezno podporo in dokumentacijo;
- h. zagotoviti relevantne, sodobne in zadostne vire za podporo razvoja študentov, edukantov in specializantov v celotnem poteku izobraževanja;
- i. zagotoviti ustrezne prostore za izvajanje svoje dejavnosti, ki so dostopni študentom, edukantom, specializantom ter izobraževalnemu osebju.
- j. določiti kriterije in postopke za imenovanje mentorjev izobraževanja, ki imajo vlogo podpore in usmerjanja posameznih študentov, edukantov in specializantov. Mentor izobraževanja za študente ali edukante je lahko psihoterapevt z vsaj triletno neoporečno psihoterapevtsko prakso, ki je vpisan v seznam mentorjev študijev oziroma edukacij in v seznam Zbornice.

Naloge mentorja izobraževanja so:

- potrdi individualni program usposabljanja študenta, edukanta ali specializanta v skladu s programom izobraževanja, pri čemer upošteva že dosežena znanja, usposobljenost in kompetence;
- skrbi za organizacijo in izvedbo izobraževanja v skladu z individualnim programom in je odgovoren za njegov nemoten potek;
- usmerja študente, edukante ali specializante glede uporabe strokovne literature;
- ocenjuje napredovanje znanja študenta, edukanta ali specializanta in predlaga podaljšanje določenega dela izobraževanja, če ugotovi, da v predvidenem času ni pridobil zadostnega obsega znanja in veščin;
- opravlja druge naloge, ki zagotavljajo pridobitev vseh znanj in veščin, ki so potrebne za dokončanje izobraževanja;
- predlaga pristop k opravljanju zaključnega izpita, ko je študent, edukant ali specializant izpolnil vse obveznosti individualnega programa na osnovi presoje, da v zadostni meri izpolnjuje splošne in specifične zahteve psihoterapevtske usposobljenosti.

#### 2.4.11 Prisotnost, ocenjevanje in preverjanje

- a. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo določiti, kje je prisotnost obvezna in morajo imeti način evidentiranja prisotnosti na vseh oblikah izobraževanja.
- b. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo zagotoviti ustrezne mehanizme za študente, edukante in specializante, da opravijo tiste dele izobraževalnega programa, na katerih so bili odsotni na osnovi dogovora ali zaradi opravičljivih razlogov.
- c. Načini in kriteriji ocenjevanja tako v teoretičnem kot v praktičnem delu



izobraževanja morajo biti jasno določeni in dostopni študentom, edukantom in specializantom.

- d. Poleg individualnega ocenjevanja s strani učiteljev, supervizorjev in mentorjev morajo verificirani izvajalci izobraževanj imeti organe za ocenjevanje študentov, edukantov in specializantov.
- e. Obstajati mora razpon načinov ocenjevanja, ki omogoča razumno prilagajanje različnim stilom učenja in učnim potrebam vsakega študenta, edukanta ali specializanta. Načini ocenjevanja morajo vključevati raziskovalni projekt, ki je lahko kvantitativna ali kvalitativna študija, pregled literature ali disertacija.
- f. Ocenjevanje mora biti povezano z generičnimi standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti in z za posamezne psihoterapevtske pristope specifičnimi zahtevami psihoterapevtske usposobljenosti (kompetentnosti).
- g. Cilji ocenjevanja so zagotoviti klinično in profesionalno usposobljenost (kompetentnost) v okviru izbranega terapevtskega pristopa ter etično prakso. Načini ocenjevanja morajo biti povezani s temi cilji.
- h. Zasnova ocenjevanja mora biti pravična za kandidate in konsistentna za vse izobraževalne poti.
- i. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo zagotoviti neodvisno preverjanje ocenjevanja, kar velja tako za teorijo kot prakso. Preverjanje ocenjevanja lahko vršijo praktiki, ki so kvalificirani in izkušeni v izbranem psihoterapevtskem pristopu. Lahko so zunanji ocenjevalci.
- j. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo zagotoviti pripravo in usposabljanje osebja za ocenjevanje, kakor tudi možnosti za nenehni razvoj njihove sposobnosti ocenjevanja.
- k. Študenti, edukanti in specializanti morajo dobivati sprotne povratne informacije, ki jim omogočajo lastno oceno svojih sposobnosti in razvojnih potencialov.
- l. Izobraževalni programi morajo imeti objavljene postopke za pritožbe v primerih nestrinjanja z oceno.
- m. Postopki ocenjevanja morajo biti zasnovani tako, da je študentom, edukantom in specializantom jasno, kako ustrezajo psihoterapevtski praksi.
- n. Metode ocenjevanja morajo meriti doseganje pričakovanih študijskih dosežkov, ki so relevantni za varno in učinkovito psihoterapevtsko prakso.
- o. Ocenjevanje mora biti sestavni element širšega procesa evalvacije, spremljanja in razvoja. Potrebno je hraniti dokumentacijo o napredovanju in dosežkih.
- p. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo biti zmožni prikazati, kako njihovi izobraževalni sistemi in prakse zagotavljajo vzpostavitev relevantnih standardov ocenjevanja, ki so merljivi in jih je moč doseči.
- q. Pričakovanja glede vloge psihoterapevta v praksi morajo biti vgrajena v proces ocenjevanja teoretičnega in praktičnega dela izobraževanja.

- r. Verificirani izvajalci izobraževanj morajo preverjati osebno primernost pri kandidatih za izobraževanje s področja psihoterapije ob vpisu in med izobraževanjem ob vsakokratnem prehodu iz nižje v višjo stopnjo izobraževanja na način, ki ga določijo s svojimi pravili, vključujoč stroko:
- če izvajalec izobraževanja ugotovi, da kandidat ni osebno primeren, vpis zavrne;
  - če izvajalec izobraževanja podvomi o študentovi, edukantovi ali specializantovi osebni primernosti za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti, mu lahko odsvetuje nadaljnje izobraževanje ali mu svetuje dodatno izobraževanje in osebno izkušnjo;
  - kandidat oziroma študent ali edukant ali specializant, ki se z odločitvijo izvajalca izobraževanja ne strinja, mora imeti pravico do pritožbe.
- s. Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo zagotoviti, da njihovi priročniki izobraževanja vsebujejo:
- ocenjevalne kriterije za napredovanje v vsaki fazi izobraževanja in za napredovanje v naslednjo fazo;
  - ocenjevalne kriterije za merjenje dosežkov v okviru izobraževanja;
  - ocenjevalne kriterije za določanje primernosti za vpis v register Zbornice;
  - jasne postopke za naslavljanje pritožb glede ocenjevanja in ocen;
  - imenovanje vsaj enega ustreznega kvalificiranega in izkušenega zunanjega ocenjevalca na zaključnem izpitu.

#### 2.4.12 Usposobljenost in vpis v register

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije morajo navesti:

- a. ali in koliko kompetentnost, ki naj bi bila dosežena v izobraževalnem programu, sovпада z izpolnjevanjem pogojev za vpis v register Zbornice;
- b. kakšni so pogoji in postopek vpisa v register psihoterapevtov;
- c. katere dodatne pogoje mora kandidat izpolniti v primeru, ko usposobljenost še ne omogoča vpisa v register.

#### 2.4.13 Stalno strokovno izpopolnjevanje

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije:

- a. so zavezani vseživljenjskemu učenju;
- b. sodelujejo z Zbornico pri načrtovanju, organiziranju, spremljanju in nadzoru strokovnega izpopolnjevanja;
- c. razvijajo svoje programe za stalno strokovno izpopolnjevanje in skrbijo za njihovo verifikacijo s strani Zbornice;

d. spodbujajo svoje diplomante k stalnemu strokovnemu izpopolnjevanju;

#### 2.4.14 Specifično izobraževanje in pripravništvo

Verificirani izvajalci izobraževanj s področja psihoterapije:

- a. morajo na podlagi specifičnih standardov psihoterapevtske dejavnosti, ki jih je Zbornica oblikovala za specifične skupine klientov, pacientov, motenj ali problemov, uskladiti in implementirati specifične standarde izobraževanja, če je cilj njihovih izobraževalnih programov usposobiti študente, edukante in specializante za delo s takimi skupinami, motnjami ali problemi.
- b. so odgovorni za to, da jasno opredelijo domet izobraževanja na teoretski in metodološki ravni ter etične omejitve, da bi študenti, edukanti in specializanti lahko razumeli te omejitve svoje prakse, prepoznali dodatne potrebe specifične skupine klientov oziroma pacientov in s tem potrebe po dodatnem specifičnem izobraževanju in/ali pripravništvu.
- c. so odgovorni za to, da jasno opredelijo namen pripravništva, da bi študenti in edukanti lahko razumeli, da je za opravljanje dejavnosti na določenih področjih, na primer v javni upravi, sodstvu in zdravstveni dejavnosti, po zaključenem izobraževanju potrebno obvezno poglobljanje znanja in veščin za opravljanje samostojne poklicne dejavnosti in priprava na strokovni izpit.

## Slovar pojmov

- *akreditacija* je ugotavljanje izpolnjevanja z Zakonom o visokem šolstvu določenih pogojev in presoja ustreznosti izvajalcev in programov izobraževanja s področja psihoterapije s strani Nacionalne agencije Republike Slovenije za kakovost v visokem šolstvu;
- *ambulantna obravnava (outpatient or ambulatory care)* je skupek aktivnosti, ki se nanašajo na obravnavo, pregled, svetovanje ali zdravljenje;
- *ambulantni klient* je oseba, ki je napotena v ambulantno ustanovo ali ambulantni oddelek bolnišnice in uporablja diagnostične in terapevtske storitve;
- *edukacija* je katerakoli faza izobraževanja in usposabljanja, ki jo izvaja verificirani izvajalec edukacije;
- *edukant* je oseba, ki se izobražuje in usposablja v verificirani edukaciji, ne glede na to, v kateri fazi edukacije je;
- *edukant, specializant ali študent pod supervizijo* je poseben status v procesu izobraževanja, s katerim edukant, specializant ali študent dobi pravico do psihoterapevtskega dela s klienti pod mentorstvom in supervizijo;
- *epizoda (hospital episode)* je zdravstvena oskrba osebe v eni zdravstveni službi izvajalca na eni lokaciji in se prične s trenutkom, ko je oseba sprejeta (hospital admission) v posteljno enoto zdravstvene službe izvajalca in se konča z odpustom iz bolnišnice (hospital discharge), premestitvijo (transfer) v posteljno enoto druge zdravstvene službe ali s smrtjo osebe;
- *generična psihoterapija* je izvajanje posamičnih elementov psihoterapevtskih metod in tehnik znotraj dejavnosti drugih poklicev, npr. psihiater, socialni delavec, psiholog, vzgojitelj, pedagog, zdravilec idr.;
- *indikacija* pomeni bolezenske znake in okoliščine, ki nakazujejo odločitev za določene diagnostične in terapevtske postopke; kadar so ti znaki oziroma okoliščine nesporni in brezpogojni, govorimo o absolutni indikaciji, kadar pa so odvisni še od določenih drugih okoliščin (na primer od starosti, sočasnih drugih bolezni), pa o relativni indikaciji;

- *intervencija* je dejanje ali dejanja, ki so narejena z namenom spremembe ali prekinitve poteka nadaljevanja določenega dogajanja oziroma procesa;
- *izobraževanje s področja psihoterapije* zajema vse programe, ki po vsebini spadajo na področje psihoterapije, in vključuje i) vsebine uvodnega izobraževanja in vsebine psihoterapevtskih pristopov v okviru akreditiranih študijskih programov na dodiplomski in podiplomski stopnji ter programov za izpopolnjevanje; ii) verificirane edukacijske programe, vključno s programi uvodnega izobraževanja in specializacije ter programi psihoterapevtskih pristopov;
- *izvajalci dejavnosti javnega zdravja (public healthcare provider)* so javni zdravstveni zavodi in druge pravne ali fizične osebe, ki opravljajo dejavnost javnega zdravja;
- *izvajalci mreže javne zdravstvene dejavnosti* so vsi javni in zasebni izvajalci zdravstvenih storitev, ki na podlagi akta o ustanovitvi ali koncesije in pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravljajo zdravstvene programe v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- *izvajalec psihoterapevtske dejavnosti* je s strani Zbornice verificirana organizacija, enota organizacije ali posameznik, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje psihoterapevtskih storitev v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti; taka organizacija, enota organizacije ali posameznik je lahko fizična ali pravna oseba javnega ali zasebnega prava;
- *javna psihoterapevtska dejavnost* je izvajanje preventivne in kurativne psihoterapevtske dejavnosti, ki jo zagotavlja država v javnem interesu in na javni račun ter je dostopna vsem prebivalcem pod enakimi pogoji;
- *javni zdravstveni zavod (health institution or provider)* je 1. pravna oseba javnega prava, ki jo ustanovijo Republika Slovenija, ena ali več samoupravnih lokalnih skupnosti za izvajanje javne zdravstvene dejavnosti. 2. Javni zdravstveni zavod: zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonoma, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost;
- *javno pooblastilo* pomeni prenos nalog državne uprave na organizacije in posameznike izven organizacijske strukture državne uprave; osnovna pravna podlaga za javno pooblastilo je 121. člen Ustave Republike Slovenije. S podeli-

tvijo javnega pooblastila se izvajanje upravnih nalog na določenem področju prenese iz državne uprave na nedržavne organizacije ali posameznike. Prenos nalog državne uprave je možen v različnih oblikah: izdajanje splošnih aktov, odločanje v posamičnih zadevah v upravnem postopku oz. izvajanje drugih pooblastil (vodenje uradne evidence, izdaja potrdil, nadzor ipd.). Nosilci javnih pooblastil nastopajo v odnosu do posameznih strank v postopkih kot organi državne uprave;

- *javno zdravje (public health)* je 1. kombinacija znanj, prepričanj, veščin in organiziranih aktivnosti posameznikov, družbenih skupin in družbe kot celote za vzdrževanje in krepitev zdravja, povečanje delovnih sposobnosti in podaljševanje zdravega življenja, s katerimi se zmanjšujejo bremena bolezni posameznika in skupnosti; 2. veda oziroma dejavnost, ki se ukvarja s preprečevanjem bolezni, s krepitevijo zdravja in podaljševanjem življenja skupnosti kot celote s pomočjo organiziranih dejavnosti vseh družbenih sektorjev;
- *javno zdravstveno zavarovanje (health insurance)* je z zakonom določena oblika socialnega zavarovanja, za katero sta značilni splošna vključenost prebivalstva ter relativno visoka stopnja poslovne samostojnosti zavarovalnice pri zagotavljanju nediskriminatorne dostopnosti zavarovanih oseb do pravic iz tega zavarovanja;
- *kakovost življenja (quality of life)* je generični koncept, ki se ukvarja s prilaganjem in izboljšanjem posameznih področij našega življenja, npr. fizičnega, političnega, moralnega in socialnega okolja; gre za celovito stanje človekovega življenja, ki ni povezano le s posameznikovimi finančnimi zmožnostmi, temveč tudi z občutkom zadovoljstva z lastnim življenjem, kar pomeni, da visok življenjski standard ne pomeni nujno tudi visoke ravni kakovosti življenja;
- *kandidat* je oseba, ki se želi vpisati v študij ali edukacijo;
- *klient* je uporabnik psihoterapevtskih in svetovalnih storitev;
- *Komisija za verifikacijo izobraževanj s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja* je organ Zbornice, ki je med drugim odgovoren za oblikovanje splošnih in specifičnih standardov izobraževanja in za zagotavljanje skladnosti med njimi in standardi vsakega posameznega izvajalca izobraževanja;

- *Komisija za verifikacijo izvajalcev psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti* je organ Zbornice, ki je med drugim odgovoren za oblikovanje splošnih in specifičnih standardov poklicne psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti ter za zagotavljanje skladnosti med njimi in standardi vsakega posameznega izvajalca dejavnosti;
- *licenca* je javna listina, ki izkazuje, da je psihoterapevt strokovno usposobljen in osebno primeren za samostojno izvajanje psihoterapevtske dejavnosti v pristopu, za katerega se je usposabljal in izpolnjuje druge pogoje, določene s z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti;
- *licenčno obdobje* je sedemletno obdobje, za katerega pridobi psihoterapevt veljavno licenco za samostojno opravljanje psihoterapevtske dejavnosti;
- *neposredni študij* je fakultetni študij neposredno po maturi oziroma študij, v katerega se lahko vključujejo kandidati s srednješolsko izobrazbo;
- *obravnava* je skupek psihoterapevtskih storitev, ki jih klientom oziroma pacientom glede na njihovo psihofizično stanje zagotavljajo psihoterapevti v okviru enega ali več stikov;
- *organizacija in služba za psihosocialno in psihološko pomoč* je tista organizacija in služba, ki izvaja programe psihosocialne in/ali psihološke in/ali psihoterapevtske pomoči;
- *osebna izkušnja* je delo na lastni osebni rasti v okviru psihoterapevtske obravnave, v katero se vključijo študent, edukant ali specializant v času izobraževanja;
- *osebna primernost* je nujen pogoj za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti; osebno primeren ni tisti kandidat, edukant, študent ali specializant, za katerega je na podlagi preteklega dela, ravnanja in obnašanja utemeljeno sklepati, da psihoterapevtske dejavnosti ne bo opravljal v skladu s poklicno etiko oziroma da kot psihoterapevt ne bo deloval nepristransko in neodvisno ter ne bo varoval ugleda stroke;
- *pacient* je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev ne glede na svoje zdravstveno stanje v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice in v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti;

- *področje izobraževanja iz psihoterapije* zajema vse edukacijske in študijske programe, ki po vsebini spadajo na področje psihoterapije in psihoterapevtskih pristopov;
- *primarna raven zdravstvenega varstva (primary level, primary care)* je zdravstvena dejavnost na primarni ravni javne zdravstvene službe, t. j. osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost. Primarna raven zdravljenja boleznih obsega vse tiste dejavnosti, ki omogočajo hiter in neposreden stik z zdravstveno službo. Storitve so dostopne neposredno brez napotnice. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zaposleni v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in zasebni zdravstveni delavci s koncesijo. Za svoje varovance jo lahko organizirajo tudi socialno-varstveni zavodi, zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter kazenski in vzgojni zavodi;
- *pripravnništvo* je načrtovano, organizirano in strokovno vodeno praktično usposabljanje pripravnikov za samostojno opravljanje strokovnega dela v določeni dejavnosti in priprava na strokovni izpit, ki je sestavni del pripravnništva;
- *psihosocialna praksa* v okviru izobraževanja s področja psihoterapije je supervizirana praksa, ki jo študent, edukant ali specializant opravlja v organizacijah oziroma pri zasebnih delavcih, ki izvajajo psihiatrično oziroma psihoterapevtsko dejavnost ter v organizacijah in službah za psihosocialno pomoč;
- *psihoterapevtska ambulantna obravnava (outpatient or ambulatory care)* je skupek aktivnosti, ki se nanašajo na obravnavo, pregled, svetovanje ali zdravljenje, ki jih opravi psihoterapevt in so vezane na enega ambulantnega klienta v času in prostoru, npr. psihoterapevtska ordinacija ali klientov dom;
- *psihoterapevtska dejavnost* je poklicna dejavnost, ki jo izvajajo psihoterapevti z licenco na različnih področjih, kot so področje zdravstvenega varstva, socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva;
- *psihoterapevtska dokumentacija* vključuje vse pisne dokumente, računalniške elektronske informacije, video, avdio posnetke in druge oblike informacij, ki se nanašajo na telesno, psihološko in socialno stanje klienta;
- *psihoterapevtska intervencija* je dejanje ali so dejanja, ki ga ali jih naredi psihoterapevt z namenom spremembe ali prekinitve poteka nadaljevanja določenega



dogajanja oziroma procesa;

- *psihoterapevtska metoda* obsega teorijo o nastanku in razvoju ene ali več motenj oziroma bolezni (etiopatogeneza) ter teorijo obravnave, kriterije za ugotavljanje indikacij, opis postopkov ter pričakovanih učinkov in izidov;
- *psihoterapevtska obravnava (psychotherapy treatment)* obsega katerekoli psihoterapevtske storitve, ki celovito pokrivajo posamezne potrebe klienta na širokem spektru od univerzalne, selektivne in indicirane preventive preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov, zgodnjega in standardnega zdravljenja do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe oziroma ohranjanja duševnega in telesnega zdravja; lahko je del zdravstvene obravnave v okviru zdravstvene dejavnosti, del socialno varstvene obravnave v okviru socialno varstvene dejavnosti, del vzgojne obravnave v okviru šolstva v vzgojnih zavodih, šolskih svetovalnih službah in drugih oblikah organizirane skrbi za podporo ranljivim skupinam otrok, mladostnikov in družin, del kazenske obravnave v okviru pravosodja na tožilstvih in sodiščih ter del obravnave za varovanje duševnega zdravja v gospodarskih organizacijah;
- *psihoterapevtska praksa* je psihoterapevtsko delo s klienti; psihoterapevtska praksa v okviru izobraževanja s področja psihoterapije je psihoterapevtsko delo s klienti, ki ga opravlja študent, edukant ali specializant ob rednem spremljanju supervizorja;
- *psihoterapevtska storitev* je posamezna intervencija v okviru psihoterapevtske obravnave klienta, ki jo v okviru psihoterapevtske dejavnosti opravi psihoterapevt z namenom neposrednega ali posrednega spodbujanja osebnostne rasti in izboljšanja ali vzdrževanja zdravja klienta oziroma pacienta;
- *psihoterapevtska tehnika* je konkreten postopek, s pomočjo katerega naj bi v okviru uporabe psihoterapevtskega pristopa ali metode dosegli pričakovani cilj, učinek oziroma izid;
- *psihoterapevtska ustanova* je ustanova ali enota, ki izvaja, koordinira in/ali zagotavlja psihoterapevtske storitve;
- *psihoterapevtski izid* je sprememba telesnega, psihološkega in socialnega stanja ali sprememba načina življenja klienta, ki ju lahko pripišemo predhodni psihoterapevtski obravnavi;

- *psihoterapevtski pristop* obsega teorijo o človekovem razvoju, odpornosti in motnjah oziroma boleznih ter teorijo obravnave, iz teorije izvedeno strategijo psihoterapevtske obravnave, ali več psihoterapevtskih metod, za uporabo na širokem spektru področij in iz strategije izvedene koncepte za ugotavljanje indikacij, individualno načrtovanje obravnave in razvijanje terapevtskega odnosa;
- *psihoterapevtsko izvedenstvo* je izvedenstvo, ki ga izvaja psihoterapevt na različnih področjih, kot so področje zdravstvenega in socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja; psihoterapevtsko sodno izvedenstvo izvaja psihoterapevt kot sodni izvedenec, ki je imenovan za neomejen čas s pravico in dolžnostjo, da sodišču na njegovo zahtevo poda izvid in mnenje glede strokovnih vprašanj, za katera tako določa zakon ali glede katerih sodišče oceni, da mu je pri njihovi presoji potrebna pomoč strokovnjaka.
- *psihoterapevtsko svetovanje* je uporaba posamičnih elementov psihoterapevtskih metod in tehnik, ki še niso dosegle ravni psihoterapevtske obravnave;
- *sekundarna raven zdravstvenega varstva (secondary care, secondary level)* je specialistična ambulantna in specialistična bolnišnična zdravstvena dejavnost, ki ju zaradi strokovne zahtevnosti ni mogoče opravljati na primarni ravni ter svetovanje osebnim zdravnikom na primarni ravni. Nanjo je bolnik s primarne ravni napoten na nadaljnjo obravnavo k ustreznemu specialistu. Specialistično ambulantno dejavnost opravljajo bolnišnice (splošne in specialne), zdravilišča ali zasebni zdravniki specialisti posameznih strok;
- *specializacija iz psihoterapije* je katerakoli faza edukacije s področja psihoterapije, ki je organizirana v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in Pravilnikom o specializacijah za zdravstvene delavce in sodelavce;
- *specializant psihoterapije* je edukant psihoterapije, ki se izobražuje in usposablja v okviru specializacije iz psihoterapije;
- *specializant volonter* je specializant, ki specializacije ne opravlja v okviru delovnega razmerja, pač pa kot zasebnik – samoplačnik;
- *stalno strokovno izpopolnjevanje* je izobraževanje in usposabljanje, ki je potrebno za podaljševanje licence za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti;

- *standardi izobraževanja* so splošni principi in zahteve, na katerih mora biti zasnovano izobraževanje ter predstavljajo regulacijski okvir za oblikovanje in izvajanje izobraževalnih programov na način, ki zagotavlja implementacijo standardov poklicne dejavnosti;
- *standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti* so splošne in specifične zahteve psihoterapevtske kompetentnosti, ki z vidika izobraževanja predstavljajo temeljne cilje, ki naj jih dosežejo študenti, edukanti in specializanti psihoterapije;
- *stik* je neprekinjena obravnava, v kateri izvajalec zagotavlja psihoterapevtske ali svetovalne storitve klientu. Nujen del vsakega stika so tudi administrativne storitve ter statistično evidentiranje in poročanje. Ločimo stike v okviru zunaj bolnišničnih obravnav in stike v okviru bolnišničnih obravnav, ki jih imenujemo epizode. Stik je lahko glede navzočnosti osebe posreden ali neposreden, glede namena kurativen, preventiven ali administrativen, glede zaporedja prvi ali ponovni, glede lokacije na lokaciji ali izven lokacije izvajalca ali prek telekomunikacijskih medijev, lahko je stik s klientom (tistim, ki ga obravnavamo) ali stik s tretjo osebo (starši, skrbniki, sorodniki) ter glede števila uporabnikov stik s posameznikom, parom, družino ali skupino;
- *storitev* je naročeno delo, ki se ga za koga opravi za plačilo; je nematerialna dobrina ali uporabna vrednost, ki je, v nasprotju z materialno dobrino, ni mogoče proizvajati na zalogo ali skladiščiti, temveč se prenese neposredno na uporabnika;
- *strokovna usposobljenost* za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti je izkazana, ko je oseba uspešno zaključila izobraževanje v skladu s standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti, ki jih urejajo ustrezni podzakonski akti;
- *strokovni izpit* je sestavni del pripravništva, ki ga mora pripravnik opraviti za samostojno izvajanje strokovnega dela na določenem področju;
- *strokovni nadzor* opravlja Zbornica nad psihoterapevti, ki imajo licenco Zbornice in opravljajo psihoterapevtsko dejavnost v Republiki Sloveniji: strokovni nadzor se opravlja z namenom, da se nadzoruje strokovno delo ter uporaba strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti, da se ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnih kolegijev, da se ugotavlja uporaba metod kakovosti pri delu psihoterapevtov in da se jim na temelju ugotovitev strokovnega

nadzora svetuje. Zbornica strokovni nadzor podrobneje ureja s Pravilnikom o strokovnem nadzoru s svetovanjem;

- *strokovni standard* je zahteva, ki jo sprejme pristojni strokovni organ posamezne stroke za doseganje optimalne urejenosti na določenem področju;
- *supervizija* je redno, posredno ali neposredno spremljanje psihoterapevtske prakse in je namenjena zagotavljanju strokovnega in neoporečnega dela psihoterapevta;
- *supervizirana psihoterapevtska praksa* je psihoterapevtsko delo s klientom, ki ga edukant, študent ali specializant psihoterapije, lahko pa tudi psihoterapevt, izvaja ob rednem spremljanju supervizorja;
- *svetovalna obravnava* vključuje katerekoli svetovalne storitve na področju duševnega zdravja, od univerzalne, selektivne in indicirane preventive preko storitev zgodnjega prepoznavanja bolezenskih znakov do preprečevanja ponovitev, podpore in dolgotrajne oskrbe;
- *svetovalna praksa* je svetovalno delo s klienti;
- *študent psihoterapije* je oseba, ki je vključena v akademski študij za pridobitev izobrazbe s področja psihoterapije;
- *študij psihoterapije* je katerakoli faza akademskega izobraževanja za izobrazbo s področja psihoterapije na dodiplomski, podiplomski stopnji in v programih za izpopolnjevanje v skladu z Zakonom o visokem šolstvu in z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti;
- *študijski dosežki* pomenijo znanje, razumevanje, sposobnosti, spretnosti in naravnost, ki naj bi jo preko izobraževanja dosegel študent, edukant ali specializant psihoterapije. Izraz se v tem dokumentu uporablja namesto izraza 'kompetence', ki je postal zaradi nekonsistentne rabe v strokovni in laični javnosti preveč mnogopomenski;
- *terciarna raven (tertiary care or tertiary level) zdravstvenega varstva* je terciarna raven zdravstvene dejavnosti (dejavnost klinik in inštitutov), na kateri se opravlja specializirana zdravstvena obravnava, ki zahteva storitve najvišje specializiranih zdravstvenih delavcev, lahko pa tudi posebno opremljenost delovnih

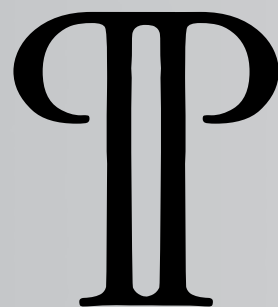
mest, ter pedagoška in znanstveno-raziskovalna dejavnost na področjih zdravja in medicine. Dejavnost opravljajo klinike, inštituti in republiški zavodi;

- *uporabnik* je klient ali skupina oseb, ki so uporabniki psihoterapevtskih storitev;
- *usposabljanje* je tisti del izobraževanja, ki je namenjen razvijanju praktičnih veščin za poklicno dejavnost;
- *uvodno izobraževanje* s področja psihoterapije je program izobraževanja za pridobitev vstopnih znanj s področja psihoterapije in je pogoj za vpis v izobraževanje iz psihoterapevtskega pristopa ter za vpis v specializacijo iz psihoterapije za kandidate iz nesorodnih poklicev; vsebine uvodnega izobraževanja so lahko del akreditiranih študijskih programov s področja psihoterapije;
- *verificirani izvajalec psihoterapevtske dejavnosti* je s strani Zbornice preverjena ter potrjena organizacija ali posameznik, ki izpolnjuje pogoje za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in s standardi poklicne psihoterapevtske dejavnosti;
- *verificirani izvajalec izobraževanja s področja psihoterapije* je s strani Zbornice preverjena ter potrjena izobraževalna organizacija, ki izpolnjuje pogoje za izobraževanje psihoterapevtov v skladu z Zakonom o psihoterapevtski dejavnosti in s Standardi izobraževanja;
- *verifikacija* je ugotavljanje izpolnjevanja s standardi določenih pogojev in presoja ustreznosti izvajalcev psihoterapevtske dejavnosti, izvajalcev in programov izobraževanja s področja psihoterapije ter ugotavljanje znanstvene utemeljenosti psihoterapevtskih pristopov s strani Zbornice;
- *zasebna psihoterapevtska dejavnost* je psihoterapevtska dejavnost, ki jo opravljajo zasebne pravne ali fizične osebe na javni ali zasebni račun skladno z zakoni in drugimi predpisi;
- *zdravje (health)* je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne samo stanje brez bolezni ali oslabelosti; je kakovost telesa in duha, ki omogoča človeku, da sam vodi individualno, socialno in ekonomsko produktivno življenje; je čutno prepoznaven pojav, ki daje človeku občutek telesnega in duševnega ravnovesja;

- *zdravstvena storitev* je posamezno opravilo ali poseg v okviru zdravstvene obravnave pacienta, ki jo v okviru zdravstvene dejavnosti opravljajo zdravstveni delavci;
- *zdravstveni delavec oziroma sodelavec* je oseba, ki opravlja poklic, določen v seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti in je vpisan v register zdravstvenih delavcev in sodelavcev;
- *zdravstveni delavci* so vsi tisti delavci, ki so si pridobili dodiplomsko ali podiplomsko izobrazbo zdravstvenega področja oziroma študijskega področja in opravili strokovni izpit na Ministrstvu za zdravje ali izvajalcih, ki jih je ministrstvo pooblastilo;
- *zdravstveni sektor* obsega fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstvene storitve na javni ali zasebni račun in upravne organe države na področju zdravstva;
- *zdravstveni sodelavci* so vsi tisti delavci, ki nimajo izobrazbe zdravstvenega področja oziroma študijskega področja, v zdravstvu pa zasedajo delovna mesta zdravstvenih sodelavcev, npr. logopedi, psihologi, biologi in podobno; v ta namen morajo imeti opravljen strokovni izpit na Ministrstvu za zdravje;
- *zdravstveno varstvo (healthcare)* obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanja bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo obolelih in poškodovanih;
- *življenjski slog* je način življenja, ki temelji na ugotovljenih vzorcih obnašanja in je rezultat medsebojnega vpliva značilnosti posameznika ter socialnih, ekonomskih in okoljskih življenjskih razmer;

## VIRI

- Dernovšek, M. Z. (2018). *Predstavitev za Delovno skupino za pripravo predloga normativne ureditve psihoterapije v Sloveniji pri Ministrstvu za zdravje. Delovno gradivo*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12(3-4): 7-39.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (ReNPDZ18-28). *Uradni list Republike Slovenije*, leto XXVIII, št. 24, 13. 4. 2018: 3575-3631.
- UKCP Standards of Education and Training (2017). The Minimum Core Criteria, Psychotherapy with Adults. <https://www.psychotherapy.org.uk/wp-content/uploads/2017/02/Standards-of-Education-and-Training-2017SETs.pdf>



PRILOGA  
PRAVNE PRAKSE

ŠT. 40-41 (1612-1613), LETO 42 (2023) – 26. oktober

mag. Miran Možina

# Regulativa psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede po evropskih državah







**Miran Možina,**  
dr. med.,

mag. znanosti,  
psihater in psihoterapevt,  
direktor ljubljanske  
podružnice Univerze  
Sigmunda Freuda, Dunaj

Z aktivnim prizadevanjem za slovenski zakon o psihoterapiji, ki bi psihoterapijo reguliral kot samostojni poklic in avtonomno znanstveno vedo, sem začel leta 2004 in v letih od 2006 do 2010 postal član prve delovne skupine za zakon na ministrstvu za zdravje. Žal zakona Slovenija še danes nima, čeprav sem bil tudi član druge delovne skupine leta 2018 in sem ponovno od maja 2023 član tretje delovne skupine. Glavni razlog za odlaganje ureditve področja je indiferentnost ministrstva za zdravje in nesoglasja med psihiatri in kliničnimi psihologi na eni strani ter poklicnimi psihoterapevti na drugi strani. Prvi se zavzemajo za psihoterapijo kot metodo dela, ki bi jo opravljali le oni, drugi pa se zavzemamo za psihoterapijo kot samostojni poklic, ki potrebuje akademsko pot izobraževanja, strokovno poklicno zbornico z obveznim članstvom in vključevanje psihoterapevtov ne samo v zdravstvo, temveč v številne resorje na področja socialnega varstva, vzgoje in izobraževanja, pravosodja, notranjih zadev, gospodarstva, športa, zdraviliškega turizma idr.

# Regulativa psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede po evropskih državah

## Kaj se lahko nauči Slovenija

<sup>1</sup> Van Broeck, N., in Lietaer, G.: Psychology and Psychotherapy in Health Care: A Review of Legal Regulations in 17 European Countries. European Psychologist, št. 13/2008, str. 53–63.

<sup>2</sup> Mistiaen, P., in drugi: Organisation of mental health care for adults in Belgium. Health Services Research (HSR), KCE Report 318, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), Brussels 2019; Sasse, C., in Vrancken, P.: Legislation on psychotherapy in Belgium – status February 2014. EAP, <<https://www.europsyche.org/contents/14285/belgium>>.

<sup>3</sup> Bohak, J.: Mednarodna primerjava stanja, v: Bohak, J., in Možina, M. (ur.): Kompetenčni psihoterapevt, Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, Maribor 2004, str. 139–142; Možina, M., in Bohak, J.: Na poti k slovenskemu zakonu o psihoterapevski dejavnosti. Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 2/2008, str. 119–142; Možina, M.: Za psihoterapijo kot samostojni poklic: Kaj se dogaja po Evropi? Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 4/2010, str. 63–104; Možina, M., in drugi: Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normative ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 12/2018, str. 7–39; Možina, M., in drugi: Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 12/2018, str. 245–272; Možina, M., in drugi: Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija? Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 14/2020, str. 377–394.

Nasprotja med medicinskim in psihološkim lobijem, ki hoče ohraniti monopol nad psihoterapijo v okviru svojih specializacij, ter psihoterapevti, ki se zavzemajo za samostojni poklic in avtonomno znanstveno vedo, so bolj ali manj prisotna v vseh evropskih državah, ne le v Sloveniji. Na najbolj dramatičen način se je to do zdaj pokazalo na Nizozemskem in v Belgiji. Potem ko je bila psihoterapija na Nizozemskem že od leta 1986 regulirana kot samostojni poklic, ga je leta 2001 ministrica za zdravje ukinila in naziv psihoterapevt rezervirala samo za psihiatre in klinične psihologe. Ker je odklanjala dialog s psihoterapevti, ki so bili z novimi nedemokratsko sprejetimi odločitvami ministrstva močno oškodovani, so se nemudoma učinkovito organizirali in ponovno pridobili odvzete pravice. Leta 2005 so tako na ministrstvu za zdravje ponovno uvedli register psihoterapevtov in odtlej lahko zdravstveni delavci, ki niso psihiatri ali psihologi, spet pridobijo naziv psihoterapevt, če opravijo ustrezno izobraževanje.<sup>1</sup>

Tudi belgijskim psihoterapevtom je po večletnih prizadevanjih aprila 2014 uspelo, da je parlament sprejel zakon o psihoterapiji kot samostojnem poklicu, ki naj bi postal pravno močen najkasneje do septembra 2016. Ko so že pripravili skoraj vse potrebne dokumente za implementacijo, pa je bila maja 2015 povsem nepričakovano sprejeta nova različica zakona, ki jo je predlagala takratna ministrica za zdravje in socialne zadeve. V njem psihoterapije kot samostojnega poklica ni bilo več, temveč je bila definirana le kot metoda, ki jo lahko izvajajo samo klinični psihologi, specialni pedagogi in zdravniki, ki so opravili izobraževanje iz psihoterapije. Kljub temu da so šli belgijski psihoterapevti do najvišjega sodišča, so lahko le delno omilili škodo in si še danes prizadevajo za psihoterapijo kot samostojni poklic.<sup>2</sup>

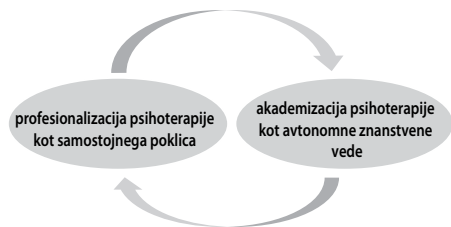
Od leta 2004 do danes sem s sodelavci stalno spremljal in proučeval razvoj psihoterapevtske regulative po evropskih državah, da bi se učili iz njihovih uspehov in napak.<sup>3</sup> Potem ko v nadaljevanju najprej začrtam okvir, ki definira psihoterapijo kot poklic in avtonomno

znanstveno vedo, prikažem jagodni izbor iz obsežnega gradiva mednarodne primerjave, ki se je nabralo od leta 2004 do danes.

## Psihoterapija kot samostojni poklic in avtonomna znanstvena veda

V zadnjih desetletjih sta za razvoj regulative na področju psihoterapije ključna dva procesa, ki sta krožno povezana in se med seboj krepiata: prizadevanja za *profesionalizacijo* psihoterapije kot samostojnega poklica, ki izhajajo iz psihoterapevtske stroke, in prizadevanja za *akademizacijo* psihoterapije kot avtonomne znanstvene vede, ki izhajajo iz psihoterapevtske znanosti (slika 1). Medtem ko je razvoj psihoterapevtske stroke vezan predvsem na klinično prakso, je razvoj psihoterapevtske znanosti vezan predvsem na raziskave z lastno metodologijo. Profesionalizacija je v svoji zadnji razvojni fazi vezana na specifično zakonsko regulacijo pod okriljem pristojnega ministrstva (običajno ministrstva za zdravje), akademizacija pa je vezana na visokošolsko zakonodajo. Model »znanstvenik praktičnik«, ki se v psihoterapiji v zadnjih dvajsetih letih vse bolj uveljavlja, pa predstavlja poskus premostitve oz. krožne krepitev obeh razvojnih procesov.

Na evropski ravni je zastavonoša prizadevanj za legalizacijo psihoterapije kot samostojnega poklica od svoje ustanovitve leta 1991 dalje Evropska zveza za psihoterapijo (EAP – European Association for Psychotherapy). Trenutno povezuje 128 psihoterapevtskih organizacij ter 120.000 psihoterapevtov iz 27 držav EU in 14 drugih evropskih držav. V Sloveniji je od leta 1998 njena pooblaščenca organizacija Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), ki trenutno povezuje enajst društev. SKZP skrbi, da vsa ta društva in z njimi povezani inštituti izobražujejo po evropskih standardih za samostojni poklic psihoterapevta.



**Slika 1:** Prizadevanja za profesionalizacijo psihoterapije kot samostojnega poklica so krožno povezana s prizadevanji za akademizacijo psihoterapije kot avtonomne znanstvene vede in se med seboj krepijo.

Razvoj akademizacije psihoterapije v smeri avtonomne znanstvene vede je v Evropi od dvajsetega stoletja najprej potekal na podiplomski ravni, po bolonjski reformi pa na magistrski in doktorski ravni ter v zadnjih 20 letih tudi na dodiplomski. Prva univerza, ki je na svetu odprla možnost neposrednega petletnega študija psihoterapije (triletna dodiplomska in dvoletna magistrska stopnja) takoj po maturi, je bila leta 2005 Univerza Sigmunda Freuda na Dunaju, nato pa še v svoji podružnici v Ljubljani (SFU Ljubljana) leta 2006. K razvoju akademizacije je v Sloveniji veliko prispevala tudi Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani (TeoF), ki je leta 2004 začela magistrski program zakonske in družinske terapije, doktorski študij leta 2009, prav v šolskem letu 2023/24 pa še dodiplomski študij.

Glede na stopnjo razvoja psihoterapije, ki smo jo dosegli v Sloveniji, slovenski psihoterapevti ocenjujemo, da je čas za zakon, ki bi jo regulariziral kot samostojni poklic in avtonomno znanstveno vedo, vsekakor dozorel.<sup>4</sup> Takšno stališče je možno zagovarjati tudi z vidika mednarodne primerjave kljub ostremu nasprotovanju nekaterih vplivnih kliničnih psihologov in psihiatrov, ki hočejo ohraniti stanje, ki že dve desetletji ne ustreza naprednim razvojnim trendom v evropskih in drugih državah po svetu. Seveda ni možno dobesedno kopirati rešitev, ki delujejo v drugih državah, zato je namen mednarodne primerjave z Avstrijo, Nemčijo, Nizozemsko, Malto in Hrvaško, ki sledi, prikazati tako prednosti kot slabosti, iz katerih bi lahko potegnili tisto, kar bi bilo v Sloveniji optimalno.

## Avstrija: dolgoročni pozitivni učinki regulacije psihoterapije kot samostojnega poklica

Odkar je avstrijski zakon<sup>5</sup> leta 1991 definiral psihoterapijo kot samostojni poklic<sup>6</sup> in avtonomno znanstveno disciplino, uredil izobraževalne poti, izvajanje psihoterapevtskih storitev in etične standarde, je izjemno spodbudil razvoj avstrijske psihoterapije:

- povečalo se je število psihoterapevtov, tako da jih je bilo decembra 2021 v nacionalnem registru 11.070;<sup>7</sup>
- eksponentno je povečal priliv sredstev iz proračuna od 3,2 milijona evrov leta 1992 na okoli 100 milijonov evrov leta 2021 in
- izboljšala se je dostopnost do psihoterapevtskih storitev.

Istega leta 1991 so namreč na njegovi podlagi spremenili Zakon o splošni socialni varnosti, tako da je danes v sistemu javnega zdravstva vsakemu avstrijskemu državljanu omogočen dostop do brezplačne psihoterapije.<sup>8</sup> Izboljšalo se je tudi sodelovanje med psihoterapevti, psihologi, zdravniki in psihiatri, ki izvajajo psihoterapevtsko dejavnost v okviru zdravstvenega varstva ter izobraževanje in raziskovanje na področju psihoterapije. Povečala se je tudi prepoznavnost psihoterapije v širši javnosti in njeno ločevanje od drugih poklicev.

Zakon podrobno opredeljuje psihoterapevtsko izobraževanje, ki je dvodelno: osnovno izobraževanje ali propedeutika je skupna vsem bodočim psihoterapevtom in traja od enega do treh let. Po končani propedeutiki se izobraževanje nadaljuje v enem od znanstveno priznanih psihoterapevtskih pristopov; to t. i. »specifično izobraževanje« (*Fachspezifikum*) traja od tri do šest let. V obeh delih izobraževanja so trije glavni stebri: teoretične vsebine, supervizirana praksa in osebna izkušnja. Po urah so trenutne zahteve za propedeutiko najmanj: 765 ur teorije, 50 ur osebne izkušnje in 480 ur prakse v ustanovah, kjer nudijo razne oblike zdravstvene in socialnovarstvene pomoči z 20 urami supervizije.

Zakon govori o pogojih za vključitev v izobraževanje, ki na prvi in drugi stopnji skupaj traja najmanj sedem let. Vstop je veliko bolj odprt kot v večini evropskih dežel, saj se v študij propedeutike lahko vključi kandidat, ki je opravil zaključni izpit na splošni ali višji poklicni šoli, med katere spada tudi šola za učitelje in vzgojitelje, ali zaključni izpit na srednji ali katerikoli drugi srednješolski izobraževalni ustanovi, ter tisti, ki je končal izobraževanje iz bolnišnične nege ali medicinskotehnične službe. To pomeni, da se posameznik lahko vključi v študij propedeutike z osemnajstimi leti, medtem ko je možno v specifično izobraževanje iz psihoterapevtskih pristopov vstopiti pri starosti nad 24 let. Zakon namreč predvideva starost 28 let kot najnižjo starost za samostojno opravljanje poklica z licenco.

V specifično psihoterapevtsko izobraževanje se lahko vključi kandidat, ki je uspešno zaključil psihoterapevtsko propedeutiko ali izobraževanje na akademiji za socialno delo, pedagoški akademiji, univerzitetni program glasbene terapije, edukacije v javno priznani ustanovi za izobraževanje iz družinskega in zakonskega svetovanja ali pa je zaključil študij medicine, pedagogike, filozofije, psihologije, publicističnih in komunikacijskih ved ter teologije. Kandidati za specifično izobraževanje morajo opraviti predmete iz osnovnih psihoterapevtskih znanj, ki jih niso absolvirali v času višješolskega ali univerzitetnega študija.

Zahteve za specialistično izobraževanje so najmanj: 400 ur teorije (300 ur splošnih vsebin in 100 ur v izbranem psihoterapevtskem pristopu), 200 ur osebne izkušnje, 550 ur psihosocialne prakse s 30 urami supervizije, 600 ur psihoterapevtske prakse s 120 urami supervizije.<sup>9</sup> Kandidati lahko trenutno izbirajo kar med triindvajsetimi psihoterapevtskimi pristopi, ki so na uradnem seznamu ministrstva za zdravje.<sup>10</sup> Med registriranimi psihoterapevti je največ sistemskih družinskih terapevtov.

Izmed psihologov imajo pravico do izvajanja psihoterapevtskih storitev le tisti, ki imajo polno psihoterapevtsko izobrazbo po standardih za samostojni poklic. Enako velja tudi za druge poklice, pa naj bodo psihoterapiji sorodni ali ne. Med tistimi psihologi, ki so se usposobili še za psihoterapevtski poklic, je največ kliničnih in zdravstvenih psihologov. Danes ima psihoterapevtsko izobrazbo približno ena četrtina avstrijskih kliničnih psihologov.<sup>11</sup>

<sup>4</sup> Možina, M.: Slovenska psihoterapija na prelomnici. *Dialogi*, št. 42/2006, str. 15–29. Možina, M.: Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, št. 4/2010, str. 133–166.

<sup>5</sup> Za podrobnejši prikaz glej Možina, M.: Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev: kaj se lahko naučimo na primeru Avstrije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, št. 16/2022, str. 215–283.

<sup>6</sup> RIS: Gesamte Rechtsvorschrift für Psychotherapiegesetz, Fassung vom 24. 4. 2022. Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS). <<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetznummer=10010620>>

<sup>7</sup> S tem je Avstrija z 8,7 milijona prebivalcev preselila priporočilo Svetovne zdravstvene organizacije za enega psihoterapevta na tisoč prebivalcev.

<sup>8</sup> Pritz, A.: Austria., v: Pritz, A. (ur.): *Globalized Psychotherapy*, Wien 2002, str. 27–38.

<sup>9</sup> Psonline.at: Statistik und Daten zur Psychotherapie 2022. <<https://www.psonline.at/contents/14722/statistik-und-daten-zur-psychotherapie>>

<sup>10</sup> Heidegger, K. E.: The Situation of Psychotherapy in Austria. *Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)*, Wien 2017.

<sup>11</sup> Sagerschnig, S., in Tanius, A.: *Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie: Statistik der Berufsgruppen 1991-2015*. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien 2017. <<https://jasmin.goeg.at/109/1/Psychotherapie%2C%20Klinische%20Psychologie%2C%20Gesundheitspsychologie%20%282016%29.pdf>>

Poleg psihoterapije, ki jo nudijo psihoterapevti, so v javnem zdravstvu tudi zdravniki tisti, ki lahko obračunavajo storitve t. i. »psihoterapevtske medicine« (avstrijska kratica zanjo je PSY3), ki jih plačujejo vse zavarovalnice, vendar pod pogojem, da so zaključili psihoterapevtsko izobraževanje ali podiplomsko izobraževanje iz psihoterapevtske medicine, ki ga od leta 2004 organizira Avstrijska zdravniška zbornica.<sup>12</sup> Za psihoterapevtsko medicino je značilen nizek prag dostopa, tako je teh storitev deležno presenetljivo veliko število pacientov, na primer 56.800 leta 2006 in 65.500 leta 2009. Trajanje obravnave v teh letih je bilo relativno kratko (od tri do štiri seanse na pacienta).<sup>13</sup>

Da bi nekdo postal specialist psihiater (avstrijski naziv je *Facharzt für Psychiatrie*), mora po končanem študiju medicine opraviti še šestletno specializacijo iz psihiatrije. Do leta 2011 je po opravljeni specializaciji lahko vsak sam izbiral, ali se bo še dodatno usposabljal iz psihoterapije ali psihoterapevtske medicine (PSYIII), in je potem v svoj naziv dodal »specialist psihiatrije iz psihoterapevtske medicine« (*Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin*). Od leta 2011 pa so psihoterapevtske vsebine postale obvezni del programa specializacije iz psihiatrije, tako da se od takrat tistim, ki končajo specializacijo, podeljuje naziv »specialist psihiatrije iz psihoterapije« (*Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*).

Glede na uradne dokumente (ÖÄK Bundesfachgruppe Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin 11/2013) naj bi delo psihiatra vključevalo tako diagnostiko, obravnavo, preventivo in rehabilitacijo duševnih motenj kot tudi izvedeništvo ter raziskovanje in poučevanje. Psihiatrično zdravljenje duševnih motenj naj bi zaobjemalo telesne, socioterapevtske in psihoterapevtske vidike. Za razliko od psihologov in psihoterapevtov naj bi bila naloga psihiatrov, da ugotavljajo, ali so morda duševne motnje povezane tudi s telesnimi boleznimi. Tako naj bi bili npr. pri depresivnih motnjah poleg preverjanja psihosocialnih dejavnikov pozorni tudi na telesni vidik, ali so prisotne boleznice, slabokrvnost ipd. kot možni etiološki dejavniki. Tovrstna diagnostika naj bi služila kot osnova za postavljanje indikacij za kombinirano obravnavo, ki naj bi večinoma potekala vzporedno in vključevala psihofarmakoterapijo, psihoterapijo in socioterapijo, ki se ukvarja z vplivom, ki ga imajo na pacienta interakcije z njegovimi bližnjimi in s širšo socialno mrežo. Vključuje tudi koordinacijo med različnimi oblikami pomoči na področju delovne rehabilitacije.

Žal pa kljub tako celostno oblikovanim uradnim smernicam tudi delo avstrijskih psihiatrov, podobno kot se dogaja po drugih evropskih državah<sup>14</sup> (še bolj izrazito v tistih, ki nimajo urejene zakonodaje za regulacijo psihoterapije kot samostojnega poklica, kot je npr. tudi v Sloveniji), drsi v fragmentacijo in enostransko, pretirano farmakološko obravnavo ter zanemarjanje psihoterapevtskih in socioterapevtskih oblik pomoči.<sup>15</sup>

Regulatorne naloge za celotno področje psihoterapije na nacionalni ravni opravlja t. i. Psihoterapevtski svet, ki ima številne pristojnosti, na primer tudi to, da lahko podeljuje in odvzema licence. Svet vodi zvezni kancler, njegovi člani pa so zastopniki naslednjih ustanov: zveznega ministrstva za znanost in raziskovanje, univerzitetnih inštitutov in klinik, priznanih izvajalcev psihoterapevtskega izobraževanja, zdravniške zbornice, zvezne zbornice za obrtne vede, združenja zavarovalnic, delavske zbornice, zveze delavskih sindikatov, upravnega odbora gospodarske zbornice in Psihološkega sveta, ki

prav tako deluje pod okriljem zveznega kanclerja. Svet ima skupaj okoli 60 članov.

Od sprejetja zakona leta 1991 so se pospešeno razvijali tudi akademski podiplomski programi na univerzah, na primer v Gradcu, Salzburgu, Innsbrucku, na Podonavski univerzi v Kremisu in na Dunaju, in le vprašanje časa je bilo, kdaj se bo na kateri od njih odprl tudi dodiplomski študij psihoterapije. To se je zgodilo oktobra 2005, ko se je približno 200 študentov vpisalo v dvostopenjski petletni fakultetni študij psihoterapevtske znanosti na zasebni Univerzi Sigmunda Freudana na Dunaju (SFU).<sup>16</sup> Število ur obeh stopenj skupaj precej presega minimalne zahteve avstrijskega zakona. Delež supervizirane psihosocialne in psihoterapevtske prakse je več kot 50 odstotkov vseh študijskih vsebin, kar pomeni, da je velik poudarek na praktičnem usposabljanju. Zato v okviru SFU deluje tudi psihoterapevtska ambulanta, ki ima enoto za odrasle in več enot za otroke in mladostnike, kjer lahko študenti opravljajo svojo psihoterapevtsko prakso pod supervizijo in ki se je na Dunaju zelo hitro uveljavila kot največja psihoterapevtska ambulanta. Trenutno se v njej zdravi približno 2.000 odraslih ter približno 300 otrok in mladostnikov. Spekter diagnoz sega od pacientov s hudimi psihotičnimi motnjami do pacientov s splošnimi življenjskimi težavami. Kot ustreznemu pripravniško ambulanto jo priznava tudi avstrijsko ministrstvo za zdravje.

Prav hitro razvijajoča se akademizacija psihoterapije je eden glavnih razlogov, da v okviru avstrijskega ministrstva za zdravje trenutno pripravljajo novelo zakona, ki bo upoštevala spremembe, ki jih je v visokošolsko izobraževanje nasplol in tudi v izobraževanje s področja psihoterapije vnesla bolonjska reforma. V predlogu novele so navedene tri poti do poklicne psihoterapevtske izobrazbe: akademska (tri leta prva stopnja in dve leti druga), edukacijska (triletna propedeutika in štiriletna edukacija iz izbranega psihoterapevtskega pristopa) in kombinacija obeh poti. Predvidena je tudi opustitev zrelotne meje 24 let za vstop v specifično izobraževanje in 28 let za začetek samostojnega opravljanja psihoterapevtskega poklica.

V noveli zakona se obeta tudi sprememba sestave Psihoterapevtskega sveta. Krovno združenje psihoterapevtov ÖBVP namreč želi močnejšo združenost predstavnikov stroke ter prenos nekaterih pristojnosti s sveta na Zbornico psihoterapevtov z obveznim članstvom, ki ji Zakon iz leta 1991 ni dal nikakršnih pooblastil in ki naj bi s tem okrepila svojo vlogo. Nenazadnje naj bi novela spodbudila tudi boljše organiziranost in financiranje psihoterapije v okviru javnega zdravstva ter postala del širših sprememb na področju varovanja duševnega zdravja.

## Nemčija: nova pot izobraževanja za samostojni poklic psihoterapevta

Nemški zvezni parlament je 26. septembra 2019 sprejel novi Zakon o psihoterapiji (*Psychotherapeutengesetz*, kratica PsychThG), ki je začel veljati 1. septembra 2020. Pri oblikovanju in sprejemanju zakona je odigralo pomembno vlogo združenje pacientov, ki se je zavzelo za vključitev psihoterapevtov v javno zdravstvo, kar je pomembno pripomoglo tudi k temu, da so politiki in

<sup>12</sup> ÖÄK: ÖÄK-Diplomrichtlinie Psychotherapeutische Medizin. ÖÄK, Wien 2004. <[https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplomrichtlinien/RL05\\_PSYIII.pdf](https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/OeAeKDiplomePDFs/Diplomrichtlinien/RL05_PSYIII.pdf)>

<sup>13</sup> Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (SV) in Salzburg Sickness Fund («Salzburger Gebietskrankenkasse» – SGK): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt «Psychische Gesundheit» Abschlussbericht. Wien 2011.

<sup>14</sup> Možina, M.: Uvodnik o skupnih dejavnostih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, št. 15/2021, str. 9–55.

<sup>15</sup> Dattler, W., Hochgerner, M., Korunka, C., Löffler-Stastka, H., in Pawlowsky, G.: Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. *Psychotherapie Forum*, št. 25/2021, str. 7–21; OECD (2015). *Mental Health and Work*. Austria. <[https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work/austria\\_9789264228047-en](https://read.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work/austria_9789264228047-en)>

<sup>16</sup> Fiegl, J.: Tako mlad, pa že psihoterapevt. Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije. Ljubljana 2016; Laubreuter, H.: About psychotherapy science. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, št. 6/2012, str. 12–19; Laubreuter, H.: Profession and discipline of psychotherapy. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, št. 12/2018, str. 41–53.

<sup>17</sup> Pritz, A., Fiegl, J., Laubreuter, H., in Rieken, B.: *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität*. Wien 2020.



javnost začeli bolje razumeti področje in pomen psihoterapije za varovanje duševnega zdravlja.

Ključna novost je vzpostavitev nove poti izobraževanja:

- triletni dodiplomski študij, ki je lahko polivalenten ali izključno psihoterapevtsko usmerjen;
- dveletni magistrski študij v izbranem psihoterapevtskem pristupu;
- strokovni izpit po magisteriju ter pridobitev naziva »psihoterapevt« in licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti;
- petletno nadaljnje usposabljanje v bolnicah, ambulantah in preventivnih programih, ki po zaključku omogoča pridobitev naziva »specialist psihoterapevt« in pridobitev koncesije za izvajanje psihoterapevtskih storitev v okviru javnega zdravstva.

Predhodni zakon o psihoterapiji iz leta 1999 je razločil medicinsko in psihološko psihoterapijo ter v njenem okviru uvedel dva nova poklica – psihološkega psihoterapevta ter psihoterapevta za otroke in mladostnike. Ta zakon je predstavljal predvsem uspeh za psihologe, ki so se borili zanj skoraj dvajset let. Psihološki psihoterapevti so lahko samostojno delovali znotraj zdravstvenega sistema in pridobili licenco in koncesijo od zdravstvenih zavarovalnic. Leta 2003 je bila ustanovljena tudi Zbornica psihoterapevtov, ki danes zastopa interese okoli 59.000 članov (<<https://bptk.de/ueber-uns/>>).

Z enotnim državnim poimenovanjem poklica »psihoterapevt«, ki ga je uvedel novi zakon, je odpadel dosedanj dodatek »psihološki«, kar nakazuje na odklon od psihologije kot temeljne znanosti. Novi zakon je poklicu psihoterapevt dal novo pravno podlago, razširil kompetence, priznal in nadgradil samostojnost, tako da so zdaj psihoterapevti glede svojega statusa postali enakovredni zdravnikom. Zdravniški psihoterapevti ter specializirani psihosomatske medicine in psihoterapije<sup>17</sup> se prav tako lahko odločijo za poklicni naziv »psihoterapevt«, vendar lahko uporabljajo tudi naziv »zdravniški psihoterapevt« (»Ärztliche Psychotherapeut«). Seveda pa bodo sedanje smernice za psihoterapijo (nemško Psychotherapierichtlinien) še naprej prilagajali in izboljševali. Novi zakon o psihoterapiji zato predvideva dovolj dolgo prehodno obdobje, v katerem morajo posamezniki zaključiti dosedanja izobraževanja in preiti na nov sistem do leta 2032, kar v odvisnosti od različnih vstopnih pogojev pomeni prehodno obdobje od desetih do dvanajstih let.

Nemčija je za Avstrijo druga država na svetu, ki je uvedla izobraževanje za psihoterapijo kot prvi poklic s petletnim visokošolskim študijem po maturi, ki je po bolonjskem sistemu razdeljen na triletni dodiplomski program in dveletni magistrski program. Zaključni se s strokovnim izpitom (nemško *Approbation*) in podelitvijo licence, to je dovoljenja za opravljanje poklica psihoterapevt.

Tisti, ki želijo postati psihoterapevti, morajo po novi ureditvi izbrati študij, ki po zaključeni magistrski stopnji omogoča pristop k strokovnemu izpitu (»*Approbationstudium Psychotherapie*«) za pridobitev naziva psihoterapevt. Taki študiji so na dodiplomski stopnji lahko polivalentni, na magistrski pa samo psihoterapevtski. Polivalentni pomeni, da so lahko vsebinsko različni in se tudi imenujejo različno, npr. študij psihologije, študij psihoterapevtske znanosti, študij klinične psihoterapije itn., vendar pa morajo biti po vsebini zasnovani tako, da se vsebinsko in dovoljšni meri oz. ekvivalentno navezujejo na magistrski študij psihote-

rapije. Vsebinsko študija, minimalne zahteve in določbe ureja Pravilnik o licenciranju psihoterapevtov (nemško *Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – PsychTh-ApprO*).<sup>18</sup> Da bi zagotovili pravočasno in vsesplošno izvajanje novega študija na uveljavljenih univerzah, je pravilnik o licenciranju zasnovan tako, da bodo lahko fakultete, ki npr. izvajajo študij psihologije, še naprej izhajale iz psihologije kot ene od temeljnih znanosti psihoterapije, vendar bodo vsebine v sklopu novega polivalentnega dodiplomskega študija psihoterapije preoblikovali. Že dodiplomski program mora torej biti dovolj psihoterapevtsko usmerjen, da omogoča bolj klinično usmerjeno nadaljevanje na magistrski stopnji, kjer se študent odloči za enega od štirih v Nemčiji priznanih psihoterapevtskih pristopov<sup>19</sup> (analitična psihoterapija, globinska psihoterapija, vedenjska terapija, sistemska terapija). Zakonske zahteve za magisterij, ki omogočajo dostop do licence za opravljanje psihoterapije kot zdravstvene dejavnosti, so tako močno naravnane na klinični kontekst, da za razliko od dodiplomskega študija polivalentnost tukaj ni več mogoča.

Različna akademska področja in visokošolski učitelji so trenutno v procesu prilagajanja na novi Pravilnik o licenciranju psihoterapevtov. Odpira se cel spekter možnih novosti: od minimalnih prilagoditev študijskih vsebin dosedanjih smeri psihologije (z odklonom od akademske psihologije, sorodnih področij uporabe in dosedanjih zaposlitvenih možnosti psihoterapevtov) preko etabliranja psihoterapije na javnih medicinskih, humanističnih in družboslovnih fakultetah ali zasebnih univerzah pa vse do uveljavljanja samostojnih fakultet za psihoterapijo. Te izobraževalne institucije morajo zagotoviti, da se lahko vsi znanstveno priznani psihoterapevtski pristopi poučujejo v primerljivem obsegu. Če visokošolski zavodi sami ne morejo zagotoviti teh zahtev, zlasti za praktično usposabljanje, lahko sodelujejo z drugimi ustreznimi institucijami.

Strokovni izpit za pridobitev licence poteka v dveh delih. Po uspešno opravljenem drugem delu izpita se pridobi strokovni naziv psihoterapevt. Prvi del strokovnega izpita se lahko opravlja naprej po zaključku prve stopnje študija. Vključuje 120-minutni ustni izpit, pri katerem sodelujejo štirje kandidati. V njem se preverjajo področja osnove medicine, osnove farmakologije, nauk o duševnih motnjah, psihološka diagnostika, splošne vsebine o postopkih in metodah ter poklicna etika in delovno pravo. Drugi del strokovnega izpita se lahko opravlja šele po opravljenem prvem delu strokovnega izpita in po zaključku druge stopnje študija. V 90-minutnem pisnem delu se preverjajo področja splošnih in specialnih vsebin o procesih, preventivnih in rehabilitacijskih konceptih psihoterapevtske obravnave in uporabna psihoterapija. Poleg pisnega izpita mora kandidat opraviti še 45-minutni ustni praktični individualni izpit, v katerem predstavi prej pripravljena pisna primera ambulantnega zdravljenja pacientov pod supervizijo. Po uspešno opravljenem strokovnem izpitu lahko kandidat zaprosi za licenco.

Po pridobitvi licence vstopi psihoterapevt v petletno nadaljnje usposabljanje (nemško »*Psychotherapeut in Weiterbildung*«) v psihoterapevtskem pristupu, ki ga je izbral na magistrski stopnji študija. V tem obdobju dobi pravico do izvajanja psihoterapije v stacionarnih oblikah zdravljenja (npr. bolnice, dnevne bolnice), ambulantah in preventivnih programih, ki so del nemškega sistema javnega zdravstvenega zavarovanja (*Gesetzliche Krankenversicherung* ali *GKV System*). To pomeni, da nima

<sup>17</sup> Leta 1992 so nemški zdravniki uvedli novo skupino specialistov, *zdravnike za psihoterapevtsko medicino*, in psihoterapija je postala obvezen del specializacije iz psihiatrije. Tako so nastali novi specialistični profili: *specialist za psihiatrijo in psihoterapijo* ter *specialist za psihiatrijo otrok/mladostnikov in psihoterapijo*. Psihoterapevtska medicina je postala samostojna disciplina, podobno kot psihiatrija, dermatologija ali ortopedija. To ni vodilo samo k novi dodiplomski specializaciji, ampak tudi k novemu področju v sistemu javnega zdravstva. Zdravnik, ki hoče postati specialist za psihiatrijo in psihoterapijo ali za psihoterapevtsko medicino, mora opraviti petletno podiplomsko izobraževanje, od tega tri leta v bolnici. Vsi zdravniki, ki želijo opravljati psihoterapijo in pridobiti naziv *psihoterapevt*, morajo poleg svoje specializacije, npr. iz splošne medicine, interne medicine idr., opraviti še triletni program iz psihoterapije, ki eno leto poteka na oddelku za psihiatrijo in psihoterapijo.

<sup>18</sup> <<https://www.gesetze-im-internet.de/psychthappro/BjNR044800020.html>>.

<sup>19</sup> Leta 1999 je začel delovati t. i. Znanstveni svet (*Wissenschaftliche Beirat*, <<https://www.wbpsychotherapie.de/>>) pri Zvezni zdravniški zbornici (*Bundesärztekammer*), ki odloča o znanstvenosti določene pristopa oziroma metode na osnovi dokazov o učinkovitosti za različne duševne motnje in s tem tudi posredno o možnosti za pridobitev koncesij za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti v okviru javnega zdravstva.



več statusa študenta, temveč je polno zaposlen z vsemi pravicami, ki so s tem povezane.

Državno priznani izobraževalni inštituti (ali društva), ki so bili do zdaj zasebni, se morajo v skladu z novim zakonom preoblikovati v inštitute za nadaljnje izobraževanje, pri čemer naj njihove učne ambulante, ki so bile vključene v javni zdravstveni sistem, ne bi opravljale zgolj izobraževalne funkcije, temveč naj bi se bolj vključile v zdravstveno oskrbo. S tem bi lahko v okviru nadaljnega izobraževanja za psihoterapevte psihoterapevtske izobraževalne ustanove:

- prevzele vodilno vlogo pri nadzoru nad ambulantnim delom izobraževanja in se intenzivneje
- vključile v javno mrežo ambulantne psihoterapije v okviru javnega zdravstva.

Po uspešno opravljenem petletnem usposabljanju psihoterapevt pridobi naziv »specialist psihoterapevt« (»*Fachpsychotherapeut*«) in s tem tudi pravico do vpisa v registre, ki jih je do uvedbe novega zakona o psihoterapiji vodila vsaka nemška dežela samo za zdravnike, ki so dobili koncesijo (to pomeni, da njihove storitve plačujejo zavarovalnice). Pri Deželnih združenjih zdravnikov s koncesijo (nemško *Kassenärztliche Vereinigung des Landes* – KV) bo tako lahko vsak specialist psihoterapevt zaprosil za dovoljenje za samostojno izvajanje psihoterapevtskih storitev v okviru javnega zdravstva.

## Nizozemska: od psihoterapije kot samostojnega poklica do ukinitve in nazaj

Potem ko je leta 1985 Švedska kot prva evropska država psihoterapijo priznala kot samostojni poklic in uvedla sistem podeljevanja licenc za različne psihoterapevtske pristope, ji je leta 1986 sledila tudi nizozemska vlada.<sup>20</sup> Priznanje poklica je med drugim prineslo natančno opisano področje dejavnosti, specifični in uradno priznani izobraževalni program, zaščiteni naziv psihoterapevt in register psihoterapevtov. Na tej podlagi je v poznih osemdesetih in v devetdesetih letih prišlo do razcveta psihoterapije na primarni ravni zdravstvenega varstva, kar kažejo tudi številke: leta 1991 je bilo 3.738 registriranih psihoterapevtov, leta 1999 pa že 5.138. Nato pa je leta 2001 prišlo do opisane ukinitve psihoterapije kot samostojnega poklica, h kateri je v največji meri pripomogel premik od biopsihosocialnega k biomedicinskemu modelu obravnave duševnih motenj v zdravstvenem varstvu. Vpliv psihoterapevtov je postajal vse manjši, vpliv psihiatrov in kliničnih psihologov pa vse večji. Tako so si pooleg izključne pravice do psihofarmakoterapije in diagnostike prilastili še izključno pravico do psihoterapije.

Da so lahko psihoterapevti leta 2005 dosegli ponovno priznanje poklica, je bil ključnega pomena Zakon o zdravstvenih poklicih (The BIG Act), ki je bil sprejet leta 1993. Ker je uvedel enotni okvir za vse zdravstvene poklice, ga psihiatri in klinični psihologi niso mogli ukiniti. Glavna cilja zakona BIG sta bila:

1. izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in
2. zaščita bolnikov pred nekompetentnimi in neodgovornimi izvajalci.

Za uresničevanje teh ciljev je uvedel sistem zaščite nazivov. V 3. členu zakona BIG je seznam osmih poklicev:

zdravnik, farmacevt, zobozdravnik, fizioterapevt, medicinska sestra, psiholog v zdravstvenem varstvu (naziv psiholog od tega leta ni več reguliran), psihoterapevt in babica. Samo tisti, ki izpolnjujejo strokovne standarde posameznega navedenega poklica, imajo pravico do naziva. Za vsak poklic zakon poleg naziva določa specializacije, izobraževalne standarde, kompetence, registriranje in mehanizme nadzora kakovosti. Nepravilna uporaba nazivov se kaznuje s kaznjivo v višini več tisoč evrov.<sup>21</sup>

V registru BIG so tako še danes definirani naslednji »psihološki« poklici oziroma specializacije:<sup>22</sup>

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

Na psihoterapevtski podiplomski program se lahko vpišejo kandidati, ki so končali univerzitetni študij oziroma magistrski študij psihologije, pedagogike, varovanja duševnega zdravja (ang. *mental health care*) ali medicine. Poleg tega mora opravljati magistrski program vsebovati določene predmete, ki so pogoj za vpis.

Podiplomski študijski program iz psihoterapije je sestavljen iz akademskega in praktičnega dela. Organizirajo ga regionalne izobraževalne ustanove, ki ponujajo tudi študijski program za psihologe v zdravstvenem varstvu. V ta dva študijska programa se vsako leto vpiše približno 175 študentov. Študij obsega 1.280 ur akademskega in praktičnega usposabljanja (vključno s 150 urami supervizije, 50 urami osebne izkušnje in 2.400 urami prakse). Skupni obseg (3.680 ur) je približno enak obsegu študija za psihologe v zdravstvenem varstvu (3.600 ur). Praktično usposabljanje študentov psihoterapije nadzoruje mentor za prakso. Študij lahko traja tri ali štiri leta. Triletni program je namenjen psihologom v zdravstvenem varstvu, ki želijo postati psihoterapevti. Tako so oproščeni

<sup>20</sup> Za podrobnejši prikaz glej **Možina, M., in Kranjc, U.**: Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske. *Kairos* – Slovenska revija za psihoterapijo, št. 13/2019, str. 171–207.

<sup>21</sup> **Oudijk, R.**, Netherlands, v. **Pritz A.** (ur.): *Globalized Psychotherapy*, Wien 2002, str. 218–224.

<sup>22</sup> **Siemons, J.**: *Psychologists in health care in the Netherlands*. Utrecht 2014. <[https://www.psynip.nl/en/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/FGZP\\_BRO\\_NEURO\\_ENG\\_DEF.pdf](https://www.psynip.nl/en/wp-content/uploads/sites/3/2016/10/FGZP_BRO_NEURO_ENG_DEF.pdf)>.



dela štiriletnega programa, ki je namenjen vsem ostalim. Poleg rednega študija je možen tudi študij ob delu. Akademsko izobraževanje poteka v akademski ustanovi. Večina preostalega časa (za redne študente) je namenjena pridobivanju praktičnih izkušenj. Študenti opravljajo prakso pod nadzorom mentorja ali koordinatorja prakse. Ustanovo za praktično usposabljanje in supervizorja praktičnega usposabljanja mora odobriti mentor za prakso. Da bi lahko študenti izpolnili zahtevano število ur praktičnega usposabljanja, morajo podpisati pogodbo z ustanovo za praktično usposabljanje. Študentje se lahko usmerijo na dve področji: za odrasle in starejše ter za otroke in mladostnike.

Štirje »psihološki« poklici po zakonu BIG se precej prekrivajo. Mnogi psihologi, ki so registrirani za en poklic, so hkrati registrirani tudi za preostale tri poklice. Na primer, skoraj polovica vseh psihologov v zdravstvenem varstvu je registriranih tudi kot psihoterapevti, približno četrtina vseh psihoterapevtov pa tudi kot klinični psihologi.

Vendar podobnost teh poklicev lahko zmede zunanje opazovalce: v čem se razlikujeta psiholog v zdravstvenem varstvu in psihoterapevt? In kakšna je razlika med kliničnim psihologom in psihoterapevtom?

Na pobudo psihologov in psihoterapevtov bodo zato za poenostavitev in lažjo preglednost do leta 2025 uvedli širok osnovni poklic »splošni psiholog v zdravstvenem varstvu« (nizozemsko *gz-psycholoog generalist*) in novo specializacijo »klinični psiholog – psihoterapevt«. Na ta način bodo rešili problem, da do zdaj psihoterapevti specializacije v okviru sistema zdravstvenega varstva niso mogli opravljati in da so stroške izobraževanja iz psihoterapije morali nositi sami, po novi ureditvi pa bo stroške kril delodajalec. Psihoterapija bo dobila status specializacije v okviru širšega poklica klinični psiholog – psihoterapevt, vsak posamezni tovrstni specialist pa se bo lahko glede na specifično delovnega mesta odločal, čemu bo namenjal več pozornosti: in vodenju, diagnostiki, terapiji ali raziskovanju.<sup>23</sup>

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

## Malta: majhna država je lahko dober zgled

Malta je primer države, ki Sloveniji kaže, da velikost države ni nujno premo sorazmerna z naprednostjo.

Malta je sprejela zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica na osnovi standardov Evropske zveze za psihoterapijo (EAP), za kar si tudi v Sloveniji psihoterapevti prizadevamo že od leta 2004. Seveda so morali tudi malteški psihoterapevti vztrajati veliko let, da so dosegli svoj cilj. Prvi pomembni premik je bil dosežen z Aktom o zdravstvenih poklicih leta 2003, ko so na seznam 18 poklicev, ki so komplementarni medicini, uvrstili tudi psihoterapijo kot samostojni poklic. V okviru Sveta za komplementarne poklice v medicini (*Council for the Professions Complementary to Medicine*) Ministrstva za zdravje so nato tri leta oblikovali kriterije za izobraževanje in podeljevanje licenc. Proces usklajevanja je potekal med predstavniki univerzitetnega študija psihologije, psihiatrične klinike, Malteškega združenja psihoterapevtov in Malteškega geštaltnega inštituta.<sup>24</sup>

Septembra 2006 so stopili v veljavo kriteriji, ki za vstop v izobraževanje iz izbranega psihoterapevskega pristopa zahtevajo diplomu prve stopnje po bolonjskem sistemu. Določili so, da mora izobraževanje obsegati najmanj 3200 ur in trajati štiri leta (kot izredni študij) ali dve leti (kot redni študij) na podiplomski stopnji univerz ali na akreditiranih inštitutih, ki jim je priznana ista, torej podiplomska stopnja. Svet oziroma ministrstvo za zdravje podeljuje naziv psihoterapevt in vodi register psihoterapevtov.

Dne 20. junija 2018 pa je malteški parlament izglasoval Zakon o psihoterapevskem poklicu (*Act No. XXV of 2018 – Psychotherapy Profession Act*),<sup>25</sup> ki psihoterapijo kot samostojni poklic regulira v vseh ključnih vidikih. Podaja definicijo psihoterapije kot »celovite, premissijne in načrtovane obravnave ali terapevtske intervencije, ki temelji na splošnem in specialnem usposabljanju s področja psihosocialnih, psihosomatskih in vedenjskih motenj ali stanj trpljenja in pri kateri se uporabljajo znanstvene psihoterapevtske metode. Izvaja se v interakciji med eno ali več obravnavanimi osebami in enim ali več psihoterapevti s ciljem spreminjanja motečih vedenj, kar vodi k spremembi in spodbuja zorenje, razvoj in zdravje obravnavane osebe.«

Teoretično izobraževanje v obsegu najmanj 800 ur v neprekinjenem obdobju najmanj štirih let vključuje naslednje vsebine: osnovna načela psihoterapije in teorije osebnosti; osnovna metodološka načela raziskav in znanosti; etična praksa ter ustrezni družbeni in pravni okvirji; teorije razvoja osebnosti in patologije; psihoterapevtske metode in tehnike. Praktično usposabljanje pa obsega najmanj 600 ur in je sestavljeno iz osebne psihoterapevtske izkušnje ter praktičnega usposabljanja pod supervizijo bodisi v socialnem varstvu bodisi v sistemu za varovanje duševnega zdravja. Priznani so psihoanalitični/psihodinamski, kognitivni/vedenjski, sistemski/družinski, humanistični, integrativni in hipnopsihoterapevtski pristop. Izbor je narejen v skladu s smernicami EAP in predstavlja glavne tradicije oziroma šole, ki so v svetu najbolj uveljavljene in za katere se je nabralo največ znanstveno podprtih dokazov o njihovi učinkovitosti.

Ključno regulativno telo po zakonu je Odbor za psihoterapevtski poklic, v katerem so predvsem predstavniki izvajalcev izobraževanja in ima med drugim naslednje naloge: skrb za psihoterapevtske standarde, procesiranje vlog za pridobitev licence, vzdrževanje registra psihoterapevtov z licenco ter registra društev in združenj psihoterapevtov ter obravnava prijav poklicnih kršitev, hudih malomarnosti ali nekompetentnosti psihoterapevtov.

<sup>23</sup> In gesprek met Kirsten Hauber over de beroepsstructuur, 12. september 2022. <<https://www.psychotherapie.nl/actueel/nieuws/nieuwsbericht?newsitemid=1459290112>>.

<sup>24</sup> Cassar, C. Malta, v: Pritz A. (ur.): *Globalized Psychotherapy*. Wien 2002, str. 214–217.

<sup>25</sup> Malta Government: XXV of 2018 - Psychotherapy Profession Act. Malta Government Gazette no. 20.015 - 26. 8. 2018. <<https://legislation.mt/eli/act/2018/25/eng/pdf>>.



## Hrvaška: kljub regulaciji psihoterapije kot samostojnega poklica dostop do psihoterapevtskih storitev za uporabnike ostaja nepravilčen

Podobno kot malteški so tudi hrvaški psihoterapevti,<sup>26</sup> ki so se povezali v krovni organizaciji Savez psihoterapijskih udruga Hrvatske (SPUH), uspeli v skladu s standardi EAP doseči zakonsko priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica. 6. julija 2018 je hrvaški parlament sprejel Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki določa vsebino, pogoje in način izvajanja psihoterapevtske dejavnosti, standarde izobraževanja, ustanovitve Hrvaške zbornice psihoterapevtov ter dolžnosti in strokovni nadzor nad delom psihoterapevtov in izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti.<sup>27</sup> Za razliko od vseh drugih evropskih držav, kjer so za regulativo psihoterapije pristojna ministrstva za zdravje, je na Hrvaškem pristojnost za to področje prevzelo ministrstvo za socialne zadeve.

Po zakonu lahko psihoterapevtsko dejavnost izvaja psihoterapevt in terapevt svetovalec. Psihoterapevt mora imeti zaključeno drugo stopnjo študija psihologije, medicine, socialnega dela in edukacijske rehabilitacije, socialne pedagogike, pedagogike in logopedije ter uspešno opravljeno najmanj štiriletno edukacijo, ki jo odobrijo krovna mednarodna združenja za posamezne psihoterapevtske pristope, v enem od psihoterapevtskih pristopov, ki jih priznava EAP. Za pridobitev licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti mora postati član zbornice in biti vpisan v njen register. Ker članstvo v zbornici ni obvezno, se mnogi vanjo tudi ne vključijo in svoj »svobodni« status izkoriščajo.

Terapevt svetovalec (*»savjetodavni terapevt«*) mora imeti zaključeno prvo stopnjo študija na istih področjih kot psihoterapevt ter uspešno opravljeno vsaj triletno edukacijo v izbranem psihoterapevtskem pristopu, ki ga priznava EAP in odobri krovno mednarodno združenje za ta psihoterapevtski pristop. Terapevt svetovalec pa lahko postane tudi posameznik z zaključeno drugo stopnjo študija na drugih področjih, če opravi propedeutiko iz psihoterapije in najmanj triletno edukacijo v izbranem psihoterapevtskem pristopu. Terapevt svetovalec lahko izvaja svetovanje, suportivno terapijo ter svetovalno individualno in skupinsko delo po principih psihoterapije. Tako kot psihoterapevti morajo tisti terapevti svetovalci, ki hočejo imeti licenco za samostojno opravljanje dejavnosti terapevtskega svetovanja, postati člani zbornice in vpisani v njen register.

Zakon sicer ni izpolnil pričakovanj kolegov iz SPUH-a, ki so ga pod okriljem ministrstva za socialno pripravljali več kot deset let, saj je bila v parlamentu sprejeta različica, ki so jo nekaj dni pred zasедanjem na skrivaj spremenili predstavniki medicinskega in psihološkega lobija tako, da lahko ohranjajo privilegije. Nauk hrvaške zgodbe je, da samo priznanje samostojnega poklica psihoterapevt, ki je sicer izboljšal njihov status v družbi, ni dovolj, saj se danes soočajo z naslednjimi problemi:

- Zdravniki, psihiatri in psihologi si lahko iz javnega zdravstvenega denarja še naprej obračunavajo psihoterapevtske storitve, ne da bi se sistemsko preverjalo njihovo usposobljenost, temveč je to prepuščeno odgovornosti vsakega posameznika oz. institucije, v kateri so zaposleni.

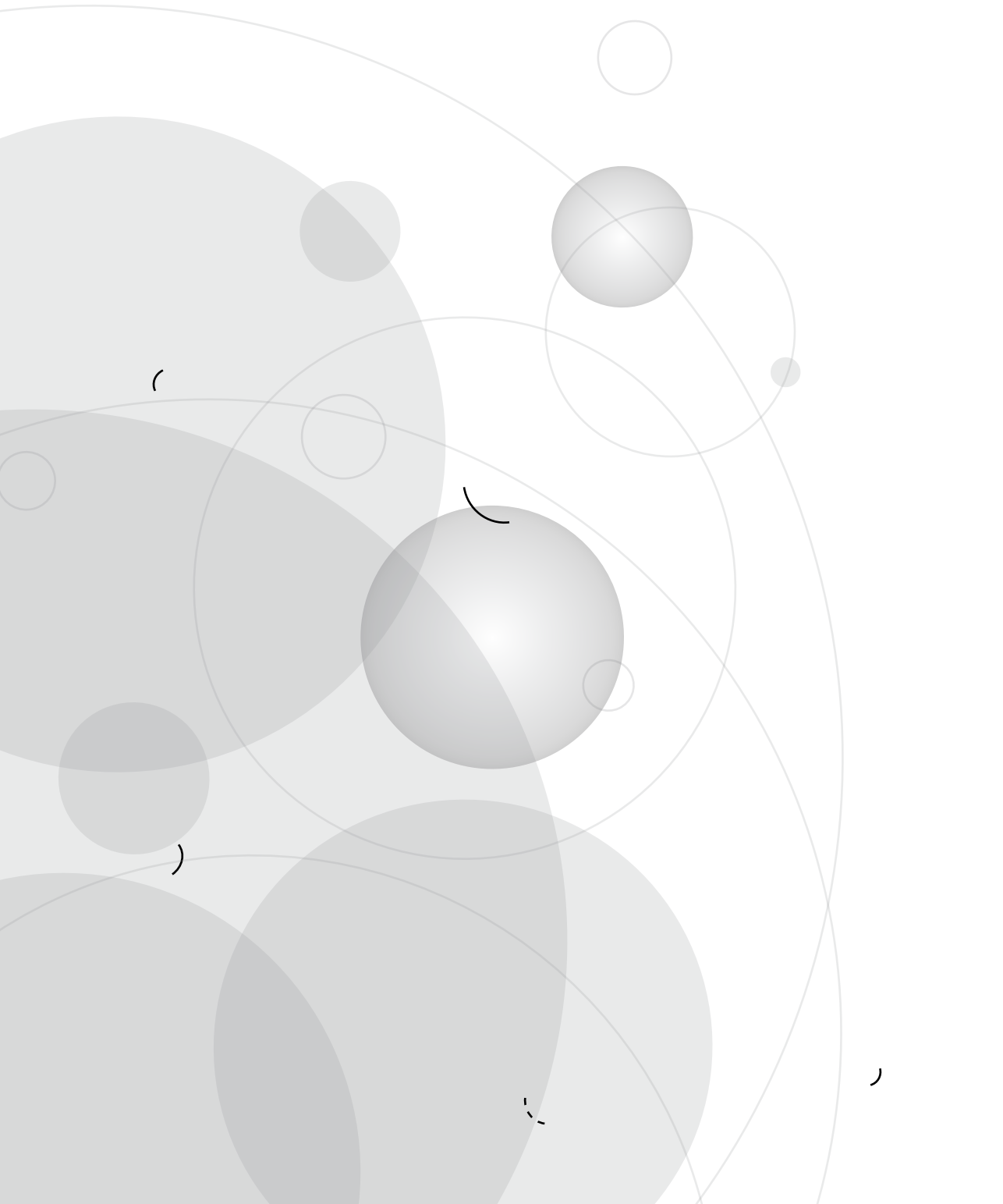
- Psihoterapevti so izključeni iz javnega zdravstvenega sistema in drugih javnih mrež, npr. socialnega varstva. Sicer so njihove ordinacije prepolne, a nepravilčno do uporabnikov je, da delajo izključno za samoplačnike. Za ljudi, ki si ne morejo plačati sami, je še manj poskrbljeno kot pred sprejetjem zakona.
- Zbornico psihoterapevtov so ustanovili leta 2019, a še do danes ni vzpostavila sistema licenc in njihovega obnavljanja ter se ni aktivno lotila dveh ključnih problemov: nepravilnega dostopa do psihoterapevtskih storitev in skoraj popolne odsotnosti preverjanja njihovega kvalitete. Nastalo je tiho soglasje med psihoterapevti ter psihiatri in psihologi, saj gre vsem finančno dobro, medtem ko so uporabniki znova potegnili kratko. Tudi zato, ker članstvo v zbornici ni obvezno in se mnogi vanjo ne vključijo ter svoj »svobodni« status prav tako izkoriščajo na račun uporabnikov.
- Nobena javna ustanova na področju zdravstvenega in socialnega varstva, šolstva in drugih resorjev še naprej ne razpisuje delovnih mest za psihoterapevte.
- Dostop do psihoterapevtske izobrazbe je možen samo preko predhodnega drugega poklica, izobraževanje za psihoterapijo kot prvi poklic ni možno.
- Ker so terapevti svetovalci glede na pogoje izobraževanja nelogično diskriminirani, si s tožbami na hrvaškem ustavnem sodišču in Evropski komisiji, ki so še v procesu, upravičeno prizadevajo za enak status, kot ga imajo psihoterapevti.
- Psihoterapevt oziroma terapevt svetovalec lahko začne obravnavo otroka ali mladostnika šele po pridobitvi zdravniške diagnostične dokumentacije in predlagane indikacije za izvajanje obravnave. To je v številnih primerih povsem nepotrebno in lahko pomeni zgodnjo stigmatizacijo, saj so podatki o tem vpisani v otrokovo oziroma mladostnikovo zdravstveno dokumentacijo, ki ga potem spremlja skozi celo življenje.

## Sklep

Skrb za pravično dostopnost do psihoterapije in za njeno kvaliteto za tiste, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč, mora biti ključni kriterij in cilj v prizadevanjih za regulacijo psihoterapije. Brez tega tudi zakonsko priznanje psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede nima pravega smisla in izgublja etični kompas. V vseh prikazanih državah se zato, ne glede na fazo razvoja, soočajo s številnimi problemi, kako zagotoviti dostopne ter kvalitetne psihoterapevtske in druge strokovne storitve na področju varovanja duševnega zdravja. Tega ni mogoče doseči enkrat za vselej, temveč je potrebno stalno preverjanje in izboljševanje. Kljub temu pa brez dobrega zakonskega okvira igla na etičnem kompasu ostaja brez ključnih koordinat. Da bi nam lahko pokazala smer iz trenutne slovenske zagate, ki se kaže predvsem v nesprejemljivo dolgih čakalnih dobah za psihoterapijo, pa brez zakona, ki jo bo opredelil po naprednih mednarodnih standardih samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede, ne bo šlo. Mednarodna primerjava namreč jasno kaže, da če ostaja psihoterapija samo domena zdravnikov in psihologov oziroma medicine in psihologije, je njena usoda večne sirote zapečatenata.

<sup>26</sup> Za podrobnejši prikaz glej **Prevedar, T.** Development of psychotherapy in Croatia from the beginning until 2018, Zagreb 2021.

<sup>27</sup> Hrvatski sabor: Zakon o djelatnosti psihoterapije, <<https://www.zakon.hr/z/1045/Zakon-o-djelatnosti-psihoterapije>>.





Miran Možina<sup>1</sup>

## **Psychotherapy development and regulation in Belgium: What Slovenia can learn from the Belgian contradictions**

*Razvoj psihoterapije in njena regulativa v Belgiji:  
Kaj se Slovenija lahko nauči iz belgijskih protislovij*

### **Abstract**

Although psychotherapy is well developed in Belgium, it is still not recognised as an independent profession and as an autonomous scientific discipline. Many contradictions in the development of psychological and psychotherapeutic care in the Belgian mental health system stem from the privileged position of medical doctors and clinical psychologists. On the 4<sup>th</sup> of April 2014, a law on the regulation of mental health professions was passed by Parliament, which introduced the integration of clinical psychologists, orthopedagogists and psychotherapists into the mental health care system. Although psychotherapist as a profession was not recognized as a health profession, as a practice it could be performed by practitioners who fulfilled certain conditions, including specific psychotherapy training. But there was then a sudden change in May 2015, when a new law on mental health provision was passed, which took away the rights of psychotherapists and granted a privileged position in the field of psychotherapy to doctors and psychologists. Despite the fact that in Belgium's primary mental health system psychotherapists have not yet been given the role that they deserve and that would be beneficial to users, the Belgian model of primary psychological care, which has been developed during recent years, represents a positive development. Due to the new Primary Psychological Care Convention financial investments in mental health care have risen sharply and there has been a progressively increasing influx of patients who have never been in treatment before. Patients' waiting time has been reduced, their admission to care is smoother and faster, and the clinical effectiveness of the primary psychological service has increased.

---

1 mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

**Key words:** psychotherapy law, clinical psychology, psychiatry, mental health care, academization of psychotherapy, psychotherapy training, primary psychological care

### **Povzetek**

Čeprav je psihoterapija v Belgiji dobro razvita, še vedno ni priznana kot samostojni poklic in avtonomna znanstvena disciplina. Številna protislovja v razvoju psihološke in psihoterapevtske pomoči v belgijskem sistemu varovanja duševnega zdravja so posledica privilegiranega položaja zdravnikov in kliničnih psihologov. 4. aprila 2014 je belgijski parlament sprejel zakon o poklicih na področju duševnega zdravja, ki je v sistem vključil klinične psihologe, specialne pedagoge in psihoterapevte. Čeprav poklic psihoterapevta ni bil priznan kot zdravstveni poklic, so psihoterapijo kot dejavnost lahko izvajali strokovnjaki, ki so opravili specializacijo iz psihoterapije. Vendar je maja 2015 prišlo do nenadne spremembe, ko je bil sprejet nov zakon o duševnem zdravju, ki je psihoterapevtom ukinil pravice in na področju psihoterapije dodelil privilegiran položaj zdravnikom in psihologom. Kljub dejstvu, da na primarni ravni sistema za varovanje duševnega zdravja psihoterapevi še danes nimajo svojega mesta in vloge, ki bi si ju zaslužili, belgijski sistem primarne psihološke skrbi, ki so ga razvili v zadnjih letih, predstavlja pozitiven razvoj. Zahvaljujoč t.i. Konvenciji o primarni psihološki skrbi so se namreč finančni vložki iz javnih sredstev močno povečali, kar je omogočilo veliko večjo dostopnost do psiholoških storitev in povečal se je pritok uporabnikov, ki do zdaj še niso iskali tovrstne pomoči. Skrajšale so se čakalne dobe, bolj gladko in hitreje potekajo sprejemni postopki, prav tako pa se je tudi povečala klinična učinkovitost psiholoških oblik pomoči na primarni ravni sistema varovanja duševnega zdravja.

**Ključne besede:** zakon o psihoterapiji, klinična psihologija, psihiatrija, skrb za duševno zdravje, akademizacija psihoterapije, izobraževanje iz psihoterapije, primarna psihološka skrb

1.

## **Introduction**

Belgium is one of the countries with a well-developed psychotherapy, but with many contradictions that have sometimes escalated to the absurd. Until 2014, there was no legal regulation of psychotherapy, no licensing system, no ethical supervision or accreditation system for educational institutions providing psychotherapy training. On 4<sup>th</sup> of April 2014 a law on the regulation of mental health professions was passed, but unfortunately new contradictions emerged and the solutions were not in favour of psychotherapy as an independent profession. To understand such a course of events, it is useful to take a closer look

at some of the key developments and contradictions before 2014 (Sasse & Vrancken, 2014).

## **2. Brief history of clinical psychology, psychotherapy, and counselling in Belgium**

Clinical psychology, psychotherapy, and counselling have been included in the healthcare system in Belgium since the scientific developments of these disciplines in the 19<sup>th</sup> century. Counselling and psychotherapy developed out of residential psychiatric care. At the beginning of the 20<sup>th</sup> century, open services in psychiatric hospitals and the first ambulatory centres for ‘mental hygiene’ were established. Between 1945 and 1975, mental healthcare became a more important issue, and among other improvements psychiatric services in general hospitals were established. In the 1980s and 1990s, the government changed its policy from investment in residential care in psychiatric hospital beds towards more resources for ambulatory mental health services for a larger number of clients with various psychological problems. This increased the importance of clinical psychologists, psychotherapists and counsellors, and several professional organizations of psychotherapists and counsellors were established to foster the development of this professional field. They played an important role in developing training standards and enhancing the quality of practice (Van Broeck et al., 2013, p. 262).

At the beginning of the 1990s, initiatives were taken to create a legal framework for the regulation of the practice of these non-medical mental healthcare practitioners. In 1993, a law was passed to protect the title of ‘psychologist’. The Belgian Federation of Psychologists, an umbrella organization that represents the majority of psychological associations, facilitated the passing of this law. This title of psychologist was awarded on the basis of training criteria and issued by the Ministry of Independent Professions, and was not associated with a regulation of the practice, control of quality, or respect of deontological rules (ibid.).

In 1998, the Belgian Association for Psychotherapy (Association Belge de Psychothérapie = ABP; <https://abp-bvp.be/a-propos-de-nous/?lang=fr>) was established and became a National Umbrella and Awarding Organization (NUO and NAO) of the European Association for Psychotherapy (EAP). Since its foundation, it has been striving for the regulation of psychotherapy as an independent profession, in line with the Strasbourg Declaration.

In 2004, at the request of the Public Health authorities the Superior Council of Hygiene set up a working group of experts in the psychotherapy field, which

wrote a report with the main definitions, outline of various modalities of psychotherapeutic practices in Belgium, and specification of training standards (Conseil Supérieur d'Hygiène, 2005). Psychotherapy was defined as a specific healthcare service:

“Psychotherapy is a healthcare treatment in which a coherent set of psychological means (interventions) are anchored in a psychological and scientific frame of reference. It is practiced by a trained therapist, within a psychotherapist-patient/client relationship, with the aim of eliminating or alleviating psychological difficulties, conflicts and disorders suffered by the patient/client. The patient/client may be an isolated individual, or a social system (couple, family, group, etc.). The individual or the social system manifests problems or disorders for which it is seeking help. These disorders and problems relate to psychological, somatic and social aspects of the functioning (of the individual, or of the social system) and are apprehended from the following three angles:

- the patient's/client's personal subjectivity, i.e. either intra-psychic conflicts arising during development, or “life experience” problems;
- relational problems within one or more systems to which the patient/client belongs;
- behavioural problems and somatic symptoms.

Generally speaking, these problems are mutually reinforcing and self-perpetuating” (Conseil Supérieur d'Hygiène, 2005, p. 7).

The report also presented the four main psychotherapy orientations that were generally accepted (psychodynamic, behavioural and cognitive orientation, systemic and family-oriented, and experiential and client-centred). For each of these orientations, a definition, the evolution of ideas and practices, elements for validating efficacy, and a brief description of the state of the art was presented.

The recommendations for psychotherapy education included basic training at a Master's level and a specific training (specialization) in a number of healthcare professions at a post-master's level (e.g. with a master's degree in psychology, pedagogy or medicine). The recommended subjects of basic theoretical and practical training at a Master's level were: anthropology, developmental psychology, psychodynamic psychology, learning processes, neuroscience, general pathology, introduction to psychopharmacology, psychopathology and psychiatry, general psychodiagnostics, clinical psychodiagnostics, psychological consultation, introduction to psychotherapeutic methods, deontology and professional ethics. The basic training had to include also a minimum 6-month full-time internship in the field of mental health care. If these minimum theoretical and practical criteria were not met, applicants had to follow an

additional master's programme, in which the necessary basic knowledge and skills were taught.

Specific training at a post-master's level in one of four orientations had to have three pillars: theory, practice under supervision and personal therapy. It had to last at least 3 years with a minimum of 1.200 hours in mental health care, including 500 psychotherapy sessions in contact with patients/clients (minimum 4 patient/client contacts per week).

Among the providers of psychotherapy training, in addition to the various psychotherapy associations and institutes running non-academic programmes, there were and still are a number of different Belgian universities. They offer post-master training programmes in psychotherapy, which are mostly accessible to psychologists and doctors with a master's degree. These postgraduate programmes consist of three years of part-time courses. They are often the result of a partnership between a training institute and a university (Brison et al., 2015). These postgraduate programmes comply with the criteria developed by EFPA<sup>2</sup> (2019). However, as Belgium still has no law, which would regulate psychotherapy as an independent profession, there is no uniform university training recognized by the Ministry of Education. Therefore, different training paths can be followed to become a psychotherapist. This leads to a great diversity of professionals practising psychotherapy with widely varying levels of knowledge and skills (Brison et al., 2015).

3.

### **Contradictions in the development of psychological and psychotherapeutic practice and training in Belgium**

Many contradictions in the development of psychological and psychotherapeutic care in the mental health system stemmed from the privileged position of medical doctors and psychiatrists. Although the title of 'psychotherapist' was not protected by law, the Royal Decree No 78 of 1967 (Arrete Royal 10.11.1967 relatif a l'exercice de l'art de guerir) defined psychotherapy as part of medicine. Only physicians could practice psychotherapy legally, but psychotherapy was not recognized as a profession or a title (Foisly et al., 2002).

- 
- 2 Under the European Certificate in Psychology (EuroPsy) (EFPA, 2019), the requirements for the Specialist Certificate in Psychotherapy are:
- (1) Minimum volume and content of further study: (a) At least 90 ECTS of further study, of which 400 hours should be devoted to theory; (b) The content varies with the institution's curriculum and/or the psychologists' learning trajectory.
  - (2) Minimum volume of supervised practice and supervision: (a) At least three years of postgraduate (post eligibility for EuroPsy Certificate) practice, of which 500 hours is supervised practice; (b) At least 150 hours of supervision (on average 50 per year).
  - (3) Minimum volume of personal development (personal therapy) is 100 hours.

In the 1980s, psychotherapists were mainly psychologists, social workers and psychiatrists, but only psychiatrists received official recognition to practise psychotherapy, and thus, their sessions were reimbursed by the health care system. When this decision was taken, they were required to have a certificate proving that they were properly trained. It was a contradiction, because most of their teachers in psychotherapy training were not medical doctors but psychologists or social workers. They trained psychiatrists and gave them a certificate that enabled them to be reimbursed for practising psychotherapy, but at the same time, the trainers were not reimbursed. In the 1990s, psychiatrists were not even asked to provide any certificate in order to be reimbursed (*ibid.*, pp. 43-44) and such a situation has persisted to this day, with general practitioners and psychiatrists free to offer psychotherapy without any specialized training (Kohn et al., 2016).

Officially, all professions other than psychiatrists were only allowed to provide Psychotherapy under the supervision of psychiatrists and were not reimbursed. But this rule was far from being respected, as it created a new contradiction: How could a psychiatrist, who had no psychotherapeutic training, supervise psychologists, social workers and others who were properly trained? Despite all this nonsense, non-medical psychotherapists enjoyed a good reputation among the public and were socially quite well established (*ibid.*, 2002).

In addition to psychotherapists, psychologists also disagreed with this subordination to doctors, and wanted to achieve professional autonomy in the health care system. They did not want to be classified as paramedical staff and to be supervised by doctors. They started an initiative to improve the regulation in the field of psychology by defining three professions: clinical psychologist, clinical sexologist and orthopedagogist. The Faculties of Psychology at Belgian universities, the Flemish Organization for Psychoanalytic Therapy and the Higher Council for Health Care (Recommendation No 7855) proposed educational standards for these three professions, requiring first the completion of a five-year university programme to a master's level, followed by an internship in health care settings. For those who wanted to practise psychotherapy, an additional 2 year 'master after master' training at university level was proposed (Avontrodt, 2010).

One of the positive developments before 2014 was that certain Belgian universities (e.g. the Catholic University of Louvain) had been working for many years to create a complete psychotherapy training in collaboration with private institutes and associations in the three main approaches – psychoanalysis, systemic family therapy and cognitive behavioural therapy. Theoretical content was taught at the universities, while supervised practice and personal experience

was provided at the institutes and associations. It was contradictory in that, according to the higher education legislation, only university diplomas were valid, thus giving public validity to theoretical education but not to practical training. Certificates from private institutes and associations did not have public validity (Foisly et al., 2002).

Another contradiction was related to the entry requirements for psychotherapy training. The candidate should already have some practical psychotherapeutic experience in order to be suitable for supervision, but how could they have it if they had not yet been trained in psychotherapy (ibid.).

Due to the lack of a legal definition of psychotherapy, there is still to this day no uniform university training recognized by the Ministry of Education. Therefore, different training paths can be followed to become a psychotherapist. This leads to a great diversity of professionals practising psychotherapy with widely varying levels of knowledge and skills (Brison et al., 2015).

4.

## **Reasons for the Law of 4 April 2014 on the regulation of mental health professions**

During the 2010-2014 parliamentary term, the need to establish a new framework for mental health became apparent. A National Health Survey highlighted the worrying state of the mental health of the Belgian population (Van der Heyden & Charafeddine, 2013). A quarter of all Belgians felt that they were plagued by depressive feelings and negative thoughts, 9% of the citizens went through a depressive period, 8% had somatic complaints, 6% suffered from anxiety symptoms and 21% (one in every five) reported sleep disturbances. Almost 14% of Belgians considered themselves as having serious mental difficulties. Moreover, every year in Belgium, more than 2.000 people committed suicide and more than 20.000 attempted to do so. With a suicide rate of nearly 19 per 100.000 inhabitants in 2013, Belgium, alongside Finland, France and Denmark, was considerably above the global average, estimated at 14.5 per 100.000 inhabitants. Similarly, the volume of psychotropics prescribed in Belgium was a concern for the parliamentarians. In 2012, almost 283 million antidepressants were consumed. Their use saw a 45% increase from 2004 to 2012. During the 2006-2008 period, Belgium consumed, per capita, 15% more sleeping pills and tranquillizers than France, approximately 3 times more than Great Britain, the Netherlands and Germany and 5 times more than Norway. These figures placed Belgium at the top in Europe for this period. Furthermore, the number of children and adolescents who were prescribed amphetamine class drugs for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) increased by 74% between 2004

and 2007. Given these figures, it became clear to the parliamentarians that the promotion of good mental health and the prevention of mental illnesses was one of the key challenges facing the Belgian healthcare system.

Although population-representative studies show that the majority of patients in well-developed countries first consult a healthcare professional in the general health sector for mental health problems (Wang et al., 2007), this seems to be particularly the case in Belgium, where up to 75% of patients seeking help for mental health problems do so first in the medical care sector, mostly consulting their GP (Dezetter et al., 2013ab; Wang et al., 2007). This suggests that GPs are the gatekeepers to mental healthcare, which may be quite appropriate given their role in the healthcare system more generally (Dezetter et al., 2013ab). However, as in other countries, this study also showed that there were high levels of unmet needs for mental health problems in Belgium. In addition, there were problems with the prioritization of care (e.g., overuse of medication and psychotherapy by individuals who do not meet criteria for mental disorders, but under-treatment of individuals with diagnosable mental health problems). Finally, and perhaps most disconcertingly, there was only a very weak relationship between the severity of mental health problems and follow-up, and very few patients who sought treatment actually received minimally adequate treatment (e.g., a minimum dose of pharmacotherapy or psychotherapy); this finding has been replicated in other population-representative studies (Bruffaerts et al., 2007; Demyttenaere et al., 2004; Ten Have et al., 2013; Wang et al., 2007). For major depression, for instance, only 1 in 3 patients received minimally adequate treatment (Thornicroft et al., 2017).

As a consequence, the Legislature examined the mental health care services offered in the country. It became clear that the organization of this sector was unsatisfactory and appeared totally incomprehensible to patients. It was therefore highlighted that while more and more Belgians were explicitly expressing a need for psychological support, those requesting it admitted that they did not know who and where to ask. Patients were unaware of the specific roles of the various professionals (general practitioner, psychiatrist, psychologists, psychotherapist, etc.). There were also many who, although they refused to consult their general practitioner or a psychiatrist (fearing an almost automatic prescription for a drug treatment or in an attempt to protect their privacy because of the taboo or fear of the stigma surrounding psychiatric illness), hesitated to turn to other professionals (psychologists, psychotherapists) for fear of ending up in the hands of a charlatan (Kohn et al., 2016, p. 14).

As the title of 'psychotherapist' was not protected or reserved, the patient had no guarantee as to the quality of the 'therapist' that they consulted.



This exposed them to potential abuses including a significant risk of attempts to be influenced by sectarian movements. Furthermore, the lack of any official recognition for these practitioners as professionals working in the health field has hindered the multidisciplinary biopsychosocial care of patients as recommended by the WHO. Although their position in mental health care was unregulated, psychologists, orthopedagogists and psychotherapists were de facto included in various mental health care services, institutions and programmes (e.g. oncology or psychiatric services). From a strictly legal perspective, these practices constituted an illegal practice of medicine, but on the other side, psychological and psychotherapeutic treatments have been recognized as valuable alternatives to drug treatments (*ibid.*).

## **5. The development and passing of the law on 4 April 2014 on the regulation of mental health professions**

The Minister of Public Health and the Superior Council of Hygiene (Conseil Supérieur d'Hygiène), which coordinated the negotiations, tried to find a consensus between the existing proposals, while respecting the healthcare framework as it was conceived with the Royal Decree no. 78 of 1967. This consensus was reached with a series of amendments by the parliamentary majority and on the 4<sup>th</sup> of April 2014, a new law on the regulation of mental health professions was passed by Parliament (FPS, 2014a). The main innovations introduced by the law were as follows (Kohn et al., 2016, p. 15):

- the integration of clinical psychologists, orthopedagogists and psychotherapists into the framework established by Decree no. 78, which related to health professionals;
- the establishment of an advisory council (called the Federal Council) for each of the three professional groups and a Superior Mental Health Council, in which all three were associated with the aim of facilitating interdisciplinary cooperation between various mental health workers (psychiatrists, clinical psychologists, psychotherapists, general practitioners, social workers, orthopedagogists, etc.);
- the creation of an accreditation framework for the practice of psychotherapy, which was not recognized as a health profession, but as a practice which could be performed by certain practitioners (health professionals or not) under certain conditions, including specific psychotherapy training. In practical terms, psychotherapy was therefore regulated as a practice reserved for professionals trained for this purpose and only they should use this title. This framework aimed to offer better clarity for the patient seeking mental health

care, to give these service providers protection and obligations comparable to other healthcare providers and above all to protect the patient by defining the skills needed for psychotherapy practice.

In the part of the law devoted to psychotherapy, the exercise (practice, performance) of psychotherapy was defined as “the usual provision of autonomous acts that aim at or are proposed to aim at eliminating or relieving the difficulties, conflicts or mental disorders; the exercise of psychotherapeutic interventions based on a psychotherapeutic frame of reference, in respect of that individual or of a group of individuals, considered as a full system, of which that individual is a part”<sup>3</sup> (FPS, 2014a, Art. 35). Four psychotherapeutic frames of reference or orientations were recognized: psychoanalytic and psychodynamic-oriented psychotherapy, behavioural and cognitive-oriented psychotherapy, system- and family-oriented psychotherapy; experiential-, person- and humanistic-oriented psychotherapies.

These orientations could be practised by a broad range of practitioners (health professionals or not) as long as they were specifically trained and accredited. Other orientations or approaches needed to undergo a verification process with the Federal Council for Psychotherapy, which was established as a key decision-making body. During the transitional period (until the new law came into the force), the Council was to advise the Minister on the precise standards of psychotherapy training and practice, on the modalities to be recognized, on continuing professional development and on the grandparenting rules. The Council was composed of representatives from each of the four main psychotherapeutic orientations (see below) and from academia (all of these should be psychotherapists), and two medical doctors (one of them a psychiatrist) (FPS, 2014b).

The minimum training requirements for the qualification of psychotherapist established by law were:

- Bachelor degree in health sciences, psychology, education or social sciences of at least 180 credits (ECTS);
- basic knowledge of psychology acquired at University or High School, including general psychology, psychiatry and psychopathology, psychopharmacology, psychodiagnostics, an introduction to the main psychotherapeutic approaches, an introduction to the mental health care system;

---

3 A slightly different English translation of the definition of the practice or performance of psychotherapy in Article 35 is given in Kohn et al. 2019, p. 17: “The practice of psychotherapy was defined ‘as the usual performance of independent acts seeking to or presented as seeking to eliminate or ease the psychological difficulties, conflicts or disorders of an individual, the performance of psychotherapeutic interventions based on a psychotherapeutic reference framework, considered as a system in its own right, for this individual or a group of individuals, including this individual’.

- after having fulfilled the requirements set out in points 1 and 2, the candidate should have completed training in the chosen psychotherapeutic approach of at least 70 credits (ECTS) over a period of 4 years in an accredited training institute (university or private); the programme should include at least 500 hours of theory and at least 1.600 hours of supervised psychotherapy clinical practice.

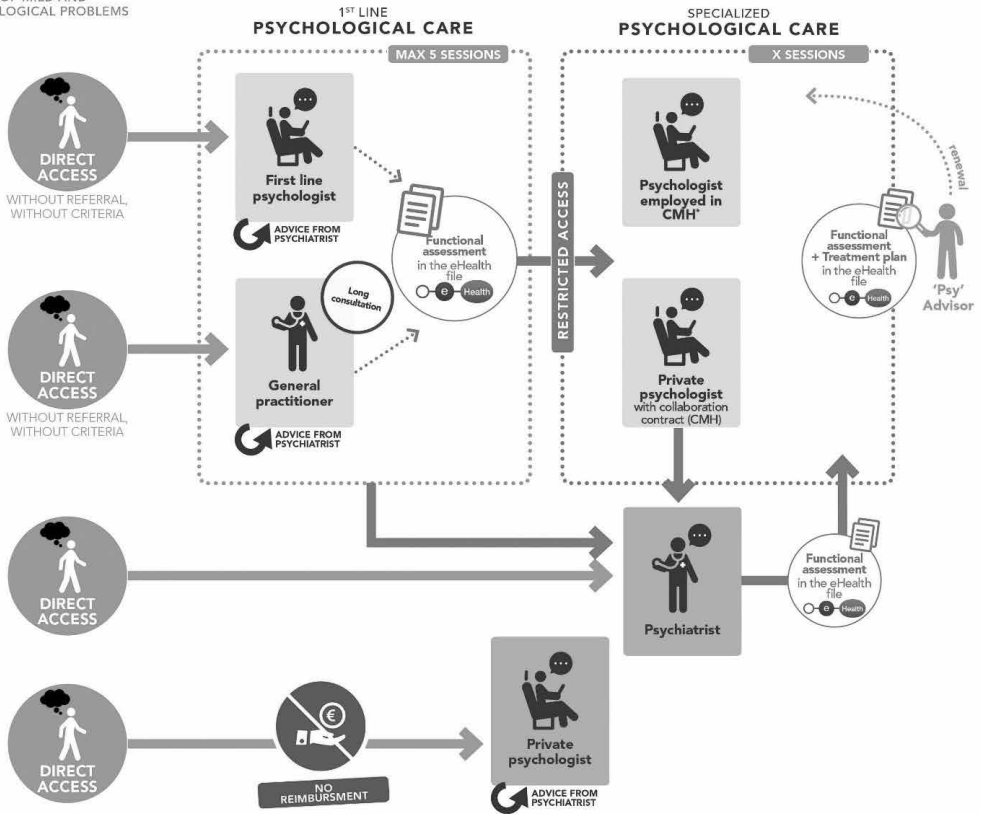
The conditions for personal experience were not specified in the law, but were left to each psychotherapy modality to formulate them and then to be approved by the Federal Council for Psychotherapy. The law also stressed the importance of adherence to a code of ethics and of cooperation with other professions in the health sector.

## 6. **A model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care**

In parallel with the adoption of the April 2014 law the federal government announced its intention to finance and reimburse psychotherapy in specific contexts and with certain limitations: it should be accompanied by a reduction in the use of psychotropic drugs and by a financially supported collaboration between different actors in the field. For the concretization of these plans the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) made a study based on an international comparison of mental health care systems in Belgium, the United Kingdom, The Netherlands, Switzerland, Germany and Denmark, and proposed a model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium (Kohn et al., 2016). As the proposed regulation of psychotherapy had not yet been finally approved, psychotherapy care was not specifically included in their model, but it was planned to after the new regulation of psychotherapy came into force (figure 1).

Figure 1  
Organizational model for the management of mild and moderate psychological problems (Kohn et al., 2016, p. 97)

ORGANIZATIONAL MODEL FOR THE MANAGEMENT OF MILD AND MODERATE PSYCHOLOGICAL PROBLEMS



\*CMH: Centre for Mental Health

[www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)

The KCE study sought to find a solution to two problematic aspects in Belgian mental health care. First, there was the high unmet need, expressed as a low proportion of persons with mental health problems entering treatment in the short term; or expressed as the long delay before someone entered care (roughly 10-15 years). Secondly, there was the problem of overmet need, expressed as a high degree of highly specialized care, even for patients with mild mental health problems. Among other things, the consequence was a high use of psychopharmaceuticals in the Belgian general population, or a rapid flow to psychiatric hospitalization.

The proposed organizational model for the management of mild and moderate psychological problems consisted of two components (levels of access):

1. A first line of 'generalist' psychological care, accessible to all, without prescription, regardless of diagnosis, beneficiary or gravity.
2. A second line of more specialized care, reserved for those for whom this first line approach would not be sufficient. This level would be accessible only on referral.

The model was built on the principles of stepped care, a model in which care seekers initially get the least intensive treatment, corresponding to the nature and severity of their complaint. In case this approach should be insufficient, the patient is allowed to move (prescribed) to a next level of specialization ('stepping up') The system of private practice of psychological care, with direct access to primary as well as specialized psychological care, could remain as it was at that time and act as an alternative pathway to psychological care, but in the model it was not eligible for reimbursement by authorities.

The first line of psychological care should provide tailored care, depending on the gravity of the complaints and with the option of referral to a next level depending on specific criteria. The following activities should be adhered to:

- welcome and listening to all the complaints;
- establishing of a functional assessment, or if relevant, a diagnosis;
- counselling;
- support and empowerment in case of self-solvable problems;
- individual and group psycho-education (sleep problems, stress management etc.);
- brief intervention for moderate issues (uncomplicated psychotrauma, mourning etc.);
- early detection and redirection of (potentially) severe problems to a psychiatrist or to the next levels of specialized psychological care (matched care);
- reference to more specialized psychological care if necessary.

The types of intervention in the first line psychological care should not be necessarily limited to face to face consultations, but could include: group sessions, online programmes, consultations by telephone or other remote interfaces, observations in school (for orthopedagogists), home visits (for the elderly and disabled). The first line practitioners should be a clinical psychologist, clinical orthopedagogist or general practitioner.

The model foresaw that access to specialized ambulatory psychological care should be reserved for people with specific therapeutic needs that exceed the possibilities of first line care. Eligibility should be based on a functional assessment, not necessarily on a diagnostic. This assessment should be

complemented by (at least) the first line psychologist and the GP and should be documented in the electronic medical record. Urgent access to psychiatric care should not be conditioned to such assessment. Criteria for eligibility for access to specialized care have to be defined. In case of eligibility a limited number of sessions should be reimbursed. A psychiatrist should also have the opportunity to refer a patient to specialized psychological care (for the same limited number of sessions). In this case they should provide the functional assessment and have to document it in the electronic medical record.

This model has not yet been fully implemented, but the structure and organization of ambulatory mental health care in Belgium since 2011 is developing in the direction of improved access to psychological and psychotherapeutic support (Jansen et al., 2023). It is well documented that the general practitioner (GP) plays an important role as they are often the first contact person in case of health problems and follow up. While only 5.4% of complaints in general medicine are directly linked to psychiatric difficulties, a Belgian study showed that almost half of all patients, who sought help from a GP (984 of 2.316 patients), also suffered from a proven mental disorder (major depressive disorder and dysthymia, anxiety disorders, alcohol abuse/dependence, etc.) (Ansseau et al., 2004). The coexistence of somatic and psychological disorders therefore requires comprehensive patient management. Unfortunately, there is no information on the proportion of GPs' consultations dedicated to mental healthcare, nor on the type of interventions that they carry out with their patients with mental health problems (Mistiaen et al., 2019, pp. 102, 153). A number of problems have been observed (Kohn et al., 2016, p. 27):

- GPs often exclusively prescribe drug treatment. They rarely refer patients to psychologists, psychotherapists or psychiatrists;
- the collaboration between GPs and 'psy'-professions is considered difficult. It is often unclear to GPs what support they can get from a psychiatrist. When for instance, a patient is hospitalized in a psychiatric unit, there is a relatively limited information exchange between the hospital and the GP;
- the education of GPs is insufficient to provide mental health care;
- there is no possibility to bill a longer consultation, to evaluate or diagnose the mental status, nor for multidisciplinary contacts with a psy- professional.

Because in the Belgian mental health care system there is still a lot to be done to improve the effectiveness, accessibility and quality of the gatekeeping system, this remains one of the main objectives of the health system reforms (Van Broeck et al., 2013; Mistiaen et al., 2019; Gerken & Merkur, 2020). As many European countries have similar problems, the proposed new model of Kohn and co-workers would not only be applicable to Belgium, but to many other European countries.

7.

## The new Law on the Practice of Healthcare Professions in 2015

The 2014 law was due to come into force by September 2016 at the latest, but there was an unexpected turn of events during the transition period. In May 2015, a new law on mental health provision, officially called The Law on the Practice of Healthcare Professions (LHCP 2015) (also known as the 'De Block Law'<sup>4</sup>) (FPS, 2015), was passed to come into force on the 1st of September 2016. According to this law only clinical psychologists, clinical orthopedagogists and physicians (especially general practitioners and psychiatrists) could study and practise psychotherapy. This meant that existing and practising psychotherapists would lose their autonomy in providing psychotherapeutic services and would be obliged to be supervised by clinical psychologists, clinical orthopedagogists or physicians.

Psychotherapists were of course very dissatisfied with the new law, but the Minister ignored all their objections. Then on 28<sup>th</sup> of June 2016 more than 250 professional training and care institutions as well as university teachers wrote an open letter to Prime Minister Charles Michel to suspend the De Block law on psychotherapy (FEDA, 2016). They expressed their astonishment that the Minister considered psychotherapy as a medical practice and thus suppressed the profession of psychotherapist. The main points of criticism in the open letter were:

- the inadequacy of the Minister's reductionistic view of mental health, which was based on Evidence Based Medicine (EBM) when the Superior Council of Hygiene, which argued for the 2014 Law, indicated the need to take into account, in addition to evidence based data, other criteria generally accepted in the psychotherapy field, which are 'practice based' or even 'value based' relating to the personal values of the patient/client;
- the inadequacy of the elimination of psychotherapeutic modalities (psychoanalytic and psychodynamic, CBT, systemic and humanistic), which were acknowledged in the 2014 Law, because preserving this diversity enabled more flexible and personalized treatment of each patient;
- the inadequacy of the elimination of the necessary diversity of psychotherapy training in different modalities and its minimal duration of at least four years, because this would "lead to grotesque situations where experienced psychotherapists would have to be under the supervision of someone with only a medical degree";

4 The name 'De Block Law' is linked to the name of the Minister of Social Affairs and Public Health, Maggie De Block, under whose mandate the law was passed.

- the failure to take into account consultation in a field that requires multi-disciplinarity. The de Block law was drafted in a secret manner, with only a few professionals involved, while others each time found the doors closed against them. For example, no response was given to the 70 representatives of institutions who, in February 2016, sent the Minister the Memorandum for a rigorous and patient-friendly psychotherapy. Conversely, the 2014 law was drafted in an effort to build consensus at all levels: scientifically, the law was based on the opinion of the Superior Council of Hygiene and followed extensive consultation with professionals of mental health. This legislation was also the subject of a political consensus both at the level of the Government (Laurette Onkelinx, Minister of Health) and of Parliament (except for the nationalist and conservative party The New Flemish Alliance (NVA) and the far-right party Flemish Interest (VB), all the parties were signatories). Debates, explaining delicate points, even took place in the Senate;
- the violation of procedural rules, as it was almost inconceivable that the new government had not remained committed to the implementation of the 2014 law and that the new Minister was able to secretly prepare and impose a new law.

Unfortunately, the efforts of psychotherapists were not successful, and de Block law came into force on the 1st of September 2016 (Sasse & Vrancken, 2017; Mistiaen et al., 2019; Luyten & Jeannin, 2021). It is still valid today and regulates the practice of clinical psychology (article 68/1), clinical orthopedagogy (article 68/2), and psychotherapeutic care (article 68/2/1). Psychotherapy or 'psychotherapeutic care' was defined as »a form of mental health care treatment that uses, in a logical and systematic way, a coherent set of psychological interventions, which are anchored in a psychological and scientific frame of reference, and which require an interdisciplinary collaboration« (Mistiaen et al., 2019, p. 90).

Psychotherapy or psychotherapeutic care on an autonomous basis can only be practised by so called 'LHCP professions': clinical psychologists, clinical orthopedagogists or clinical educationalists (special pedagogues)<sup>5</sup> and physicians. The 'non-LHCP professions' (or LHCP professions that benefit from acquired rights) can only practise psychotherapy under the supervision of a physician, clinical psychologists or a clinical educationalist and work in an interdisciplinary context (figure 2). The worst-case scenario for psychotherapists has come true: existing and practising psychotherapists have lost their autonomy in providing

5 The LHCP requirement for being registered as a clinical psychologist is a university degree in clinical psychology, comprising full-time education for at least five years or 300 ECTS, and for being registered as a clinical orthopedagogist (educationalist) is a university degree in the field of special needs education, comprising full-time education for at least five years or 300 ECTS. Clinical orthopedagogists who can demonstrate sufficient knowledge of clinical psychology, can also practice as a clinical psychologist.



psychotherapeutic services and are now obliged to be supervised by clinical psychologists, clinical orthopedagogists or physicians.

Psychotherapists had no choice but to try to repair the damage caused by the law through legal action. In September 2017, the Belgian Association for Psychotherapy started the procedure in the Constitutional Court. In December, 2017, the Court decided to delay the application of the law for existing and practising psychotherapists, and in February 2018, deleted the controversial Articles 11 and 12, and decided that:

- existing and working psychotherapists, regardless of their primary profession or even without a Bachelor degree, could continue to work autonomously;
- students who completed the first year of their first degree in June 2017 retain the right to enter psychotherapy training after completing their first degree; but only at universities, and no longer at private institutions; they would not be able to practise their profession autonomously, but only under the supervision of doctors or psychologists; and they would only be able to see patients referred to them by general practitioners or psychologists;
- students who started their first cycle studies in September 2017 were not allowed to continue their training in psychotherapy.

Psychotherapists have only succeeded in partially mitigating the damage that the new version of the previously well-intentioned law has already caused and has continued to cause. However, Belgian psychotherapists are continuing their efforts for the recognition of psychotherapy as an independent profession.

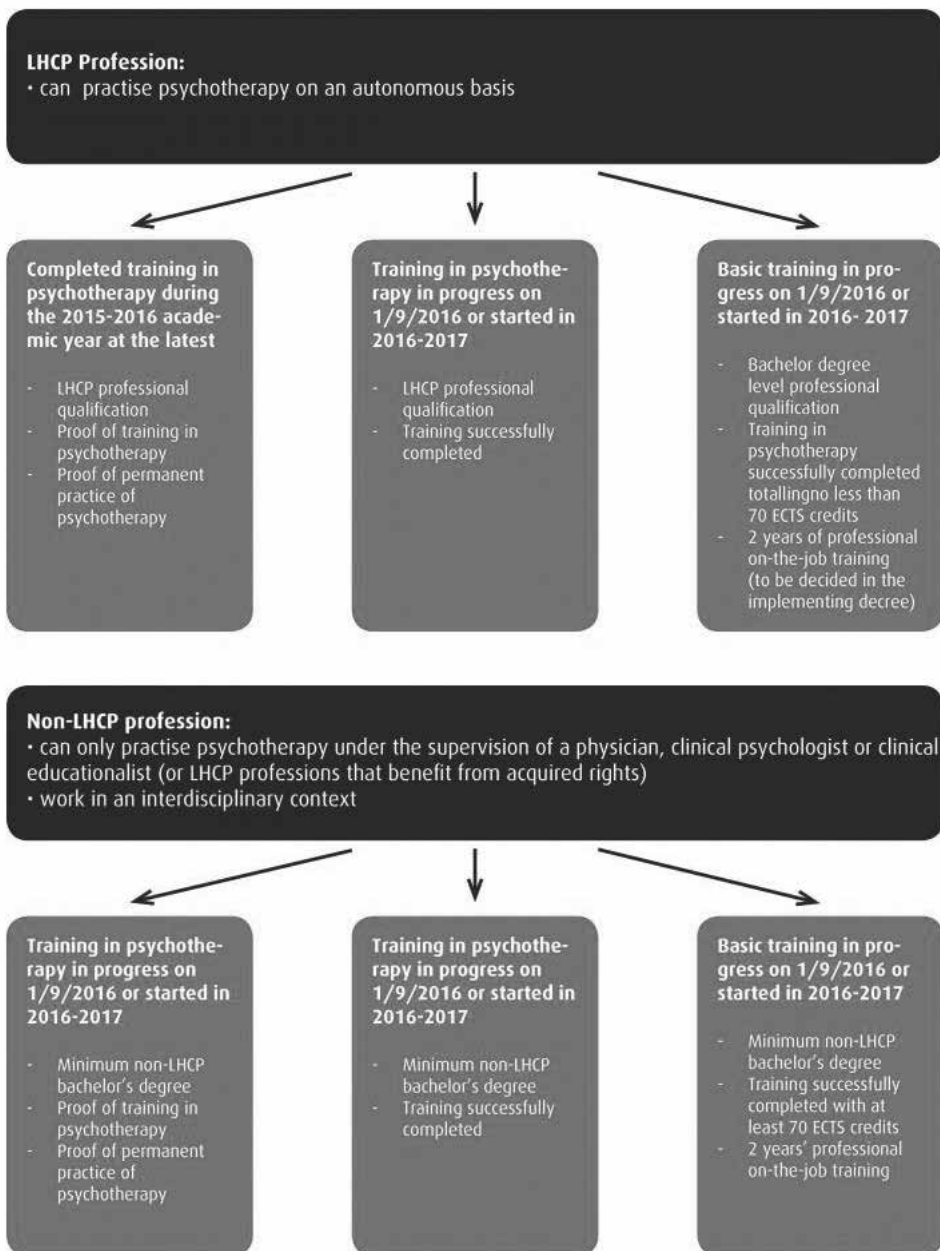
Today there are two groups of professionals who can practice psychotherapy (FPS, 2023a):

1. Those who started their studies in the 2017-2018 academic year onwards should meet the following requirements:
  - hold registration as a physician, clinical psychologist or clinical educationalist;
  - have followed additional training in psychotherapy of at least 70 ECTS at a university or college of higher education;
  - have followed professional on-the-job training for at least two years full time in the field of psychotherapy (or equivalent in the event of practising part-time).
2. Those who are already practising as psychotherapists or who started their studies by the 2016-2017 academic year at the latest have acquired rights.

These acquired rights apply to both those who hold a health care professional qualification (LHCP qualification) and to those who do not hold a health care professional qualification (no LHCP qualification). There is a difference concerning practice, depending on whether or not the psychotherapy practitioner has this qualification (figure 2).

Figure 2

Outline of acquired rights according to The Law on the Practice of Healthcare Professions (LHCP, 2015) for LCHP professions and non-LHCP professions (FPS, 2023a).



There are three categories of acquired rights (FPS, 2023a):

1. Those who completed their studies at the latest during the 2015-2016 academic year. can (continue to) practise psychotherapy if they:
  - have a LHCP qualification or a non-LHCP qualification of at least bachelor's degree level;
  - have successfully completed specific training in psychotherapy.
  - can provide proof, by the 1<sup>th</sup> September of 2018 at the latest, that they have practised psychotherapy.
2. Those who started specific training in psychotherapy during the 2016-2017 academic year at the latest can (continue to) practise psychotherapy if they have:
  - a LHCP qualification or a non-LHCP qualification of at least bachelor's degree level;
  - they have successfully completed specific training in psychotherapy.
3. Those who start training at bachelor degree level at the latest during the 2016-2017 academic year can practise psychotherapy if they have:
  - a LHCP qualification or a non-LHCP qualification of at least bachelor's degree level;
  - successfully completed specific training in psychotherapy;
  - completed at least two years' professional on-the-job training in the field of psychotherapy.

8.

## **Clinical psychologists as a healthcare profession within the frame of the new law**

In 2017, an Interuniversity Consortium was formed in response to the new law (LHCP 2015), which consists of representatives of Belgian universities that offer MSc programmes in Clinical Psychology, Educational Sciences, and School and Educational Psychology. The Consortium has joined forces with the Belgian Commission of Psychologists to carry out a national survey study among psychologists and educationalists in Belgium (Luyten & Jeannin, 2021). In 2018, the number of Belgian psychologists with MSc in psychology ranged between 38.481 and 40.167, or 152 per 100.000 inhabitants (*ibid.*, p. 208). In the study 4.304 clinical psychologists with an MSc in psychology or a joint degree in psychology and educational sciences participated, because the focus of the study was mental health provision as offered by psychologists.

The results of the study showed that the majority of psychologists continue their education in the broad domain of psychology, which is often related to the LHCP. There is a high degree of diversity in further training, in terms of

duration and in orientation, so that training and work setting do not always meet the requirements demanded by the LHCP. Psychologists also participate in multiple forms of continuous professional development (CPD), although a subgroup of them does not participate in intervision nor in supervision. Psychologists most often work in the mental healthcare sector and in sectors where mental healthcare is offered (such as social welfare, healthcare and education). Self-employment is very common, especially as a secondary occupation. There is currently no one-on-one relationship between working in the field of psychology and using the job title of 'psychologist', nor between obtaining an MSc in clinical psychology and working in the clinical field. Client care is the most important task in the field of work of clinical psychology, and this is even more pronounced in self-employment (*ibid.*, p. 222-223).

According to the LHCP, "under the exercise of clinical psychology is understood, the common use of independent acts which have for purpose or are proposed to have for purpose, with a human and within the scientific based framework of clinical psychology, the prevention, the evaluation, the screening or the composition of a psycho diagnosis of real or supposed psychic or psychosomatic suffering and the treatment or counselling of that person" (BFP, 2018). In the study sample, 78.4% of psychologists working in the clinical field obtained an MSc in clinical psychology, and 37.3% completed a postgraduate psychotherapy training.

Clinical psychologists are typically young (61.4% are younger than 40) and mostly female (83.7% in the study). More than half (52.1%) reported to be working in self-employment (either full-time or part-time), indicating the importance of self-employed psychologists in the availability of mental healthcare in Belgium (Luyten & Jeannin, 2021, p. 211). With regard to the tasks relevant to the practice of clinical psychology as defined in the LHCP, prevention, diagnostic assessment, and treatment were part of the tasks of about four out of five psychologists who contributed to people's wellbeing or development and/or provided client care, and more than nine out of 10 reported to engage in counselling.

The characteristics of psychologists who provide psychotherapeutic care in the sample ( $n = 2.216$ ) were:

- 90.2% have obtained an MSc in clinical psychology;
- 57.6% have completed a psychotherapy training;
- 28.9% of self-employed psychologists work in a multidisciplinary group practice, and 46.8% work alone in private practice;
- 90.2% participate in interdisciplinary consultation (at least quarterly);
- 88.2 participate in intervision or supervision (at least once in the past year);
- 52.6% reported having had personal therapy;

- 75.5% hold membership of a general professional association or a psychotherapy organization.

The LHCP attaches importance to CPD and multidisciplinary collaboration. Psychologists who provide psychotherapeutic care reported the following characteristics (*ibid.*, p. 217):

- 28.9% of self-employed psychologists worked in a multidisciplinary setting;
- 90.2% of psychologists participated in interdisciplinary consultation at least quarterly, with a median frequency of weekly consultations in salaried jobs and a median frequency of monthly consultations in self-employed jobs;
- 88.2% had participated in intervision or supervision since graduation;
- 75.5% have a membership of a general professional association or a psychotherapy organization.

Concerning intervision and supervision, 65.2% participated in intervision and 49.1% invested to some extent in receiving supervision. However, 23.9% had never received intervision or supervision since they graduated, and in the past year 36.7% of participants working in the clinical field had not participated in intervision and 55.3% not in supervision.

Self-employed psychologists tended to identify more strongly with the clinical field of work and to be more involved in tasks described by the LHCP, such as offering client care, a job focus on psychological wellbeing, the provision of prevention, diagnostic assessment, counselling, treatment, and psychotherapeutic care, working with patients with DSM-defined problems, and involvement in training related to the LHCP. They more often identified as a 'psychologist', based on their use of this job title, than psychologists in salaried employment. Concerns about the LHCP were also higher among self-employed psychologists. Self-employed psychologists were more engaged in CPD, including intervision and supervision, and they were more likely to hold membership of a professional or psychotherapy association. These forms of peer contact were important sources of support for self-employed psychologists. On the other hand, interdisciplinary consultation was less frequent in self-employed psychologists.

9.

## **New developments in the field of primary psychological care**

In terms of financing, in Belgium reimbursement is more limited in the mental health sector than in other health care sectors. There is an insufficient access to ambulatory mental health care and affordable psychotherapy, which leads to (inappropriate) referrals to other care providers/organizations (Mistiaen et al., 2019).

Two issues are central to the psychological well-being of the general population in Belgium. First, mental disorders are common: nearly 28% of the population has had at least one mental disorder at some point in their lives and 13% have had one in the past 12 months (Bonnewyn et al., 2008). Secondly, people with mental disorders often appear to seek professional help for them late: only 43% sought professional help within 12 months (Bruffaerts et al., 2007). In the long run, the majority of people with mental disorders do eventually enter treatment. Thus, the treatment gap is more a matter of delaying care. On average, it takes 10-15 years to effectively seek professional help for mental disorders.

There have been two major shifts in the Belgian care landscape regarding mental disorders over the past two decades (Jansen et al., 2022). First, the proportion of individuals seeking effective help increased by about 1% per year, and that specifically in low-threshold and primary care settings. Secondly, the place and role of the clinical psychologist has been strengthened: with the development of a legal framework for clinical psychology, this proportion has more than doubled compared to the early 20<sup>th</sup> century.

There have also been changes in mental health policy in recent years: since 2011, care is now organized in networks in which multidisciplinary and integrated care should be tailored to the patient ([www.psy107.be](http://www.psy107.be)). Since January 1, 2019, to improve the accessibility of ambulatory psychological care, the National Institute for Sickness and Disability Insurance (NIHDI) ([www.inami.fgov.be](http://www.inami.fgov.be)) has provided reimbursement for clinical psychologists and orthopedagogues, who have joined the Primary Psychological Care Convention of NIHDI<sup>6</sup>. After being included into a network of the NIHDI, they have been paid for up to 8 sessions per patient per calendar year: (1) for adults aged between 18 and 64 years; (2) for those who suffer from common mental health disorders (depression, anxiety and alcohol abuse), and (3) for those who are referred by a GP or psychiatrist (Gerkens & Merkur, 2020, p. 164; Jansen et al., 2022).

Although the Convention prescribed that the target group consists of persons with moderately severe psychological problems who do not (yet) meet the diagnosis of mental disorder and have not yet been treated or have already been treated to a very limited extent, the question is which patients are actually treated in the primary psychological care system. It is against this background that the Evaluation of Primary Care Psychology (EPCAP) study was established, which provides an evaluation of the reimbursement measure ([www.kuleuven](http://www.kuleuven).

---

6 Furthermore, conventioned clinical psychologists and orthopedagogues have to attend peer review and training sessions within their own mental health network. However, there are no requirements on attending training and courses to maintain accreditation, and therefore we are not talking about accredited clinical psychologists/orthopedagogues.

be/epcap). For the study of Jansen et al. (2022) the following research questions were investigated: What patient population is reached? What care pathways have primary psychological care users previously completed? How long does the average primary psychological user delay seeking professional help? What are the reasons for this delay?

A total of 447 patients completed the questionnaire online between November 2020 and August 2021, and since the EPCAP study is a longitudinal study, the patients were also contacted again after 3, 6, 12 and 18 months to complete the online questionnaire again. The clinical profile of patients (mean age 40.7; 69,7% women) were:

- nearly 90% of patients had a DSM-5 mental disorder sometime in their lives and in the past year with often severe limitations in daily functioning. Most often there were mood disorders (63.3% ever; 59.4% in the past year), anxiety disorders (61.4% ever; 57.3% in the past year), substance dependency (17.6% ever; 9.6% in the past year), eating disorders (30% ever; 21.9% in the past year), suicidal thoughts (33% in the past year) and attempted suicide (1,2% in the past year), PTSD (75,5% that lasted one month or longer during their lifetime; 68,8% in the past year), and there was a great deal of psychiatric comorbidity;
- half of the patients had been in treatment before; psychological primary care was the first treatment for 49.1 % of patients;
- patients reported a median delay time of 6 years between the onset of mental health problems and when they sought professional help. 45% of patients first wanted to solve the problem themselves and 33.4% thought that the symptoms would go away on their own. In addition, cost (33.7%) and not knowing where to go for professional help (17%) played a role in patients' procrastination. Finally, a significant proportion of patients had less than good past experiences with professional help (19.6%) and 13.3% of patients were concerned about what others would think if they received professional help.

Of the patients who were already receiving treatment for a mental health problem prior to the current primary care treatment (50.9%), the majority of them had received it more than 12 months ago (41.9%). It was mostly in an outpatient setting (41.4%), but 6.1% of patients also reported a past hospital admission. More than a quarter of all patients had previously been treated by a clinical psychologist/orthopedagogue, 24% had already been in treatment with a general practitioner and 11.3% with a psychiatrist. In the year prior to current primary care treatment, 9% were receiving treatment for a psychological problem. Over 42% had ever been prescribed medication as part of the treatment of a psychological problem, and for 41% this was the case in the past year.

According to the patients, the main reasons for referral to current primary care were learning to cope with emotional problems (62.4%), stress (59.8%), recent stressful events (46.8%) and acceptance of the past (42.1%). They also hoped to get help in making important decisions (23.4%), wanted control over behavioural problems (17.1%) or sought help in dealing with physical symptoms (12.9%).

In 2022, a new reform in the approach, organization and financing of Belgian mental health primary care was set in motion in line with the KCE model presented earlier (Kohn et al., 2016). The new organizational structure took shape on the basis of a new Primary Psychological Care Convention, developed in close consultation with all stakeholders in the mental health care system. At the end of July 2021, this new convention was ratified by the members of the Insurance Committee of the NIHDI, and since September 1, 2021, 32 different mental health networks (11 for youth, 20 for adult and 1 mixed) have signed the new convention. Since January 1, 2022, this new convention came into force in practice (FPS, 2023b).

Under the new Convention, financial investments in mental health care have risen sharply. Before the new Convention, a budget of 42.8 million euros was available for psychological care in primary care, which was used very little. Since January 1, 2022 the budget has been increased by 122.2 million euros, making an investment of in total 165 million euros per year, or four times the initial budget. A third of this goes specifically to children, youth and adolescents.

In the frame of the new Convention (Testaankoop gezond, 2023), anyone can receive care in individual or group sessions, in the consulting room of the clinical psychologist/orthopedagogist, in 'outreach' (at homes, at school, at the work place etc.) or online. Reimbursement is available to anyone, who experiences a psychological vulnerability in their life. This renewed offer is mainly aimed at people with a vulnerability in terms of psychological well-being, or with more serious psychological problems. To better meet individual needs, the networks are divided according to two types of care, but also according to two age categories: networks 'children and adolescents' (up to 23 years) and networks 'adults' (from 15 years). These age categories overlap to ensure a more appropriate offer for young people aged 15 to 23, who can choose their network according to the nature of their needs.

Payment for the sessions goes directly through the third-party payer Convention scheme. Users do not have to do anything themselves for this allowance. They only pay the personal share: for individual sessions 11 euros per session and if they are entitled to an increased allowance, they only pay 4 euros; for group



sessions, they pay 2.5 euros per session. For primary psychological care, the first individual session is free. The number of reimbursed sessions per 12-month period depends on the user's age, the type of received care, and the type of sessions attended (tables 1 and 2).

Table 1

The reimbursement schema in a network 'children and adolescents'  
(up to 23 years) (Testaankoop gezond, 2023).

<b>Primary care</b>	<b>Maximum 10 individual sessions, or</b>	<b>Maximum 8 group sessions, or</b>
<b>Primary care</b>	Maximum 18 individual and group sessions of which maximum 10 individual sessions, or	
<b>Primary + Specialized care</b>	Maximum 10 First-line individual sessions + Maximum 15 Specialized group sessions	
<b>Specialized care</b>	On average 10 individual sessions (maximum 20), or	Maximum 15 group sessions, or
<b>Specialized care</b>	On average 10 individual sessions (maximum 20) + maximum 15 group sessions, or	
<b>Specialized + First-line care</b>	On average 10 specialized individual sessions (maximum 20) + maximum 8 primary care group sessions	

Table 2

The reimbursement schema in an 'adult' network (from 5 years) (Testaankoop gezond, 2023).

<b>Primary care</b>	<b>Maximum 8 individual sessions, or</b>	<b>Maximum 5 group sessions, or</b>
<b>Primary care</b>	Maximum 13 individual and group sessions of which a maximum of 8 individual sessions, or	
<b>Primary + Specialized care</b>	Maximum 8 primary care individual sessions + Maximum 12 specialized group sessions	
<b>Specialized care</b>	On average 8 individual sessions (maximum 20), or	Maximum 12 group sessions, or
<b>Specialized care</b>	On average 8 individual sessions (maximum 20) + maximum 12 group sessions, or	
<b>Specialized + First-line care</b>	On average 8 specialized individual sessions (maximum 20) + maximum 5 primary care group sessions	

To follow the schema of the reimbursed psychological sessions no prescription is needed, a user must simply go to a clinical psychologist or orthopedagogue in a mental health network that has signed the new convention (2021) with the NIHDI. Primary psychological care is immediately accessible. Specialized psychological care is accessible after a functional balance sheet has been drawn up after an initial session. This functional assessment is drawn up by the network's contracted psychologist or orthopedagogue. They can contact the user's general practitioner for this, with the user's permission.

At the end of June 2023, the first evaluation study on the effects of the Convention was carried out (Jansen et al., 2023). Within one year about 147.000 patients have been treated under the Convention, which has generated about 850.000 sessions (equivalent to 6 sessions per care pathway). From this group, a sample of 2.750 patients was selected (with data collection between November 2020 and March 2023) and patients were included in a questionnaire survey that probed for clinical profiles (i.e., sociodemographic characteristics, diagnosis of mental disorders, quality-of-life, absenteeism and resilience) and past care use (Jansen et al., 2022). Patients were followed up at 3, 6 and 12 months after index treatment. The mean age of patients was 39; sample data were statistically weighted to be representative of the population of treated patients (N = 147.000) using population parameters obtained by the NIHDI.

The results of the first year and a half of the Convention primary care are positive and show that there has been a progressively increasing influx of patients who have never been in treatment before. Patients delayed seeking care for less time: persons with psychological problems/mental disorders thus entered care remarkably faster. The patient's admission to care was thus smoother and faster. The data also shows clinical effectiveness: after an average period of 4 years of mental problems or mental disorders, after an average of 6 sessions, mental symptoms decreased and there was an increased daily quality of life and resilience of treated patients for at least 6 months after treatment initiation.

At the patient and community level, the following findings were presented:

- 34% of the patients treated within the Convention were patients without mental disorders or with mental disorders that arose less than a year ago;
- for 44% of the patients, the treatment was the first ever and the delay time between onset of mental problems and the time to effectively seek help was 4 years;
- 28% of the treated patients were in a precarious vulnerable socio-economic or socio-demographic position;
- about a quarter of patients required further outpatient or residential care after conventional treatment;

- 10% of all sessions took place in a group and 1 in 6 sessions at a resource site;
- site-based work increased access to care, especially for reaching vulnerable populations (especially those in more precarious situations);
- 6 months after starting treatment with an average of 6 sessions, there was a 41% decrease in absenteeism from work (from 5 to 2 days per month) and improvement in general daily functioning.

At the clinical psychologist/orthopedagogue level, the findings were as following:

- the clinical practice of conventional primary care psychology was conducted by clinical psychologists/orthopedagogues who had an average of 10 years of experience;
- collaboration with primary care actors was important and considered very valuable and
- should be further encouraged;
- clinical psychologists/orthopedagogues were open to but were often not yet sufficiently familiar with group interventions, working at referral sites or working in primary care in general and have a related need for training, education, intervision/supervision;
- in the year 2023, Conventional psychologists/orthopedagogues were open to making the shift to working in primary care and at referral sites, provided a number of conditions are met. The mindset seems to be changing to a more socially anchored treatment in which the needs of patients and thus the needs of society are central.

Based on the results of the evaluation study, for further development of primary psychological care recommendations were made for three levels: the care delivery level, the network level and the macro level. Their implementation will depend critically on whether the Convention is extended, as it is currently valid only until the end of 2023. As the positive effects of the Convention have been empirically confirmed after the first year and a half, there is hope for its extension, at least in 2024 and 2025.

The recommendations, based on the study (Jansen et al., 2023) for the future development of primary care psychological care at the care delivery level include:

- the improvement of the *distinction between primary and specialized psychological care*. At the conceptual level, two forms of intervention have emerged, both from the research findings and from the clinical practices conducted. These have less to do with the severity of symptoms or disorders than with the type of intervention indicated for the patient. The primary care is based on early intervention that is preventive in nature and refers to a short-term generalist care approach. It involves a limited series of sessions focused on mobilizing the patient's resources and preventing symptoms from worsening.

The specialized care leans closer to the clinical profile and needs of patients with pre-existing psychiatric histories, with more clinical goals beyond resource mobilization. The practitioner then uses the dedicated number of sessions for medium-term follow-up, spreading the sessions over a longer period of time so that medium-term follow-up is possible;

- the necessity of working with *clinical instruments and questionnaires*. These do not aim to be a triage for a possible inclusion/exclusion of the patient, but help the professional with an adequate indication of the reported patient (such as primary or secondary psychological care, psychotherapy and, subsequently, individual/group intervention). This recommendation includes three central elements. First, the purpose of clinical tools will be to describe the patient's goals, as well as psychiatric elements (such as mental disorders), resilience and quality-of-life (McDaniel et al., 2014). In this way, such a tool can also be used as an attrition tool, providing insight into the evolution of the patient in question. Secondly, this clinical tool will provide a personalized indication, with predictive validity regarding the care needed for this or that patient. The above, thirdly, creates a framework for data collection and monitoring of patients treated within the Convention, both at the network and policy level. Such a monitoring system provides an answer to the necessity of capturing broad patient-centred and -reported data from treatments at the population and network levels and thus concretely working towards a value-based health policy (Porter & Guth, 2012; Porter & Teisberg 2006; Summergrad & Kathol, 2014);
- the stimulation of *online interventions and self-help*. This relates to the broad social pre-treatment pathway within a primary care psychiatric pathway in terms of developing a continuum of interventions. Against the background of a societal pathway to care (i.e., the provision of specific community-based interventions that enable individuals with mild and/or incipient mental health problems to receive timely, low-threshold, and brief treatment through referral sites) and the known barriers with respect to seeking professional help for mental health problems, the further stimulation of online interventions and self-help is essential. There is sufficient scientific evidence to argue that self-help and online interventions are 'precursors' to treatment (Andrews et al., 2018; Moshe et al., 2021; Palacios et al., 2022; Richards et al., 2020; Timulak et al., 2022; Wright et al., 2019). A portfolio for the individual psychologist with existing evidence-based online interventions and self-help initiatives for specific or broad problem areas could be developed here;
- the improvement of *site-based and outreach interventions*, which are not fully utilized yet. Such interventions enable the uptake of vulnerable patients

(e.g., 25% of vulnerable patients are treated at a resource site compared to 17% overall). Group interventions as opportunities to organize low-threshold psychological care (Kaldo et al., 2020; Sundquist et al., 2020; Dolan et al., 2021; Rogiers et al., 2022) could also be developed to a greater extent.

The recommendations for the future development of primary psychological care at the network level include:

- the organization of *training and education* on evidence-based treatments and clinical instruments for primary and secondary psychological care, and on evidence-based treatment models for group interventions, site-based, outreach, and multidisciplinary work;
- the stimulation of the *cooperation with the networks* in order to be able to undertake more outreach work (e.g. the provision of an absenteeism compensation in case of a no-show), to have a better knowledge about referral possibilities within one's own network, about the possibilities for exchange of good practices and about the possibilities for optimal communication between the stakeholders.

The recommendations for the future development of primary psychological care at the macro level include:

- the improvement of a *population management tool*, i.e. a policy that interprets and clinically validates the place of primary psychological care in society in a substantive and quantifiable way. Within this recommendation, it is crucial to work towards (1) population data on prevalence and utilization of mental disorders and emotional problems at the population and network level, which articulate the needs of the population and its vulnerable groups, (2) care pathways that take place within networks, and (3) a sustainability of population-based distribution of financial resources in which vulnerability and precarity are guiding principles at the regional, local and municipal levels;
- the development of a *step-by-step guide for the ongoing development of primary psychological care*, articulated in the development and pursuit of (1) standards in implementation pathways of primary psychological care; (2) standards in primary psychological care (including good/best practices, evidence-based interventions at the individual and group level) and monitoring; (3) standards in collaborative and referral pathways within networks. By analogy with the High and Intensive Care (HIC) monitor and Active Recovery Triad (ART) monitor for the treatment of persons with severe psychiatric problems (Van Melle et al., 2019; Zomer et al., 2022), a version for primary psychological care monitor could serve as a guide for implementation, quality and model fidelity, ensuring a set of standards-of-care and identifying and evaluating quality indicators for the practice and organization of care; and (4)

a standard in allocation of financial resources at the level of networks, taking into account the specific characteristics of the population of communities, regions and networks in terms of precarity, vulnerabilities and inequalities of the population in order to develop a distribution key according to a solidarity principle.

It is not difficult to see how psychotherapists, on an equal level with psychologists and orthopedagogists, could play an important role in this excellent Belgian development project of primary psychological care. It is therefore to be hoped that, with the appropriate change in the de Block law, Belgian psychotherapists will succeed in achieving a position of parity between healthcare professions.

## 10. **What can Slovenia learn from Belgium?**

Slovenian psychotherapists are also aware of contradictions similar to those in Belgium, stemming from the privileged position of doctors and clinical psychologists. Slovenian psychiatrists and clinical psychologists:

- want to have a monopoly on psychotherapy and do not want psychotherapists to become one of the health professions;
- want psychotherapy to remain a psychological method that only they can practise and are against psychotherapy as a profession in its own right;
- want to have the possibility to carry out psychotherapy and to be paid for it, without being properly trained for this work. Since they can present it as one of the psychiatric or psychological methods that they apply in their work, it is entirely up to their discretion and responsibility how much and how they actually apply it. This anomaly is possible because in the health system there is no control over the fulfilment of educational standards for psychotherapy as an autonomous profession, nor is there any control over the quality of psychotherapeutic services provided by psychiatrists and clinical psychologists;
- treat professional psychotherapists working outside the health service as inferior and as incompetent to treat people diagnosed with mental disorders;
- reject direct two-level (bachelor and master) academic training in psychotherapy immediately after secondary school, as this would make psychotherapy education pathways parallel to those of psychology and medicine.

Slovenian psychotherapists could therefore learn from the negative experiences of their Belgian colleagues. Many would say it is inconceivable that a law that has already been adopted could be secretly replaced by a new one by the Minister for Health, and yet the Belgian case shows that this can happen. A similar, but not identical, event occurred in the Netherlands, where the law already in force

regulating psychotherapy as an independent profession has been replaced by a new one that stripped psychotherapy of this status. And in Croatia, where the proposed law was about to be adopted in Parliament was secretly changed to maintain the privileged position of doctors. Such things as have happened in Belgium, the Netherlands and Croatia, are possible because of the dominance of the biomedical model and the medical lobby in the healthcare sector. The lesson for Slovenian psychotherapists is therefore that it can get complicated at any stage: at the stage before the proposed law is discussed in Parliament (Croatia) (Prevedar, 2018, 2019), at the stage after the law is passed and before it is implemented (Belgium), or after the law has been passed and has been in force for many years (the Netherlands) (Možina & Kranjc, 2021).

The Belgian case is also instructive in the sense that, for all the efforts made over more than a century to establish the biopsychosocial model, biomedicine has only become more entrenched in the saddle in the last twenty years. Multinational corporations, which make fabulous profits from the sale of medical devices and medicines, financially support all those structures of the biomedical approach in healthcare systems that enable them to continue to market their products successfully. Although they are declaratively in favour of the biopsychosocial model and the strengthening of the primary level of healthcare, without which this model cannot really function, the cash flows of their businesses do not confirm that. Neoliberalism has established a strong link with the biomedical model, and the remarkable scientific and technological achievements of the biomedical model are being turned in a destructive direction by neoliberal ideology, in particular into the decay of ethics, justice and solidarity.

The current Belgian Minister for Health is therefore a shining and, unfortunately, rare example of supporting the strengthening of primary psychological care through concrete and successful measures, but it remains to be seen whether he will succeed in extending the new funding regime of the Convention into the coming years. What we have learned in more than forty years of the rise of neoliberalism is that multinationals are more powerful than states and that they are taking the rule of law into their own hands.

Despite the fact that in the Belgian primary mental health system psychotherapists have not yet been given the role that they deserve and that would be beneficial to users, the Belgian model could serve as a good starting point for the development of psychological/psychotherapeutic primary care in Slovenia as well.

Another important lesson is that Belgian psychotherapists have so far not advocated that psychotherapy could also be the first profession to which a direct academic pathway after secondary school would lead. There is thus considerable confusion in the field of psychotherapy education. However, as the

academization of psychotherapy studies at a post-master level is already well developed, Belgium may follow the German example (as should Slovenia). On this basis, it would be easier for psychotherapists to gain equal status alongside psychologists, orthopedagogists and doctors in the health system and other sectors relevant to mental health care.

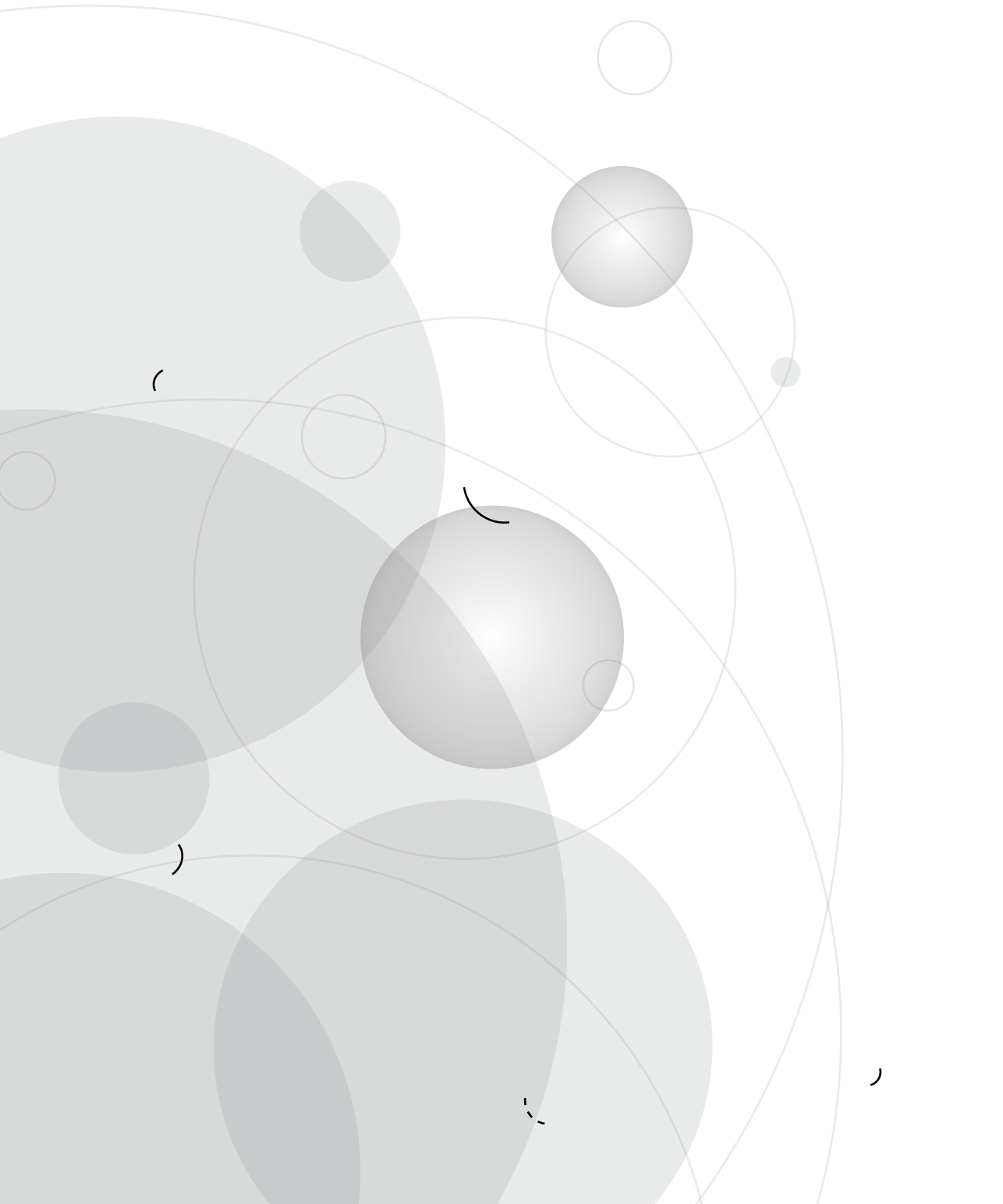


## References

- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, C. L., & Newby, J. M. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 55, 70–78.
- Ansseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49–55.
- Avontroodt, Y. (2010). Psychiatry & Psychology in Belgium: Towards a Full Recognized Profession. Lecture on the European Conference on the Political and Legal Status of Psychotherapists from a Professionals and Clients' Protection Point of View in the European Union, 18th and 19th of February 2010. EAP.
- Brison, C., Van Broeck, N., & Zech, E. (2015). La psychologie clinique et l'exercice de la psychothérapie et du counseling en Belgique: vers une articulation pratique-recherche permettant des soins de santé mentale accessibles, éthiques et efficaces. *Bulletin de psychologie*, 537, 255-261.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (2007). Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 937-944.
- Conseil Supérieur d'Hygiène. (2005). *Psychotherapies: Définitions, pratiques, conditions d'agrément*. Conseil Supérieur d'Hygiène. [http://squiggle.be/PDF\\_Matiere/Avis\\_CSH.pdf](http://squiggle.be/PDF_Matiere/Avis_CSH.pdf)
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. P., Angermeyer, M. C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E. G., Fayyad, J. A., Karam, A. N., Mneimneh, Z. N., ... WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581-2590.
- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., König, H. H., Haro, J. M., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Kovess-Masfety, V. (2013a). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 137-149.
- Dezetter, A., Briffault, X., Lakhdar, C. B. in Kovess-Masfety, V. (2013b). Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 161-177.
- Dolan, N., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Siddell, E., & Delgadillo, J. (2021). Effectiveness of stress control large group psychoeducation for anxiety and depression: Systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 60(3), 375-399.
- European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). (2019). EuroPsy – the European Certificate in Psychology. EFPA. [https://europsy-bg.com/wp-content/uploads/2021/12/europsy\\_regulations\\_july\\_2019\\_moscow.pdf](https://europsy-bg.com/wp-content/uploads/2021/12/europsy_regulations_july_2019_moscow.pdf)
- Federal Public Service – Health, Food Chain Safety and Environment (FPS). (2014a). *Law of 4 April 2014 governing mental health professions and amending Royal Decree no. 78 of 10 November 1967 on the practice of health professions*. Federal Public Service. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016071005&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016071005&table_name=loi)
- Federal Public Service – Health, Food Chain Safety and Environment (FPS). (2014b). *Belgian Psychotherapy Law*. Federal Public Service. <http://www.psychology-integration.eu/belgian-psychotherapy-law/>
- Federal Public Service – Health, Food Chain Safety and Environment (FPS). (2015). *The Law on the Practice of Healthcare Professions*. Federal Public Service. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016071005&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016071005&table_name=loi)
- Federal Public Service – Health, Food Chain Safety and Environment (FPS). (2023a). *Mental Health Professions*. Federal Public Service. <https://www.health.belgium.be/en/health/mental-health-professions#:~:text=%2D%20have%20followed%20additional%20training%20in,of%20practising%20part%2Dtime>.
- Federal Public Service – Health, Food Chain Safety and Environment (FPS). (2023b). *Conventie geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn helpt mensen en betekent een fundamentele hervorming*. Press release, July 6, 2023. <https://vandenbroucke.belgium.be/fr/node/7473>

- Fédération drogues addiction (FEDA). (2016). *Lettre ouverte au premier ministre adressée par plus de 250 institutions professionnelles*. FEDA. <https://fedabxl.be/fr/2016/06/lettre-ouverte-a-monsieur-charles-michel-au-sujet-de-la-loi-de-block-sur-les-psychotherapies/>
- Foisy, M. L., From, L., & Szafran, W. A. (2002). Belgium. In A. Pritz (Ed.), *Globalized Psychotherapy* (pp. 39-70). Facultas Universitätsverlag.
- Gerken, S., & Merkur, S. (2020). Belgium: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 22(5), i-237.
- Jansen, L., Glowacz, F., Yurdadon, C., Voorspoels, W., Kinard, A., & Bruffaerts, R. (2022). Eerstelijns psychologische zorg in België: klinische kenmerken en zorggebruik [Primary care psychology in Belgium: clinical characteristics and service use]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 64(9), 595-603.
- Jansen, L., Glowacz, F., Kinard, A., & Bruffaerts, R. (2023). *La psychologie de première ligne en Belgique: Évaluation scientifique et recommandations pour une intégration durable dans le système de soins de santé belge. L'étude EPCAP*. RIZIV-INAMI.
- Kaldo, V., Bothelius, K., Blom, K., Lindhe, M., Larsson, M., Karimi, K., Melder, S., Bondestam, V., Ulfspärre, C., Sternbrink, K., & Jernelöv, S. (2020). An open-ended primary-care group intervention for insomnia based on a self-help book - A randomized controlled trial and 4-year follow-up. *Journal of sleep research*, 29(1), e12881. <https://doi.org/10.1111/jsr.12881>
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Model for the Organization and Reimbursement of Psychological and Orthopedagogical Care in Belgium*. Health Services Research (HSR). Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Luyten, P., & Jeannin, R. (2021). *The profile of psychologists in Belgium*. KU Leuven.
- McDaniel, S. H., Grus, C. L., Cubic, B. A., Hunter, C. L., Kearney, L. K., Schuman, C. C., Karel, M. J., Kessler, R. S., Larkin, K. T., McCutcheon, S., Miller, B. F., Nash, J., Qualls, S. H., Connolly, K. S., Stancin, T., Stanton, A. L., Sturm, L. A., & Johnson, S. B. (2014). Competencies for psychology practice in primary care. *American Psychologist*, 69(4), 409-429.
- Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., Farfan-Portet, M. I., & Ricour, C. (2019). *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Services Research (HSR). KCE Report 318. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Moshe, I., Terhorst, Y., Philippi, P., Domhardt, M., Cuijpers, P., Cristea, I., Pulkki-Råback, L., Baumeister, H., & Sander, L. B. (2021). Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 147(8), 749-786.
- Možina, M., & Kranjc Jakša, U. (2019). Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske (Asserting psychotherapy as an autonomous profession: what can we learn from the Netherlands?). *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(1-2), 171-207.
- Palacios, J. E., Enrique, A., Mooney, O., Farrell, S., Earley, C., Duffy, D., Eilert, N., Hartly, S., Timulak, L., & Richards, D. (2022). Durability of treatment effects following internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression and anxiety delivered within a routine care setting. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(5), 1768-1777.
- Porter, M. E., & Guth, C. (2012). *Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System*. Springer.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business Review Press.
- Prevedar, T. (2018). *Development of Psychotherapy in Croatia*. Doctoral thesis. Sigmund Freud Privatuniversität Wien.
- Prevedar, T. (2019). The process of establishing and regulating the profession of psychotherapy in Croatia. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 131-153.
- Richards, D., Enrique, Á., Eilert, N., Franklin, M., Palacios, J.E., Duffy, D., Earley, C., Chapman, J., Jell, G., Sollesse, S., & Timulak, L. (2020). A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. *NPJ Digital Medicine*, 3, 1-10. doi: 10.1038/s41746-020-0293-8

- Rogiers, R., Baeken, C., Van den Abbeele, D., Watkins, E. R., Remue, J., Colman, R., De Raedt, R., & Lemmens, G. M. D. (2022). Group Intervention 'Drop it!' Decreases Repetitive Negative Thinking in Major Depressive Disorder and/or Generalized Anxiety Disorder: A Randomised Controlled Study. *Cognitive Therapy and Research*, 46(1), 182-196.
- Sasse, C., & Vrancken, P. (2014). Legislation on psychotherapy in Belgium – status February 2014. EAP. <https://www.europsyche.org/contents/14285/belgium>
- Sasse, C., & Vrancken, P. (2017). Situation in Belgium – updated as per October 2017. EAP. <https://www.europsyche.org/contents/14285/belgium>
- Summergrad, P., & Kathol, R. G. (2014). *Integrated Care in Psychiatry: Redefining the Role of Mental Health Professionals in the Medical Setting*. Springer.
- Sundquist, J., Palmér, K., Johansson, L. M., & Sundquist, K. (2017). The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 43, 19–27.
- Ten Have, M., Nuyen, J., Beekman, A., & de Graaf, R. (2013). Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems. *Psychological Medicine*, 43(10), 2203-2213.
- Testaankoop gezond. (2023). Reimbursement of clinical psychologists: some questions and answers. August 03, 2023. <https://www.test-aankoop.be/gezond/gezondheidszorg/gezondheidsuitgaven-en-verzekeringen/dossier/terugbetaling-klinisch-psychologen>
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., . . . Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119-124.
- Timulak, L., Richards, D., Bhandal-Griffin, L., Healy, P., Azevedo, J., Connon, G., Martin, E., Kearney, A., O'Kelly, C., Enrique, A., Eilert, N., O'Brien, S., Harty, S., González-Robles, A., Eustis, E. H., Barlow, D. H., & Farchione, T. J. (2022). Effectiveness of the internet-based Unified Protocol transdiagnostic intervention for the treatment of depression, anxiety and related disorders in a primary care setting: a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06551-y>
- Van Broeck, N., Stinckens, N., & Lietaer, G. (2013). Counselling and Psychotherapy in Belgium: Towards Accesible and Evidence-Based Mental Health Care. In R. Moodley, U. P. Gielen & R. Wu (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy in an international context* (pp. 261-270). Routledge.
- Van der Heyden, J., & Charafeddine, R. (2013). *Enquête de santé 2013. Rapport 1: Santé et Bien-être*. Institut Scientifique de Santé Publique.
- Van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., van der Meijs, J., Mulder, C. L., & Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and policy in mental health*, 46(1), 34-43.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., . . . Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(9590), 841-850.
- Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., Eells, T. D., Richardson, T., Brown, G. K., Barrett, M., Rasku, M. A., Polser, G., & Thase, M. E. (2019). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(2), 18r12188. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12188>
- Zomer, L. J. C., van der Meer, L., van Weeghel, J., van Melle, A. L., de Vet, H. C. W., Kemper, M., Antoine Marie Widdershoven, G., & Voskes, Y. (2022). The Active Recovery Triad monitor: evaluation of a model fidelity scale for recovery-oriented care in long-term mental health care settings. *BMC psychiatry*, 22(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03949-5>



Miran Možina<sup>1</sup>

## Uvodnik o letu prelomljenih obljub Ministrstva za zdravje glede zakona o psihoterapiji

*Editorial on a year of broken promises on the  
Psychotherapy Act by the Ministry of Health*

*Topa sivina. Le tu pa tam vzgib  
vetra kakor spomin na vznesenost.*

*Nismo in ne bomo prišli na hrib:  
prehitela nas je vseenost.*

Tone Pavček (1987, str. 724)

Leto 2023 se bo v zgodovino slovenske psihoterapije zapisalo kot še eno leto prelomljenih obljub Ministrstva za zdravje (v nadaljevanju: MZ) glede zakona o psihoterapiji. Kljub v nebo vprijočim predolgim čakalnim dobam za psihoterapevtsko obravnavo in slabi kakovosti psihoterapevtskih storitev v javnem zdravstvu (ki je povezana predvsem z ne dovolj časa trajajočimi obravnavami, v smislu frekvence pa preredkimi terapevtskimi seansami) (Kamenarič, 2023a), se nekompetentnost in brezbržnost MZ do reševanja tega že dolgo kar sramotnega problema na ravni cele države nadaljuje. Ne pomagajo niti opozorila Varuha človekovih pravic (2021), na katera MZ odgovarja z brezbarvnimi in splošnimi odgovori, ki ne povedo ničesar, niti kakovostne epidemiološke raziskave Nacionalnega inštituta za javno zdravstvo (Jeriček Klanšček idr., 2023), ki pričajo o že 25 let trajajočem stalnem poslabševanju duševnega zdravja (še posebej zaskrbljujoči so podatki o vse slabši sliki duševnega zdravja otrok in mladostnikov) in o vse večji porabi psihofarmakov (Kostnapfel in Albrecht, 2023).

---

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

## 1. **Prevlada biomedicinskega modela nad biopsihosocialnim modelom**

Ko se sprašujemo, kako je možno takšno protislovje, da sta ob naraščanju potreb po psihoterapevtskih storitvah njihova dostopnost in kakovost v javnem zdravstvu vse manjša, se pomemben del odgovora skriva v širši sliki – v globalnem pohodu neoliberalizma in biopolitike (Foucault, 2015) in v njunem okviru biomedicinskega modela (Verhaeghe, 2016). Niti v Sloveniji niti v drugih državah po svetu ne pomagajo opozorila številnih strokovnjakov o preživelosti biomedicinskega modela in medikalizacije duševnih težav (npr. Blazer, 2005). Tudi pri nas je npr. psihiater in psihoterapevt Gorazd Mrevlje že leta 2005 poudaril:

»Danes namreč vemo, da koncepti duševnega zdravja in duševnih motenj znotraj medicinskega modela ne vzdržijo več. Vsaj v nekaterih segmentih zanesljivo ne. Obstajajo namreč še drugi koncepti, kot je psihodinamski, psihološki, socialnopsihološki, socialnopedagoški model in tako je tudi prav. Prav ti pogledi namreč odpirajo psihiatriji pravo perspektivo in s tem več možnosti, s pomočjo katerih duševnih motenj in bolezni ne vidimo več zgolj kot posledico bioloških sprememb, temveč kot vsebine, o katerih smo razpravljali zgolj teoretično, sedaj pa vstopajo v prakso. Ljudje namreč tako postajamo resnično bio-psiho-socialna bitja.« (Mrevlje v Skaleras, 2005, str. 299)

Žal se Mrevljjetova napoved o tem, da za medicino postajamo vse bolj biopsihosocialna bitja, ni uresničila. Ne pomagajo niti tragične zgodbe milijonov ljudi, katerih duševne težave in motnje se je obravnavalo na biološko redukcionistični način, temveč je biomedicinski model z medikalizacijo duševnih težav in eksponentno rastjo porabe zdravil prešel v zlorabo neslutene razsežnosti (Slatnar, 2012; Lebowitz in Appelbaum, 2019; Whitaker, 2023). Kljub več kot sto let trajajočem strokovnem in znanstvenem razvoju biopsihosocialnega modela obravnave duševnih težav in motenj, katerega učinkovitost je dokazana z raziskavami (Možina, 2021) in je priporočen tako s strani Svetovne zdravstvene organizacije (Friedli, 2009; Švab, 2004; SZO, 2020) kot tudi s strani Evropskega parlamenta (2023), je v zadnjih desetletjih v izvajanju skrbi za duševno zdravje vse bolj izrinen na rob (Ule, 2009, 2012; Rugelj, 2022).

Ker je razvoj psihoterapije možen samo v okviru biopsihosocialnega pristopa, lažje razumemo, zakaj se psihoterapija, še posebno kot samostojen poklic, tako težko uveljavlja ne le pri nas, temveč v zdravstvenih sistemih po vsem svetu. Medicinski lobi, katerega glavni vir strokovnega in političnega vpliva je sklicevanje na biomedicinski pristop, se namreč dobro zaveda, da bi se na področju duševnega zdravja s priznanjem psihoterapije kot samostojnega poklica posredno

še malo bolj odprla vrata biopsihosocialnemu pristopu. S tem bi medicinski lobi izgubil nekaj svoje oblasti pa tudi lasti, to pomeni financiranja iz javnih sredstev.

S finančnega vidika pa pravzaprav ne bi šlo za odpiranje vrat, temveč samo za njihovo odškrnjenje, za odpiranje dodatne drobne reže, saj bi bilo za psihoterapijo treba nameniti zgolj nekaj milijonov več, pa bo vseeno ostalo zgolj pri tem, da bo biomedicinski pristop še naprej trošil milijarde. A tudi majhna dodatna špranja bi bila za naše MZ očitno preveč, tako da glede urejanja psihoterapije kot samostojnega poklica raje ostaja pri neizpolnjenih obljubah. S tem nam vsem sporoča, da je bolje, če imajo psihoterapijo še naprej v rokah kot metodo psihiatri in klinični psihologi, ki je nimajo časa izvajati in ki so zanjo tudi vse manj usposobljeni. Tako se vrata, ki jim že grozi, da bodo padla s tečajev, še bolj odpirajo biomedicinskemu pristopu, ko gre vse več milijonov za zdravila<sup>2</sup>. To je za MZ očitno bolje, kot če bi se v zdravstveni sistem skozi špranja zrinila peščica psihoterapevtov (Zupanič, 2018). Žal pa tudi ne bolje za tiste, ki si psihoterapije ne morejo plačati iz lastnega žepa.

## 2. **Prelomljene obljube Ministrstva za zdravje**

Ob množici prelomljenih obljub MZ, ki so se nanizale od leta 2004 - odkar se aktivno zavzemam za zakon o psihoterapiji - do danes, najbolj izstopajo tri največje:

- tista iz leta 2010, ko je bil predlog zakona že predviden v programu vlade in pripravljen za javno razpravo in sprejetje v parlamentu v letu 2011, pa ga je novi minister Dorjan Marušič z argumentom, da to ni trenutna prioriteta MZ, pospravil v predal (Možina idr., 2018). Dodatna argumentacija se mu ni zdela pomembna in do danes se mu za to brezbrizno potezo ni bilo potrebno zagovarjati, čeprav se je potem iz leta v leto bolj kazalo, kako se razmere glede dostopnosti in kakovosti psihoterapije v zdravstvu slabšajo. Leta 2022 je z nastopom vlade Roberta Goloba znova dobil pomembno mesto v ožji ekipi sedaj že nekdanjega zdravstvenega ministra Danijela Bešiča Loredana. Tudi po njegovem odstopu je to mesto ohranil in nič ne kaže, da bi svoje stališče glede zakona o psihoterapiji spremenil;
- tista iz leta 2018, ko smo predstavniki psihoterapevtskih strokovnih združenj kot civilna družba uspeli v Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 v zadnjem trenutku vriniti zapis (Možina in Kosovel, 2017; Uradni list RS, 2018), da je eden od strateških ciljev resolucije tudi priprava

2 Podobno, čeprav so se tam vrata vsaj rahlo priprla, se dogaja tudi pri uvajanju skupnostne oskrbe za ljudi s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami (Flaker, 2012; Švab, 2015).

zakona o psihoterapiji v letu 2018, njegovo sprejetje v parlamentu v letu 2019 in implementacija v letu 2020. Nosilec te naloge naj bi bilo MZ, ki bi jo moralo opraviti v sodelovanju z Ministrstvom za znanost, izobraževanje in šport ter Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Pa se je MZ jeseni 2018, potem ko smo v delovni skupini za pripravo zakona pripravili vsa potrebna gradiva, znova izneverilo. Ne samo da se je brez kakršnekoli obrazložitve zagrnilo v pasivnost in celo popolni molk, saj niso več odgovarjali na noben dopis ali klic. Celo urgenco Varuha človekovih pravic je odbilo z nonšalantno brezbarvnim administrativnim odgovorom kot ping pong žogico. Ostali smo z grenkim priokusom nemoči, kot kakšni junaki Kafkovih romanov, ki se izgublajo v razčlovečenih labirintih državnih institucij (Možina idr., 2018), in s trpkim občutkom iz zgornje Pavčkove pesmi, ko pravi, da z našo skalo nikoli ne bomo prišli na hrib, ker nas vedno znova prehitijo brezbriznost, tokrat v podobah državnih uradnikov, strokovnjakov v okostenelih organih MZ in političnih odločevalcev;

- tista iz oktobra 2022, ko je minister Bešič Loredan ob Dnevu duševnega zdravja v imenu MZ razglasil leto 2023 za Slovensko leto duševnega zdravja in je takratna vodja novoustanovljenega Sektorja za duševno zdravje in demenco pri MZ dr. Mojca Zvezdana Dernovšek do konca leta 2023 obljubila sprejetje zakona o psihoterapiji (MMC RTV SLO, 2022; Zupanič, 2022). Poglejmo si podrobneje, kako je prišlo do preloma te obljube in kdo so bili pri tem ključni akterji.

### 3. **Prelomljene obljube Mojce Zvezdane Dernovšek**

V uvodniku v letošnjo pomladansko številko Kairosa sem uporabil metaforo Sizifa in njegove skale, ki se kljub njegovim vztrajnim naporom vedno znova skotali po bregu navzdol, da bi ponazoril svoje občutke ob dvajset let trajajočih prizadevanjih za zakon o psihoterapiji in ob novem razočaranju ob prelomljeni medijsko objavljeni obljubi Mojce Zvezdane Dernovšek 5. aprila 2023, da bo MZ poslalo predlog zakona v javno obravnavo v 14 dneh (Hočevar, 2023a; MMC RTV SLO, 2023a; Možina, 2023a). Namesto tega je namreč 20. 4. 2023 v oddaji Studio ob 17h na prvem programu Radia Slovenija izjavila, da se je MZ tik pred oddajo odločilo za ustanovitev nove delovne skupine za zakon pod njenim vodstvom (Lipovšek idr., 2023). Na podlagi dolgoletnih izkušenj z MZ mi ni bilo težko predvideti, da bo takšna delovna skupina, ki se je po tem sestala v živo samo enkrat, 21. junija 2023 (Bašič, 2023; STA, 2023b), le še eden od številnih manevrov zavlačevanja, odlaganja in metanja peska v oči javnosti, kar MZ glede zakona o psihoterapiji res vrhunsko obvlada.



In tako se je tudi dejansko zgodilo (Hočevnar, 2023b). Zataknilo se je že pri sestavi delovne skupine (v nadaljevanju: DS), ki je bila prevelika (štela je kar 39 članov), da bi bila funkcionalna<sup>3</sup> (Kamenarič, 2023b). Poleg tega ni bilo zagotovljeno učinkovito predstavljanje in uravnotežena zastopanost vseh pomembnih deležnikov s področja psihoterapije v Sloveniji. Nekatere institucije oz. organizacije v DS, kot npr. Združenje psihoterapevtov Slovenije in Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo, so bile zastopane s po dvema članoma in nekateri posamezniki so svoja mnenja proti zakonu lahko izjavljali v različnih vlogah. Vsi ti nasprotniki zakonske ureditve pa so izhajali iz istega idejnega in praktičnega psihiatrično – klinično psihološkega koncepta. Ker te organizacije povezuje skupen interes ohranjanja čim večjega vpliva znotraj zdravstva, jih je MZ s tem postavljalo v odločevalski položaj tudi glede vprašanj s področja psihoterapije. Ta večkrat izkazani in potrjeni konflikt interesov pod krinko, da naj se sliši glas vseh, je tudi tokrat vodil v neoperativnost in posledično nesmiselnost obstoja DS, ki tako kot njena predhodnica iz leta 2018 več niti ne deluje niti se je formalno ne razpusti.

Največ, kar je Dernovškova, v svoji novi vlogi državne uradnice, in njena ekipa na MZ po imenovanju DS zmogla, je bila spletna anketa za izvajalce izobraževanja s področja psihoterapije 3. 5. 2023 ter nato v maju in juniju 2023 pošiljanje nenehno novih vprašanj članom DS, na katera smo morali člani z obljubo njihove obravnave na dopisni seji z občutkom dvojnega dela pisno odgovarjati. Odgovore na večino teh vprašanj so namreč na MZ že imeli v obsežnih gradivih, ki smo jih člani prejšnje delovne skupine pripravili za MZ v letu 2018 (in ki jih je takrat prejela tudi Dernovškova kot svetovalka MZ) in tudi v letu 2020, ko so nas ponovno prosili zanje. Za nameček pa na številna ključna vprašanja, ki smo jih v tem procesu naslavljali na Dernovškovo in njeno ekipo, nismo dobili nobenega odgovora. Tako kot leta 2018 je bil promet enosmeren – članom DS je MZ nalagalo dvojno delo glede na že opravljeno v letu 2018, sami pa niso iz rok dali prav ničesar razen praznih obljub in medijskega ustvarjanja lažnega vtisa, da predlog zakona pišejo oz. so ga že napisali in da delajo samo še na usklajevanju podrobnosti.

Danes je jasno, da je bila ustanovitev DS maja 2023 dimna bomba MZ za javnost, s katero so med drugim spretno zakrili dejstvo, da uradniška ekipa MZ na zakonu o psihoterapiji ni naredila ničesar oprijemljivega. S tem, ko izpostavljam Dernovškovo, to seveda počnem zato, ker jo je Bešič Loredan jeseni

---

3 V delovni skupini je bilo 6 predstavnikov države (4 iz MZ, 1 Ministrstvo za solidarno prihodnost, 1 kabinet predsednika vlade), 18 predstavnikov, ki delujejo v zdravstvu, 14 predstavnikov, ki delujejo izven zdravstva, en predstavnik pacientov (Kamenarič, 2023b). Tistih, ki smo se zavzemali, da naj bi zakon psihoterapijo opredelil kot samostojen poklic, pa nas je bilo le 11.

2022 postavil za vodjo Sektorja za duševno zdravje in demenco na MZ, čeprav je seveda jasno, da je pri tako zahtevnih državno-upravnih zadevah, kot je priprava interdisciplinarnega psihoterapevtskega zakona, vsak novodošli vodja odvisen od sposobnosti uradniške ekipe, ki mu je dana na razpolago. Dernovškova v tem smislu ni imela sreče, žal pa očitno tudi ne podpore in smelosti, da bi si vzpostavila krog zaupanja vrednih upravnopravnih strokovnjakov, ki bi ji bili lahko pri tej nalogi v pomoč. Pri drugih nalogah je bila zagotovo bolj uspešna, saj je kot psihiatrinja v slovenskem prostoru uveljavljena in znana po svoji zagnanosti, mnogovrstnih strokovnih aktivnostih, stalni medijski prisotnosti in plodovitosti glede objav (npr. njena osebna bibliografija v Cobissu ob koncu leta 2023 obsega impresivnih 587 vnosov, od tega 113 znanstvenih in strokovnih člankov). Prav ta njena širina in razpetost na (pre)številna področja, pri čemer je najbolj motivirana za uresničevanje Nacionalnega programa duševnega zdravja MIRA (predvsem v tistem delu, ki se tiče ustanavljanja centrov za duševno zdravje) (Vinko idr., 2019), pa je verjetno tudi prispevala k temu, da se je priprava predloga zakona o psihoterapiji, ki je v prvi vrsti pravno zahtevno delo, zanjo pokazala kot pretrd oreh in je po znanem Petrovem načelu (Petre in Hull, 1974) dosegla in obstala na položaju, kjer jo naloge presegajo. O njenem dobrem namenu glede zakona o psihoterapiji ni dvoma, saj je v medijih večkrat izražala podporo ideji samostojnega poklica psihoterapevta in tudi v svoji psihiatrični praksi dobro sodeluje s psihoterapevti. Prav tako je velik del njenih medijskih izjav odstopal od pozicije vodilnih psihiatrov in kliničnih psihologov, vendar pa se je žal tudi v njenem primeru potrdilo znano dejstvo, da dobri nameni niso dovolj oziroma da je med delati in narediti pomembna razlika.

Čeprav je ob koncu leta 2023 še bolj kot v aprilu jasno, kako si je dovolila zavajati javnost, za to ni bila niti poklicana na odgovornost s strani ministra niti ni prišla pod vprašaj njena vloga na MZ. Celo obratno, jeseni 2023 je enak manever ponovila še večkrat:

- 21. septembra 2023 je v intervjuju izjavila, da bo MZ dalo predlog v javno obravnavo v začetku oktobra 2023 (Presekar, 2023a);
- 2. oktobra 2023 (Presekar, 2023b) je potrdila, da je zakon o psihoterapiji pripravljen in opisala nekatere ključne rešitve, ki naj bi jih prinesel: o izobraževanju za poklic psihoterapevta na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani in na ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda (SFU Ljubljana), o obravnavanju duševnih motenj v zdravstvu in duševnih težav izven javnega zdravstvenega sistema, o zgledovanju po nemškem zakonu, ki je bil sprejet leta 2019, o licencah za psihoterapevte in supervizorje, o ločitvi psihoterapije od psihosocialnega svetovanja, o ustreznosti SFU diplom za pridobitev licence, o (ne)ustanovitvi zbornice, o javnih pooblastilih, ki jih bo MZ podelilo enemu nosilcu,

ki bo bdel nad licencami, vodil register psihoterapevtov, izvajal strokovne nadzore, vzpostavil pritožbeni organ oz. častno razsodišče ter sprejemal smernice in akte, o prehodnem obdobju petih do sedmih let ter o pilotnem projektu vključevanja psihoterapevtov v centre za duševno zdravje.

Ob tej medijski napovedi smo z novim upanjem pričakovali prihod nove ministrice za zdravje dr. Valentine Prevolnik Rupel, ki pa mu je sledilo novo razočaranje. Na zaslišanju pred odborom državnega zbora za zdravstvo 10. oktobra 2023 je na konkretno vprašanje o zakonu o psihoterapiji podala le splošen in izmikajoč se odgovor. Pokazalo se je, da je o njem slabo poučena in da zanjo ta zakon ni prioriteta (STA, 2023c; MMC RTV SLO, 2023b). Kot da ne bi nikoli slišala za izjave Dernovškove, ki jih je ta podala 8 dni prej;

- 20. oktobra 2023 (Presekar, 2023c) je MZ napovedalo, da bo predlog zakona, ki je v zaključni fazi oblikovanja, poslalo v javno razpravo novembra. Konec oktobra 2023 pa je Dernovškova za Dolenjski list (Perc, 2023) izjavila:

»Strokovnjaki smo na različnih bregovih in jaz sem, žal, med tistimi, ki podpirajo vključevanje psihoterapevtov. Zaradi tega, ker nas preprosto ni dovolj, tudi če bomo vsi strokovnjaki na kupu. Računam, da bomo imeli v zdravstvenem domu podporo, da pilotni projekt uvajanja psihoterapevtov v centre za duševno zdravje izpeljemo. Namreč, kohezijska sredstva morajo biti porabljena v malo večji meri v vzhodni regiji kot zahodni regiji, zato bi Sevnica lahko dobila ta projekt.« (Perc, 2023).

Zanimiva je besedica »žal«, ki odpira različne možnosti interpretacije njene izjave in na splošno njenega delovanja na MZ, za katerega je sama prepričana, da je v dobro vseh, tako psihiatrov in kliničnih psihologov kot tudi psihoterapevtov, predvsem pa uporabnikov. V veliki meri to njeno prepričanje temelji na tem, da podpira t. i. »pilotni projekt« uvajanja psihoterapevtov v centre za duševno zdravje, kar se ji zdi sila pogumno in imenitno tudi zato, ker ga psihiatri in klinični psihologi iz delovne skupine odločno odklanjajo. Meni pa se zdi, kot to opišem po zgledu Milčinskega v svoji zgodbi na koncu tega uvodnika, samo oblika poniževanja psihoterapevtov na slovenski butalski način. Prvič zato, ker je psihoterapija ne glede na prvi poklic strokovnjaka, ki jo nudi, po celem svetu tako v klinični praksi kot v raziskavah empirično potrjen učinkovit način obravnave duševnih težav in motenj (Wampold in Imel, 2015), Slovenija na čelu z Dernovškovo pa bi morala to še preveriti? In drugič, ker bi se s tem potrdila dvojna merila: če je že desetletja nesporna učinkovitost psihoterapije, ki jo izvajajo slovenski psihiatri in klinični psihologi, zakaj bi bila sporna učinkovitost psihoterapevtov? Ti že prav tako desetletja uspešno obravnavajo vse več ljudi z duševnimi motnjami, ki v okviru zdravstva ne pridejo do psihiatrov in kliničnih psihologov.

Ob teh dveh mojih pomislekih tudi ni zanemarljiv finančni motiv Dernovškove, ko izraža upanje, da bi lahko prišla do kohezijskih sredstev in bi se kot vodja sevniškega centra za duševno zdravje postavila v položaj evalvatorke učinka psihoterapevtov.

Kdo pa ocenjuje učinkovitost njenega dela in dela vseh na novo ustanovljenih centrov za duševno zdravje po Sloveniji? Nihče. In kdo evalvira kakovost dela vseh slovenskih psihiatrov in kliničnih psihologov? Prav tako nihče. Vsaj sistematično, učinkovito in po vnaprej predvidenih merilih zagotovo ne. Zato bi bilo nadzorovanje kakovosti dela peščice psihoterapevtov v okviru pilotnega projekta in ocenjevanje primernosti njihovega vključevanja v zdravstvene time brez vsakršnih vnaprejšnjih meril arbitrarno, v razmerju do drugih izvajalcev psihoterapije pa diskriminatorno. Slovenija pač nima sistema nadzora kakovosti storitev na področju duševnega zdravja in javnega zdravstva nasploh, ki bi ustrezal mednarodnim standardom. Tisto, kar zna početi medicinski lobi, je predvsem žuganje s prstom drugim, npr. alternativcem in šarlatanom, med katere naj bi po namigovanju v medijskih izjavah nekaterih psihiatrov in kliničnih psihologov spadali tudi psihoterapevti zunaj zdravstva (Ferlin, 2023; Juvan, 2023). Medicinski lobi pa ne pometa pred lastnim pragom, tudi takrat ne, ko gre za najhujše primere oškodovanosti pacientov in njihovih svojcev. Podatek, da pri nas prijavijo 50 zdravniških napak letno, na Danskem pa 200.000, je dovolj zgovoren in gotovo ne priča o tem, da je naš zdravstveni sistem tako neverjetno boljši od danskega (Zupanič, 2023).

- 16. novembra 2023 (Ferlin, 2023) pa je Dernovškova izjavila, da se bo sprejem zakona premaknil v leto 2024. Glavni razlog za zamik naj bi bila »kompleksnost odločanja in usklajevanja v delovni skupini, ki je zakon pripravljala«. Ta izjava je lažna, saj se DS ni prav nič usklajevala, ker od avgusta 2023 ni bila več dejavna niti po dopisni poti. Na MZ so za Dnevnik podali drugačne razloge, »da trenutno še oblikujejo posamezne podrobnosti predloga zakona, po tem bodo sledili javna obravnava, medresorsko usklajevanje in sprejetje zakona v vladi. Glavni razlog za večmesečni zamik sprejema zakona naj bi bila kompleksnost področja, ki ga želijo urediti.« Tudi za Dnevnik o podrobnostih novega zakona na MZ še niso želeli govoriti, saj »končne rešitve še niso usklajene«. Pojasnili so, da bo »zakon uredil področje kvalifikacij, kar pomeni, da bosta določeni izobrazba in usposobljenost, ki ju mora imeti psihoterapevt, da bo lahko izvajal varno in kakovostno psihoterapijo.«
- 18. decembra 2023 v odgovoru na poslansko vprašanje poslanke Ive Dimic o tem, kaj namerava MZ storiti glede zakona, ministrica Prevolnik Rupel ni hotela napovedati, kdaj v letu 2024 naj bi MZ dalo svoj predlog v javnost. Povedala pa je, da so člani napisani, vendar pa da še niso pripravili obrazložitve.

Koliko lahko takim izjavam verjamemo, si lahko na podlagi vsega prikazanega vsak odgovori sam.

Dernovškova je v letu 2023 v medijih nedvomno v marsičem izražala podporo psihoterapiji kot samostojnemu poklicu. Vendar je čas pokazal, da je ostala le pri besedah. S svojimi dejanji pa je, glede na ključno funkcijo, ki jo je v zvezi s pripravo zakona sprejela, odločilno prispevala k temu, da je izgubljeno še eno dragoceno leto. S svojim leporečenjem je zavêdla tudi številne kolegice in kolege, ki si želijo zakona. Saj je na naši strani, ali ne?, me je marsikdo vprašal. S svojo dvoličnostjo je res znala skoraj leto in pol spretno skrivati lastno nezmožnost in nekompetentnost uradnikov na MZ, ki niso bili sposobni pripraviti kakovostnega predloga zakona. Vse kaže, da so njene številne prelomljene obljube sicer imele za posledico, da se ji je vodenje priprave zakona vzelo iz rok, kar pozdravljam, saj sem se prepričal, da z njene strani ni pričakovati dovolj korektnosti, da bi sama ponudila odstop. Tudi njenega opravičila ali opravičila MZ za tolikokrat prelomljene obljube skoraj zagotovo ne bomo dočakali, saj česa takšnega v dolgih dvajsetih letih še nikoli niso naredili. Odgovorni na MZ svojo odgovornost vedno znova prevajajo na stroko ali pa najdejo kopico drugih izgovorov in ob tem ustvarjajo vtis brezbriznosti, kot da več ne vedo, da so v službi z namenom služiti dobrobiti pacientov in vseh državljanov naše države. Čeprav marsikdo misli in so mi nekateri tudi rekli, da je morda vseeno dobro, da Dernovškova ostane, ker bo drugače njeno mesto na MZ prevzel nekdo, ki bo še slabši, je to kaj slaba tolažba. Sam zavzemam stališče, da je bolje imeti odkritega sovražnika kot pa navideznega prijatelja, ki se poslužuje dvoličnosti, prikrievanja in laži.

Od kod ta jalovost MZ, na katerem je zaposlenih okoli 150 uradnikov (Slovenske novice, 2019), ki se ne kaže samo pri urejanju področja psihoterapije, temveč vse bolj tudi pri reševanju številnih drugih perečih problemov na področju zdravstva? Glavni razlog, ki so ga navedli tisti, ki so nedavno zapustili pomembne funkcije na MZ, naj bi bil ta, da »ni pravih vizij, strategije dela, vsega je preveč« (Ferlič Žgajnar, 2023). Kadrovsko postaja MZ vse bolj osiromašeno, zato je vse več prostora za sklepanje raznovrstnih svetovalnih pogodb. Na MZ in v organih v sestavi, so jih v obdobju od 1. junija 2022 do 12. januarja 2023 sklenili 94, in sicer v znesku 1.068.694 evrov (z davkom). Ker je od leta 2010 jasno, da MZ nima strokovne ekipe, ki bi bila sposobna pripraviti kakovosten predlog zakona o psihoterapiji, še posebno bode v oči, da se MZ že od jeseni 2022 sploh ne poveže z drugima sopristojnima ministrstvom in vztrajno zavrača pomoč Službe vlade za zakonodajo. Ta bi lahko pri pripravi zakona pomembno okrepila pravniško ekipo MZ in to brez dodatnih stroškov. Tako lahko v bodoče v najboljšem primeru pričakujemo, da se bo MZ (v kolikor se ni že) obrnilo na zunanje svetovalce. To pa je v direktnem nasprotju z neko drugo, prav tako

pomembno resolucijo, namreč Resolucijo o normativni dejavnosti (Državni zbor RS, 2009), ki pripravo zakonov zunaj državne uprave izrecno odsvetuje.

Po dvajsetih letih dela na raznih osnutkih zakona sem namreč spoznal, da potrebuje pravnik, ki se posveti področju duševnega zdravja in psihoterapije, najmanj dve leti intenzivnega dela, da začne razumeti kompleksnost področja. In obratno, sam sem potreboval še več kot toliko, da sem doumel osnove slovenskega pravnega reda ter kako se pripravlja in piše zakon. Dober zakon lahko nastane samo na stičišču psihoterapevtske stroke in prava, kjer strokovnjaki obeh področij razvijejo odprt dialog in so se sposobni nenehno učiti drug od drugega. Včasih smo za en sam člen porabili ure in ure pogovorov, prebirali obsežna gradiva, pisali številne različice in tolikokrat popravljali, da se nam je zdelo, da nikoli ne bomo prišli do konca. Po eni strani sem spoznal, da zakon ne more izpolniti vseh želja, ki jih imamo psihoterapevti, temveč da jih je potrebno prilagoditi omejitvam, ki jih nalaga pravni red. V tem delu naj bi imeli glavno besedo pravniki. Po drugi strani pa sem spoznal, da se zakon ne piše za preteklost, temveč za prihodnost, seveda ob upoštevanju obstoječega stanja. Zato je eden ključnih kriterijev za oceno kakovosti zakona, v kolikšni meri podpre razvoj na določenem področju. V tem delu pa naj bi imeli glavno besedo psihoterapevti, ki so v stiku z razvojnimi tokovi v psihoterapevtski stroki in znanosti. Žal ožji timi pravnikov in strokovnjakov na MZ, ki so bili od leta 2018 odgovorni za pripravo zakona, nalogi na takšen način niso bili dorasli. Med drugim tudi zato, ker imajo na MZ prevelik vpliv psihiatri in klinični psihologi, ki za področje psihoterapije niso kompetentni.

#### **4. Kdo so psihiatri in klinični psihologi, ki so proti psihoterapiji kot samostojnemu poklicu in kakšne so njihove psihoterapevtske kompetence?**

Slovenski psihiatri in klinični psihologi, ki so se v letu 2023 v zvezi z regulativo psihoterapije najbolj medijsko izpostavljali proti zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica (npr. Jelen Sobočan, 2023; Dobnik Čoderl, 2023; Dobnik Čoderl in Škodlar, 2023; Hvalec v Rugelj, 2023b; Matjan Štuhec v Ferlin, 2023) in ki imajo vodilne položaje na področju psihiatrije in klinične psihologije (npr. v Razširjenih strokovnih kolegijih – v nadaljevanju: RSK, v Združenju psihoterapevtov Slovenije, Zbornici kliničnih psihologov Slovenije in Društvu za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije) niso predstavniki naprednih tokov psihoterapevtske stroke in znanosti. Tudi ne predstavljajo mnenj vseh slovenskih psihiatrov in kliničnih psihologov, saj so med njimi številni, ki podpirajo psihoterapijo kot samostojen poklic in sodelovanje z ramo ob rami v javnem

zdravstvu, vendar se ne želijo javno izpostavljati, ker jih je strah ali se jim ne ljubi soočiti se z vodstvenimi strukturami v lastnih vrstah.

Natančnejši pregled RSK-jev za psihiatrijo, klinično psihologijo ter otroško in mladostniško psihiatrijo pokaže, da večina od skupno osemnajstih članov teh RSK-jev nima ustrezne izobrazbe iz psihoterapije, je ne izvaja ter strokovno in znanstveno o psihoterapiji ničesar ne objavlja. V kolikor iz sistema SICRIS zberemo vse njihove znanstvene in strokovne objave, kjer ima poleg Karin Sernec in Maje Rus Makovec iz RSK za psihiatrijo, ki sta vsem dobro znani po svoji psihoterapevtski kompetentnosti, tri vnose iz psihoterapije samo še Jana Kodrič iz RSK za klinično psihologijo (Kodrič, 2007, 2020; Janjuševič in Kodrič, 2008). Ta ugotovitev pa seveda v ničemer ne zmanjšuje velikega strokovnega in znanstvenega doprinosa vseh članov RSK-jev na področjih psihiatrije in klinične psihologije. Pomembno pa je, da bi samo RSK za *psihoterapijo*, sestavljen iz članov, usposobljenih za psihoterapijo kot samostojni poklic in kompetentnih tudi na področju raziskovanja psihoterapije, lahko odigral strokovno korektno vlogo glede normativnega urejanja psihoterapije. Ob tem velja poudariti, da so psihiatri in klinični psihologi, ki so hkrati usposobljeni za psihoterapijo po standardih za psihoterapijo kot samostojen poklic, lahko izjemno dragoceni s svojim interdisciplinarnim znanjem za izvajanje kakovostnih psihoterapevtskih storitev ter za strokovni in znanstveni razvoj področja psihoterapije. Številne države zato spodbujajo oz. določajo psihiatrom, da se ustrezno usposobijo iz psihoterapije, npr. v Avstriji (Možina, 2022b), Nemčiji (Možina, 2010), Kanadi (Chaimowitz idr., 2021) idr.

Dosedanje ravnanje obstoječih RSK-jev, ob vsej njihovi nedvomni kompetentnosti na področjih psihiatrije in klinične psihologije, pa kaže na njihovo strokovno sporno vlogo pri podajanju mnenj glede normativnega urejanja psihoterapije pa tudi psihoterapije nasploh. Dobro bi bilo, da bi upoštevali znani rek: Le čevlje sodi naj kopitar! Dosedanje ravnanje in izjasnjevanje RSK-jev nima veliko opraviti s strokovnimi vidiki psihoterapije, temveč je predvsem izkazovanje njihovega političnega vpliva, ohranjanje dolgoletno utrjenih pozicij na MZ ter težnje za uveljavljanje ozkih cehovskih interesov, ki ovirajo konstruktivno urejanje psihoterapije.

## 5. **Specializacije iz psihiatrije, otroške psihoterapije in klinične psihologije ne omogočajo usposobljenosti za poklicno psihoterapijo, temveč le za generično psihoterapijo**

Da bi lahko bolje razumeli, v čem je kamen spotike v trenutni medijski polarizaciji med poklicnimi psihoterapevti na eni strani ter psihiatri in kliničnimi psihologi na drugi strani, je pomembno razlikovati med generično in poklicno psihoterapijo. *Generična psihoterapija* pomeni, da strokovnjaki različnih poklicev v svojo dejavnost vključijo določen del psihoterapevtskih znanj in veščin ter s tem povečajo kakovost dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira določena psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje svetovalnih storitev v šolah, psihiater za izvajanje psihiatričnega svetovanja, klinični psiholog za izvajanje psihološkega svetovanja itn.). *Poklicno psihoterapijo* pa lahko izvaja samo tisti, ki opravi *celotno* psihoterapevtsko izobraževanje po evropskih kriterijih za psihoterapijo kot samostojni poklic.

Nekompetentnost članov RSK-jev na področju psihoterapije je tudi posledica tega, da v obstoječih specializacijah iz psihiatrije, otroške psihiatrije in klinične psihologije, izobraževanje po standardih za psihoterapijo kot samostojen poklic ni omogočeno kot redni/obvezni del, temveč je samo »priporočeno«<sup>4</sup>. Obstoječe razmere specializantom teh področij v najboljšem primeru omogočajo usposobljenost za t. i. »generično psihoterapijo«, o čemer je pisala tudi Maja Rus Makovec (2020). Njo sem namerno izbral, ker je, kot že omenjeno, članica RSK za psihiatrijo, in je ena redkih, ki si kot neke vrste žvižgačica kljub temu drzne govoriti resnico. Takole je zapisala v članku v osrednji slovenski psihiatrični reviji *Viceversa*:

»Na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana smo oblikovali izhodišče, da poskusimo ponuditi specializantom psihiatrije poleg modula o psihoterapiji (ki obravnava osnovne vsebine) tudi delavnice, ki bodo razvijale njihovo usposobljenost za generično aplikacijo psihoterapije skozi obdobje specializacije« (str. 14).

Za nas, poklicne psihoterapevte, ki smo se usposabljali najmanj 5 let, je seveda takšno izhodišče Univerzitetne psihiatrične klinike (UPL), da bodo specializantom »poskusili ponuditi« (in iskreno upamo, da jim bo uspelo) osnovna znanja iz psihoterapije, po eni strani hvalevredno, po drugi strani pa nam je

4 Npr. iz uradnega besedila o specializaciji iz otroške psihiatrije: »Priporočeno je, da se specializant že v času poteka specializacije odloči za popoln študij psihoterapije v eni od priporočenih psihoterapevtskih smeri...« ([https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/speciialicije/testna-mapa/otroska-in-mladostniska-psihiatrija/nova-vseбина/vseбина-specializacije.pdf?sfvrsn=f6b02d36\\_4](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/speciialicije/testna-mapa/otroska-in-mladostniska-psihiatrija/nova-vseбина/vseбина-specializacije.pdf?sfvrsn=f6b02d36_4)).



popolnoma jasno, da se specializanti na nekaj delavnicah ne morejo usposobiti za poklicno psihoterapijo. Tudi Maja Rus Makovec se kot izkušena psihiatrinja in psihoterapevtka tega dobro zaveda, saj v istem članku poudari, da

»učenje neke oblike psihoterapije poteka praviloma pet let. Prvo leto je bilo vsaj včasih namenjeno uvodnemu izhodiščnemu setu znanj, nato pa neka izbrana orientacija potrebuje štiri leta študija. To je časovno potratno, posebej, če upoštevamo mnenja, da zmanjkuje časa za druga osnovna znanja, ki jih potrebuje psihiater, ali «vsaka ura, porabljena za učenje psihoterapije, onemogoča nabor drugih nujnih somatskih in nevrobioloških znanj» (prav tam, str. 13).

Maja Rus Makovec tudi opozori na potrebo po osnovni izkušnji (učni terapiji) za specializante, ki naj bi jo UPL ponudila v okviru delavnic iz generične psihoterapije za specializante:

»Vendar je kot del bazičnega učenja potrebna tudi osnovna osebna (skupinska) izkušnja, ki naj jo varno vodijo kolegi psihiatri. Brez take izkušnje (v tujini največkrat reda velikosti 30 srečanj skupine po 2 uri, 60 ur) ni mogoče umestiti določenih teoretičnih znanj in jih internalizirati« (prav tam, str. 14).

Tudi ob tem se poklicni psihoterapevti, ki imamo za sabo stotine ur osebne izkušnje, zavedamo, kako skromen je tak obseg in kako v nebo vpijoča je potreba, da bi v okviru obveznega dela specializacij iz (otroške) psihiatrije in klinične psihologije za opravljanje psihiatričnih in klinično psiholoških storitev moral vsak specializant skozi najmanj 250 ur dela na sebi (kar je minimalni standard za poklicne psihoterapevte) ne glede na to, ali bo izvajal psihoterapijo ali ne. Da ne govorimo o tem, kako koristna bi bila osebna izkušnja kot obvezni del študija medicine tudi za vsakega bodočega zdravnika.

Ob vsem tem se lahko tudi sprašujemo, kako in kje se izgubi glas Maje Rus Makovec kot ugledne članice RSK za psihiatrijo, da lahko ta RSK, prav tako kot tudi druga dva RSK-ja, pred javnostjo skrivajo dejstvo, da ima večina psihiatrov, otroških psihiatrov in kliničnih psihologov, kot tudi specializantov teh treh področij, premalo ur izobraževanja iz psihoterapije in da je že doseganje generične ravni velik problem. Se pa tega dejstva zelo dobro zaveda vse večje število pacientov, ki pri teh treh profilih strokovnjakov tako glede dostopnosti kot tudi kakovosti psihoterapevtskih storitev ‚potegnejo ta kratko‘.

## 6. Polarizacija med psihoterapijo znotraj in zunaj zdravstva je zavajajoča

Na podlagi ugotovitve, da najvplivnejši predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov v debatah o zakonu nimajo ustreznih kompetenc na področju psihoterapije, se polarizacija na psihoterapijo v zdravstvu in zunaj njega, h kateri so v letu 2023 veliko prispevali tudi mediji (npr. Kamenarič, 2023d), pokaže kot umetna. Služi bolj skrivanju dejanskih problemov, ki jih imajo psihiatri in klinični psihologi v svojih vrstah, in velikih težav, ki jih imajo zdravniki (ki so educirani v okviru biomedicinskega modela) nasploh glede usposobljenosti za področje duševnega zdravlja.

Prava dilema ni med psihoterapijo znotraj in zunaj zdravstva, temveč med poklicno in generično psihoterapijo, bodisi v zdravstvu bodisi zunaj njega. Ustvarjanje vtisa, da so psihiatri in klinični psihologi glede psihoterapije enotni, tako glede usposobljenosti za njeno izvajanje znotraj zdravstva kot tudi glede usposobljenosti v primerjavi s psihoterapevti zunaj zdravstva, je lažno in zavajajoče.

K temu spoznanju nam dodatno lahko pomaga pogled čez mejo, na Dansko, ker so tamkajšnje razmere na področju psihoterapije v marsičem podobne slovenskim (Jacobsen, 2009): nimajo zakona o psihoterapiji; naziv psihoterapevt ni zaščiten, tako da ga lahko uporablja kdorkoli; nimajo osrednjega registra psihoterapevtov; izobraževanje iz psihoterapije je delno regulirano s strani psihiatrov in psihologov; za samoregulacijo na področju psihoterapije skrbi krovna zveza psihoterapevtov; splošni zdravniki, psihiatri in psihologi, ki izvajajo psihoterapijo v javnem zdravstvu, zanje niso dovolj usposobljeni; glavno vprašanje oz. problem je, kdo ima dostop do javnega financiranja psihoterapevtskih storitev, pri čemer imajo psihiatri in klinični psihologi privilegiran položaj in zato nasprotujejo vključitvi psihoterapevtov v zdravstveni sistem (Jacobsen idr., 2012; Psykolognævnet, 2022).

Glede podobnosti med slovenskimi in danskimi razmerami pa je še posebej zanimiv Jacobsenov opis odnosov med strokovnjaki, ki izvajajo psihoterapijo:

“... ker imajo zdravniki v psihiatričnih institucijah vodstveno vlogo, so hierarhično nadrejeni drugim strokovnjakom. Tako imajo pravico odločati o obravnavi (napotitvah, tipu in zaključku obravnave, zdravlilih idr.), pomembno pa je tudi, da imajo lažji dostop do javnih sredstev ... Za odnos med psihiatri in psihologi je po eni strani značilno vzajemno spoštovanje, priznavanje in sodelovanje, po drugi strani pa tekmovalnost, frustracija, včasih celo zavist in diskreditiranje. Psihologi, ki delajo v psihiatričnih ustanovah, bi pogosto radi imeli večji vpliv in več avtoritete ... Velike delovne obremenitve psihiatrom ne dopuščajo, da bi se posvečali psihoterapiji v tolikšni meri, kot bi si želeli.

Psihologe pogosto jezi, da so na področju psihoterapije izkušenejši in bolj strokovni od psihiatrov, medtem ko si psihiatri želijo, da bi imeli manj pacientov. Medtem ko imajo zdravniki višji socialni status, so psihologi na splošno prepoznani kot tisti, ki so opravili boljša izobraževanja iz psihoterapije in so v njej bolj vešč. Na splošno pa je odnos med tema dvema poklicnima skupinama dober, kar se kaže tudi v dejstvu ... da njihove strokovne organizacije prirejajo veliko skupnih tečajev, sprejemajo drug drugega v vlogah učiteljev in supervizorjev ter poskušajo uskladiti svoje specialistične izobraževalne programe." (Jacobsen, 2009, str. 8-9)

Tudi pri nas obstaja dvojnost v odnosu med psihiatri in psihologi, kot ga opisuje Jacobsen. Ker so na področju psihoterapije v povprečju klinični psihologi bolj usposobljeni kot psihiatri, jim ta ekspertnost pomaga pri krepitvi njihovega statusa napram psihiatom, saj so v hierarhiji stopničko nižje od njih. V odnosu do psihoterapevtov zunaj zdravstva, ki jih tako psihiatri kot klinični psihologi vidijo kot nasprotnike in neželene konkurente, pa so enoglasni zavezniki, kot da med njimi ne bi bilo zapletenega dvojnega razmerja sodelovanja in tekmovalnosti (pa tudi frustracije in zavisti, kot opisuje Jacobsen). Še posebno za klinične psihologe so prizadevanja psihoterapevtov za vključitev v sistem javnega zdravstva huda grožnja, ker bi s tem izgubili primat nad opravljanjem psihoterapevtskih storitev in s tem področje, kjer prekašajo psihiatre in potrjujejo svoj ugled.

7.

## **Od polarizacije med psihoterapijo znotraj in zunaj zdravstva do vojne za obrambo meja zdravstva**

V jesenskih mesecih so mediji hvaležno zagrabili priložnost za udarne novice, potem ko so se najglasnejši predstavniki psihiatrov in kliničnih psihologov prikazovali kot branitelji psihoterapije, pacientov in dostopa do javnega denarja v zdravstvu (RTV Slovenija, 2023). Tako smo poleg novic o ukrajinski vojni lahko začeli slediti tudi novicam o vojni med njimi in psihoterapevti (Kamenarič, 2023d; Juvan, 2023) ter smo se nenadoma znašli na »okopih« (Hočevnar, 2023c). Novice o vojnah pač povečujejo število bralcev in prodajno uspešnost medijev, katerim je danes podrejeno vse. Psihoterapevtsko vojno so definirali tudi prostorsko – skupni sovražnik v zdravstvu zaposlenih psihiatrov in kliničnih psihologov naj bi bili psihoterapevti zunaj zdravstva. Tako se je razvil javni diskurz podoben tistemu, ko se v vojni spopadeta dve državi in je ključna obramba meja. Klinični psihologi in psihiatri se prikazujejo kot obrambne sile in poudarjajo, kako je za vsako ceno potrebno ubraniti meje zdravstvenega sistema in s tem njihovo profesionalno suverenost na področju psihoterapije. Psihoterapevte pa prikazujejo

kot agresorje, ki bi naredili veliko škode pacientom, in kot moralno izprijene roparje, ki želijo krasti javni denar (Rugelj, 2023b).

Da bi povečali svoje obrambne moči, so psihiatri in klinični psihologi silom prilike pripravljeni mobilizirati celo rezervne vojaške enote z obljubo odpiranja vrat svojega posvečenega psihoterapevtskega hrama tudi za nekatere druge zdravstvene poklice, npr. za medicinske sestre, delovne terapevte, muzikoterapevte in socialne delavce (Hočevar, 2022), ki so jih prej glede možnosti izvajanja psihoterapije desetletja obravnavali mačehovsko. Prav od leta 2018 naprej, potem ko so ugotovili, da se je sovražnik, celo ob podpori ekspertov Svetovne zdravstvene organizacije (Uradni list RS, 2018; SZO, 2020), ki so za Slovenijo priporočili vključitev poklicnih psihoterapevtov v zdravstveni sistem (kar je izrecno povzeto celo v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-28), tako nevarno približal mejam zdravstva, da je postala dobrodošla tudi mobilizacija rezervistov. Samo da se doseže zmaga nad psihoterapevti zunaj zdravstva in se jih po zmagi celo preimenuje oz. degradira v »svetovalce« (Zupanič, 2018; Hočevar, 2023b).

## 8. Primerjava stališč o regulativi psihoterapije v Sloveniji

Če hočemo izstopiti iz zavajajočih polarizirajočih in vojaških diskurzov ter ugle dati dejansko stanje, pa je ključna ugotovitev, da psihoterapija že dolgo ni niti del psihiatrije niti del (klinične) psihologije. Z razvojem v zadnjih sto letih se je uresničila Freudova vizija, da je samostojen poklic in avtonomna znanstvena veda, ki ne sme pristati ali celo ostati v rokah zdravnikov (Bohak, 2006).

V tabeli 1 so prikazane razlike med stališči o zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji, ki so se izpostavila v letu 2023 med vodilnimi slovenskimi kliničnimi psihologi in psihiatri na eni strani in psihoterapevti, ki smo se povezali v okviru Slovenskega združenja za psihoterapijo.

Ključna razlika je, da je psihiatrični in klinično psihološki koncept izrazito izključujoč in diskriminatoren, medtem ko je psihoterapevtski koncept vključujoč in enakopraven.

Tabela 1

## Primerjava stališč o regulativi psihoterapije v Sloveniji

PRIMERJAVA STALIŠČ GLEDE REGULATIVE PSIHOTERAPIJE	
Psihiatrični in klinično psihološki koncept	Psihoterapevtski koncept
<p><b>Izključujoče stališče - povzetek:</b></p> <p>Psihoterapijo lahko izvajajo samo psihiatri in klinični psihologi (in še nekateri zdravstveni poklici), potrebno je preprečiti psihoterapevtom, da bi delali v zdravstvu, preprečiti je potrebno izobraževanje iz psihoterapije po maturi. Izobraževanje iz psihoterapije je možno samo za zdravnike in psihologe ter v skrajnem primeru še za določene profile zdravstvenih delavcev, npr. za medicinske sestre, delovne terapevte, muzikoterapevte in socialne delavce.</p>	<p><b>Vključujoče stališče - povzetek:</b></p> <p>Psihoterapijo lahko izvajajo tako psihoterapevti kot tudi psihiatri in klinični psihologi oz. vsi, ki imajo ustrezno poklicno izobrazbo iz psihoterapije za prvi ali drugi poklic. Omogočiti je potrebno tako akademsko izobraževanje iz psihoterapije (dodiplomsko, magistrsko, doktorsko) za vse, kot tudi vključevanje psihoterapevtskih vsebin v specialistične programe za zdravnike in psihologe. Oboje že obstaja, potrebno je samo oboje upoštevati v zakonu.</p>
<p>Psihoterapevtom je treba preprečiti, da bi izvajali psihoterapijo in se zaposlovali v zdravstvu.</p>	<p>Da bi psihoterapevti ne delovali le kot zasebniki zunaj zdravstva, temveč bi lahko bili tudi izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (kot zdravstveni delavci ali zdravstveni sodelavci znotraj zavodov in drugih institucij, v katerih se izvaja zdravstvena dejavnost ali kot zasebni zdravstveni delavci ali zdravstveni sodelavci s koncesijo), bi bilo treba vzpostaviti poklic psihoterapevta, dodati ta poklicni profil v Odredbo o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost (Uradni list RS, 2022) in oceniti finančne posledice opravljanja psihoterapije kot javne zdravstvene službe za sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja.</p>
<p>Zakon ni potreben, ohraniti je treba obstoječe stanje, kjer je psihoterapija <i>metoda</i> zdravljenja duševnih motenj in bolezni, ki jo lahko izvajajo samo psihiatri in klinični psihologi (in še kakšen profil zdravstvenih delavcev) in ki se lahko uporablja <i>izključno</i> v zdravstvu.</p>	<p>Potreben je zakon, ki psihoterapijo definira kot <i>samostojen poklic</i> z možnostjo zaposlovanja psihoterapevtov ne le v zdravstvu, temveč tudi v socialnem varstvu, pravosodju, na področju vzgoje in izobraževanja, pravosodja, gospodarstva, športa, zdravstvenega turizma idr.</p>
<p>Zbornica psihoterapevtov ni potrebna.</p>	<p>Zbornica psihoterapevtov (v nadaljevanju Zbornica) z obveznim članstvom (podobno kot je Zdravniška zbornica) bi preko mehanizma podeljevanja licenc za opravljanje poklica (licenco dobi samo tisti kandidat, ki je izobražen in usposobljen po standardih za samostojni poklic, ki jih opredeli zbornica na podlagi zakona o psihoterapiji) in nadzora nad izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti skrbela za trajno izpolnjevanje zakonskih zahtev in posledično za varno izvajanje psihoterapije v razmerju do njenih uporabnikov.</p>

<b>PRIMERJAVA STALIŠČ GLEDE REGULATIVE PSIHOTERAPIJE</b>	
<b>Psihiatrični in klinično psihološki koncept</b>	<b>Psihoterapevtski koncept</b>
Licence za psihoterapevta niso potrebne, ker tega poklica ni.	Zbornica mora skrbeti za opravljanje strokovnih izpitov, za podeljevanje in obnavljanje licenc za opravljanje psihoterapevtskega poklica, za nadzor nad izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti, za ažurno in vestno vodenje registra psihoterapevtov.
Psihoterapijo lahko izvajajo samo specialisti klinične psihologije, psihiatrije in otroške psihiatrije, ki zaključili izobraževanje iz vsaj enega pristopa, za katerega je področni Razširjeni kolegij opredelil, da je z dokazi podprta metoda za zdravljenje duševnih motenj (KVT, psihoanalitična, sistemska).	Ti poklici lahko tako kot tudi drugi poklici v svoje redno delo vključujejo elemente psihoterapevtskih znanj in veščin (generična psihoterapija). Način izvajanja s psihoterapevtskimi znanji in veščinami obogatene delo dela je v domeni posameznih poklicnih profilov oziroma institucij, v katerih ti profili delajo (npr. način izvajanja strokovnega dela psihiatra na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana ob upoštevanju znanstveno potrjenih dognanj določi pristojni organ znotraj UPK Ljubljana). Kljub tovrstni strokovni avtonomiji pa ni dopustno, da bi se posamezni psihoterapevtski pristopi brez vnaprej določenih stvarnih kriterijev (arbitrarno) izključevali. Tak primer so t. i. »priznani psihoterapevtski pristopi v okviru specializacije iz klinične psihologije«, objavljeni na spletni strani Zbornice kliničnih psihologov Slovenije (2021).
Financiranje psihoterapevtskih storitev iz javnih sredstev naj še naprej poteka tako kot do zdaj, torej samo za psihoterapevtske storitve psihiatrov in kliničnih psihologov (morda tu vključiti še kakšen zdravstveni poklic, npr. medicinske sestre, delovne terapevte, muzikoterapevte in socialne delavce).	Pogoj za financiranje psihoterapevtskih storitev naj bi bil, da jih nudi psihoterapevt z licenco. Psihiatri in klinični psihologi, tako kot drugi pomagajoči poklici (npr. socialni delavci, specialni pedagogi idr.), lahko v svoje redno delo vključujejo elemente psihoterapevtskih znanj in veščin, čemur pravimo »generična psihoterapija«. Za razliko od te pa nudi psihoterapevt z licenco »poklicno psihoterapijo«, ki je lahko financirana iz javnih sredstev.

<b>PRIMERJAVA STALIŠČ GLEDE REGULATIVE PSIHOTERAPIJE</b>	
<b>Psihiatrični in klinično psihološki koncept</b>	<b>Psihoterapevtski koncept</b>
<p>Javno financiranje izobraževanj iz psihoterapije naj poteka zunaj univerz in fakultet preko neakreditiranih, neakademiških programov, ki jih brez vnaprej določenih stvarnih kriterijev, torej arbitrarno, določi Zbornica kliničnih psihologov Slovenije, ki je društvo.</p> <p>Država naj preko javnih pooblastil Zbornici kliničnih psihologov Slovenije utrdi (že obstoječi) monopol za črpanje javnih sredstev za samovoljno (arbitrarno) odločanje, iz katerih psihoterapevtskih pristopov lahko potekajo izobraževanja, kdo bodo njihovi nosilci in kakšni bodo standardi teh izobraževanj.</p>	<p>Javno financiranje izobraževanj s področja psihoterapije naj poteka v skladu z Zakonom o visokem šolstvu in kriteriji, ki so pod nadzorom NAKVISa (Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu Republike Slovenije).</p> <p>Naklanjanje monopolnega oziroma monoplu podobnega položaja izbranim izvajalcem brez vnaprejšnjih stvarnih in javno objavljenih meril za izbor izvajalcev v pravni državi ni dopustno. Izobraževanje iz psihoterapije v okviru specializacije iz klinične psihologije ne dosega ravnih standardov za samostojni poklic, ki so splošno uveljavljeni v Evropi in razvitem svetu. V tem smislu je na posameznih mestih neustrezna tudi Odredba o programu specializacije iz klinične psihologije (Uradni list RS, 2013). Tako se npr. v 3. točki 10. člena te odredbe nakazuje možna razlaga, da bi klinični psihologi po zaključeni specializaciji izvajali »psihoterapijo«, kar ni pravilno. Iz programa specializacije iz klinične psihologije, ki je v prilogi te odredbe, namreč izhaja, da lahko klinični psihologi po zaključeni specializaciji izvajajo klinično psihološko delo z vključevanjem elementov psihoterapije, torej generično psihoterapijo. Podobno, kot smo že utemeljili zgoraj, lahko npr. generično psihoterapijo izvaja zdravnica družinske medicine ali na področju vzgoje in izobraževanja socialna delavka, učiteljica, svetovalna delavka. Dikcija, da lahko specialist klinične psihologije »izvaja psihoterapijo« je torej podobno zavajajoča, kot če bi trdili, da npr. specialist družinske medicine, ki je ob specialističnem študiju osvojil tudi nekatera psihoterapevtska znanja in veščine, lahko opravlja psihoterapevtske storitve, ki se financirajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.</p>

<b>PRIMERJAVA STALIŠČ GLEDE REGULATIVE PSIHOTERAPIJE</b>	
<b>Psihiatrični in klinično psihološki koncept</b>	<b>Psihoterapevtski koncept</b>
Nov poklic »psihoterapevt« ni potreben. Psihoterapevti zunaj zdravstva naj dobijo naziv »psihosocialni svetovalci« in naj nudijo pomoč ljudem z duševnimi težavami in stiskami, ne pa ljudem z duševnimi motnjami in boleznimi.	V register poklicev je treba vključiti poklic »psihoterapevt«, da bo možno zaposlovanje v zgoraj naštetih resorjih. Poklic »psihoterapevt« in poklic »psihosocialni svetovalec« sta dva različna poklica. Zaradi dolgih čakalnih dob v zdravstvu že obstoječi psihoterapevti zunaj zdravstva vrsto let delajo z ljudmi samoplačniki, ki pri njih poiščejo pomoč, ko jih zdravstveni sistem zavrne, nezadostno obravnava ali preneha zdraviti. Ni neobičajno, da so med njimi tudi ljudje, ki imajo duševne motnje. Obstoječi psihoterapevti jih uspešno obravnavajo, s čimer popravljajo veliko hibo javnega zdravstva zaradi nedostopnosti psihoterapije.
Problem čakalnih dob se bo rešil s povečanjem števila psihiatrov in kliničnih psihologov. To se bo zgodilo čez okoli 10 let, ko bodo končale s študijem nove generacije psihologov in zdravnikov.	Po priporočilu Svetovne zdravstvene organizacije (Uradni list RS, 2018; SZO, 2020) je potrebno problem čakalnih dob izboljšati čimprej z vključitvijo tistih obstoječih psihoterapevtov, ki izpolnjujejo mednarodne standarde za poklic psihoterapevta (teh je najmanj 300) v sistem varovanja duševnega zdravja v različnih zgoraj naštetih resorjih.
Psihoterapija je tako posebna in zahtevna dejavnost, da se mora preprečiti vstop v akademsko izobraževanje iz psihoterapije takoj po maturi. Psihoterapija ne more biti prvi poklic, temveč samo drugi poklic.	Psihoterapija je glede zahtevnosti primerljiva z medicino, psihologijo, socialnim delom in drugimi pomagajočimi poklici, zato se mora vzpostaviti možnost akademskega izobraževanja neposredno po srednji šoli, kot to velja za druge pomagajoče poklice.
Psihoterapevti nimajo ustreznih znanj iz diagnostike, psihopatologije, nevropsihologije, razvojne psihologije, zato spregledajo resne duševne motnje. V interdisciplinarnih timih v institucijah za varstvo duševnega zdravja psihoterapevti niso potrebni, psihoterapevtske storitve nudijo klinični psihologi in specializanti klinične psihologije in so zato plačani iz javnih sredstev.	V programih izobraževanja iz psihoterapije na fakultetah in po društvi, ki izobražujejo po standardih za samostojen poklic, so vse te vsebine obvezne. Zaradi dolgih čakalnih dob psihoterapevti že 30 let obravnavamo ljudi z duševnimi motnjami in tako bo tudi v bodoče, še posebno če bo še najprej obveljalo izključujoče stališče psihiatrov in kliničnih psihologov. Zakon bi omogočil podlago za razvijanje multidisciplinarnih timov, v katerih bi bili poleg psihiatrov, (kliničnih) psihologov, specialnih pedagogov, medicinskih sester in socialnih delavk tudi psihoterapevti. Le interdisciplinarna, celostna obravnava je učinkovit odgovor na zahtevno problematiko duševnih motenj.



<b>PRIMERJAVA STALIŠČ GLEDE REGULATIVE PSIHOTERAPIJE</b>	
<b>Psihiatrični in klinično psihološki koncept</b>	<b>Psihoterapevtski koncept</b>
Programi specializacij iz psihiatrije in klinične psihologije vključujejo psihoterapevtske vsebine, ki omogočajo psihiatrom in kliničnim psihologom kakovostno izvajanje psihoterapije.	Programi specializacij iz psihiatrije in klinične psihologije so veliko manj zahtevni in manj obsežni od programov izobraževanja s področja psihoterapije na fakultetah in po družtvih, ki upoštevajo evropske standarde za psihoterapijo kot samostojen poklic.
Naše stališče štiti paciente pred psihoterapevti, ki delujejo zunaj zdravstva, in pred šarlatani.	Visoki standardi za poklic psihoterapevta ščitijo pred šarlatani paciente in vse ljudi, ki iščejo psihoterapevtsko pomoč.
Definicija psihoterapije se glasi: »Psihoterapija je zdravljenje duševnih motenj in boleznih s psihološkimi sredstvi.«	Definicija psihoterapije, ki jo navajajo psihiatri in klinični psihologi, je neustrezna in zastarela. Citirana je iz Slovarja slovenskega knjižnega jezika, ki ni strokovna referenca. Ustrezna definicija psihoterapije je lahko samo tista, ki temelji na primerjalni analizi definicij najpomembnejših strokovnih organizacij (psihiatričnih, psiholoških, psihoterapevtskih) po svetu. Ta se glasi: »Psihoterapija je znanstveno utemeljena obravnava duševnih stanj posameznikov s pomočjo strokovnjakov, ki so psihoterapevti, s ciljem izboljšanja ugotovljenih duševnih motenj in duševnih težav, lahko pa tudi drugih motečih vzorcev mišljenja, čustvovanja, vedenja, medosebnih odnosov in življenjskega sloga posameznikov, ter spodbujanja njihove osebnostne rasti v smeri zdravlja in boljše kakovosti življenja.«

Da je psihoterapevtski koncept vključujoč, je razvidno tudi v našem predlogu, kako povečati dostopnost do psihoterapije v službah psihiatrije in klinične psihologije. Zavzemamo se za povečanje števila psihiatrov in kliničnih psihologov (Možina in Okorn, 2022), da se jim omogoči več časa za kompletno izobraževanje iz psihoterapije ter da sem jim poveča normativ za opravljanje psihoterapevtskih storitev. Hkrati je potrebno finančno boljše ovrednotiti psihoterapevtsko delo, saj so v sedanjem sistemu psihiatri in klinični psihologi bolj plačani za nepsihoterapevtske psihiatrične oz. klinično psihološke storitve. Na ta način bi zvečali njihovo motivacijo za izvajanje psihoterapije, ki je v sedanjih ureditvah na relativno nizki ravni.

Povečanje števila psihiatrov in kliničnih psihologov ter izboljšanje pogojev za njihovo psihoterapevtsko delo pa se nikakor ne izključuje s tem, da je potrebno vzporedno psihoterapijo regulirati kot samostojen poklic in zagotoviti, da bodo poklicni psihoterapevti prevzeli pomemben delež bremena opravljanja psihoterapevtskih storitev v zdravstvu in drugih resorjih. Tako bodo psihiatri,

klinični psihologi in psihoterapevti lahko delali z ramo ob rami za izboljšanje dostopnosti do psihoterapije in za povečanje kakovosti psihoterapevtskih storitev.

## 9. **Ključna izhodišča Slovenskega združenja za psihoterapijo za zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji**

Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje (ki se je v letu 2023 preimenovalo v Slovensko združenje za psihoterapijo – v nadaljevanju SZP) je bilo ustanovljeno decembra 2016 z glavnim ciljem: v prizadevanjih za normativno ureditev psihoterapije pod eno streho povezati delujoče psihoterapevte in edukante pod supervizijo na eni strani ter uporabnike psihoterapevtskih storitev, simpatizerje in podpornike psihoterapije na drugi strani (Kosovel, 2016). Oblikovali smo interno delovno skupino, v kateri so bili predstavniki Teološke fakultete Univerze v Ljubljani, Fakultete za uporabne družbene študije iz Nove Gorice, Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije idr., na posebno povabilo pa so se nam pridružili tudi predstavniki Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Skupaj smo nato tudi opravili srečanja s poslanci, ministri, varuhom človekovih pravic idr.

Marca 2018 je predstavnikom SZP v Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-28 (Uradni list RS, 2018) uspelo dodati strateški cilj priprave in sprejetja zakona o psihoterapiji do leta 2020 (Možina in Kosovel, 2017). Ker je delovna skupina na MZ jeseni 2018 zamrla, smo z delom na predlogu zakona nadaljevali sami (Levstik, 2023). K sodelovanju smo pridobili tudi pravnico in nov predlog zakona je bil leta 2022 nared, tako da smo ga jeseni 2022 predstavili tudi na sestanku na MZ. Ključna izhodišča so prikazana v tabeli 2. Hkrati smo jih v medijih na različne načine in z različnimi poudarki prikazovali v poenostavljenih verzijah, da bi bila za laično javnost čim bolj razumljiva (Battelino idr., 2023; Čertanc Mavsar, 2023; Hočevar, 2022; Kamenarič, 2021, 2023abcdef; Keček, 2023; Knez Steinbuch, 2023; Kosovel idr., 2023; Levstik, 2023; Markič, 2023; Mihajlović, 2023; Možina, 2022ac, 2023abc; Možina in Dernovšek, 2023; Petrovič, 2023; RTV Slovenija, 2023; Salihović, 2023; Salihović, Kosovel in Možina, 2023; Šašek, 2022). Nekatere od teh objav so zbrane v informativnem delu te številke Kairosoa.

Ključne točke psihoterapevtskega koncepta, ki smo jih v letu 2023 v medijih vedno znova ponavljali in predstavljajo skrajšano verzijo besedila, ki je prikazano v tabeli 2, so:

- potrebujemo zakon, ki naj psihoterapijo opredeli kot samostojni poklic in samostojno akademsko disciplino;
- s pravno regulacijo psihoterapevtskega poklica in psihoterapevtske dejavnosti se bodo zmanjšale čakalne vrste, boljša in pravičnejša bo dostopnost do psihoterapevtskih storitev, povečalo se bo število psihoterapevtov in postopno se bodo ustvarili pogoji za predvidljivo in varno usmerjanje javnih finančnih sredstev za opravljanje te dejavnosti v javnem interesu (o tem pričajo ugodni rezultati študij stroškov in koristi po vsem svetu<sup>5</sup>);
- izboljšala se bo kakovost izobraževanja in usposabljanja za psihoterapevtski poklic. Kot temeljni način za pridobitev izobrazbe s področja psihoterapije je predvideno akademsko, dvostopenjsko izobraževanje (dodiplomsko in magistrsko) takoj po srednji šoli (enako kot za psihologe, socialni delavce, zdravnike idr.);
- psihoterapije se ne bo izvajalo samo v okviru zdravstva, temveč tudi v okviru socialnega varstva (centri za socialno delo), vzgoje, izobraževanja (vrtci, šole), športa (tekmovalni šport), pravosodja (hiše za otroke, zavodi za prestajanje kazni), notranjih zadev (domovi za begunce, migrante, žrtve trgovine z ljudmi), gospodarstva (varovanje duševnega zdravja na delovnih mestih), turizma (zdravstveni turizem);
- zbornica psihoterapevtov z obveznim članstvom naj prevzame obveznosti glede podeljevanja licenc za opravljanje psihoterapevtskega poklica in nadzor nad kakovostjo izvajanja psihoterapevtskih storitev tako v okviru (javnih) zavodov in drugih institucij, ki delujejo v javnem interesu, kot tudi v okviru izvajanja (zasebne) psihoterapevtske dejavnosti, vodenje registra psihoterapevtov in izvajanje drugih javnih pooblastil in zakonsko določenih nalog;
- prehodno obdobje za prehod iz sedanjega (neurejenega) stanja v zakonsko določeno (urejeno) stanje naj bo ustrezno dolgo (v predlogu zakona se po nemškem vzoru predlaga 12 let).

5 Študije stroškov in koristi ter metaanalitične primerjave učinkovitosti psihoterapije in psihofarmakoterapije nikakor ne govorijo v prid medikalizaciji v obravnavi duševnih motenj, temveč potrjujejo racionalnost vlaganja v psihoterapijo (npr. Chiles idr., 1999; Fava in Sonino, 2000; Hunsley, 2003; Myhr in KristaPayne, 2006; De Maat idr., 2007; Kächele in Pirmoradi, 2009; Berg idr., 2011; Dezetter idr., 2013; Gusner, 2016; Kamenov idr., 2016).

Tabela 2

**Gljučna izhodišča Slovenskega združenja za psihoterapijo  
za zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji.**

**Gljučna izhodišča za zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji**

- Psihoterapijo je potrebno razumeti kot samostojni poklic in avtonomno znanstveno vedo.
- Ker gre pri izobrazbi za psihoterapevta za izobrazbo na visokem strokovnem nivoju, mora potekati v skladu z Zakonom o visokem šolstvu, regulacija poklica in poklicne dejavnosti pa v skladu z Zakonom o psihoterapiji, ki Zbornici psihoterapevtov nalaga nadzor nad izvajanjem poklica preko mehanizma podeljevanja in obnavljanja licenc, nadzor nad izvajanjem poklicne dejavnosti pa pretežno preko strokovnega nadzora.
- Pomembno je jasno razmejiti poklicno psihoterapijo, ki jo lahko izvajajo samo poklicni psihoterapevti, od uporabe posameznih delov psihoterapevtskih teorij in posameznih metod in tehnik (t. i. generična psihoterapija), ki jo lahko izvajajo različni strokovnjaki, ki v različnih obsegih integrirajo svoja delna psihoterapevtska znanja in veščine v svoje osnovno delo.
- Poklicni psihoterapevt lahko postane samo tisti, ki opravi celotno psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje po kriterijih za samostojni poklic.
- Potrebujemo dovolj veliko število poklicnih psihoterapevtov za povečanje dostopnosti in kakovosti psihoterapevtskih storitev.
- Potrebno je povečati število psihiatrov, kliničnih psihologov in psihoterapevtov za izboljšanje dostopnosti do psihiatričnih, klinično psiholoških in psihoterapevtskih storitev.
- Za ureditev področja psihoterapije in skrbi za duševno zdravje je potrebno medresorsko sodelovanje med različnimi ministrstvi.
- Sodelovanje med različnimi strokovnjaki in službami na področju varovanja duševnega zdravja je ključno za preprečevanje fragmentacije raznih oblik pomoči.
- Zdravniki, psihiatri in (klinični) psihologi, ki hočejo izvajati psihoterapevtske storitve, se morajo dodatno izobraziti in usposobiti po kriterijih za samostojni poklic psihoterapevta.
- Zbornica psihoterapevtov z obveznim članstvom je najvišji strokovni organ, ki nadzoruje poklicno dejavnost psihoterapevtov preko podeljevanja in obnavljanja licenc.
- Pomembno je povečati obseg in dostopnost do nizkopražne psihoterapije.
- Psihoterapija mora biti dostopna tako v mestih kot na podeželju.
- Zbornica psihoterapevtov v skladu z ustreznimi znanstvenimi in strokovnimi kriteriji na transparenten način potrjuje veljavnost psihoterapevtskih pristopov.
- Neposredni akademski študij psihoterapije, ki je odprt za tiste, ki so končali srednjo šolo, je osnovna pot izobraževanja do izobrazbe psihoterapevta, tako kot je študij medicine osnovna pot do izobrazbe zdravnika, študij psihologije do izobrazbe psihologa, študij socialnega dela do izobrazbe socialnega delavca ipd. Potrebno je omogočiti izobraževanje s področja psihoterapije na prvi in drugi bolonjski stopnji (izobraževanje za »prvi poklic«), hkrati pa tudi opredeliti transparentne pogoje za olajšanje izobraževanja za »drugi poklic« (t. i. diferencialne programe in programe izpopolnjevanja v skladu z Zakonom o visokem šolstvu).
- Akademizacija psihoterapije je nujna za intenziviranje raziskovanja psihoterapije.
- Ob uvedbi zakona o psihoterapiji je potrebno zagotoviti dovolj dolgo prehodno obdobje (npr. 12 let), tako da bodo lahko inštituti, ki so zavodi, ustanavljali nove visokošolske zavode in nove akademske psihoterapevtske programe v skladu z Zakonom o visokem šolstvu.
- Obstoječa društva in inštituti, ki sedaj izvajajo izobraževanja iz psihoterapije, bodo lahko sodelovala z Zbornico psihoterapevtov v programih stalnega strokovnega izpopolnjevanja psihoterapevtov z licenco, supervizorjev, mentorjev idr. Učitelji, supervizorji in mentorji iz društev in inštitutov bodo lahko sodelovali v izvajanjih obstoječih in novo nastalih fakultetnih programov.
- Glede na pretirano uporabo psihofarmakov in glede na študije stroškov in koristi, ki kažejo na prednosti psihoterapije pred zdravljenjem z zdravili, je potrebno povečati financiranje psihoterapije iz javnih sredstev.

10.

## Sklepna ugotovitev glede regulative psihoterapije v Sloveniji

Natančnejša primerjava izhodišč za regulativo psihoterapije pokaže, da vsebinsko psihiatrični in klinično psihološki koncept ne predstavlja učinkovite systemske rešitve. Ne upošteva namreč obstoječega stanja in razvojne stopnje, ki jo je psihoterapija dosegla v Sloveniji. S pravnega vidika je izključujoč in diskriminatoren. Medijsko prikazovanje, da gre za dve možnosti rešitve trenutno neurejenega stanja, je zavajajoče.

Kljub temu da je psihoterapevtski koncept edini, ki ponuja vključujočo in razvojno spodbujajočo rešitev, je bilo leto 2023 glede njegove ureditve na pravno ustrezen način, namreč z zakonom, še eno jalovo leto. Temu primerno je tudi občutje, ki se sklada z razpoloženjem v Pavčkovi pesmi: sivo, s spomini na vznesenost, ki se pogrezajo v močvirje vseenosti.

Vendar pa se Pavčkovi *Soneti za besedo*, iz katerih sem izbral teh nekaj verzov, zaključijo z naslednjim *Vprašanjem* (Pavček, 1987, str. 724):

*Pravijo - samo beseda ostane.  
Potem ko si vse drugo vrgel v vodo,  
potem ko je vse drugo odneslo,  
ko se je vse drugo razsulo,  
potem ko si gol na obrežju  
klical za vsem izgubljenim  
in izgubil še glas –  
ti je ostala beseda?*

Odgovor na vprašanje je da, beseda ostane. Vsem, ki si prizadevamo za zakon, ostaja beseda. Tista beseda, ki kljub topi sivini obupa vznikla iz upanja. Ko Terry Eagleton (2018) išče upanje, ki je onkraj optimizma in pesimizma, ga najde v tem, da lahko o brezupnem stanju govorimo. Pri tem se spomni Edgarjevega vzklika v Shakespeareovem Kralju Learu: »... dokler lahko rečeš: Na tleh sem – nisi še na tleh«. Dokler lahko v zvezi z našo temo, zakonsko ureditvijo psihoterapije, govorimo o tem, kako nismo prišli na hrib, ker nas je v letu 2023 znova prehitela brezbrizna vseenost, pa naj o tem govorimo v vsakdanjem, znanstvenem, filozofskem, pesniškem ali humorističnem jeziku, naše upanje ne bo ugasnilo. Popoln mrk nastopi šele z uničenjem jezika oziroma jezikovnega izražanja.

Kako trdožive so lahko besede in kako v trenutkih okušanja grenkega obupa na brbončicah duše nenadoma vzbudijo milo sladkobo upanja, se mi je znova pokazalo ob nenavadnem butalskem preblisku, ki me je ohrabil ob razočaranju po zgoraj opisanih prelomljenih obljubah. Bilo je po televizijskem nastopu konec avgusta 2023, kjer sva na tretjem programu nacionalke nastopila skupaj

z Dernovškovo in kjer je ta ponovno razlagala o svoji ideji pilotnega projekta uvajanja psihoterapevtov v centre za duševno zdravje (Možina in Dernovšek, 2023). Kot sem opisal, se mi zdi tak projekt nesmiseln in do psihoterapevtov ponižujoč. Pa so se mi po oddaji, ko sem svojo grenkobo prelil na papir, neprijetni občutki ob pisanju butalske zgodbe razkadili, tako da sem se lahko od srca nasmejal lastni domisljici, pravzaprav sem se kar krohotal.

## 11. **Epilog: Butalska zgodba o visokih travah in kozlih (vsakršna podobnost s pilotnim projektom uvajanja psihoterapevtov v centre za duševno zdravje je zgolj naključna)**

Do butalske občinske uprave je dospela novica, da bi morda za njihove visoko porasle trate, ki jih niso uspeli dovolj hitro kositi, lahko prav prišli kozli. Da so se te vrle živali v širnih deželah, ki so se raztezale od Butal proti severu in jugu ter proti vzhodu in zahodu, prav dobro obnesle kot travojedke. In da bi potem še mleka dajale. Butalski visoko zarasli travniki so Butalcem delali kar nekaj preglavic, o katerih sicer niso radi govorili. A sem in tja je kakšen Butalec na štiri oči drugemu vseeno potožil, da se lahko sprehaja le še po cestah in kolovozih, z njih kar tako zaviti v gmajno pa ne more.

Zato so na občinski upravi zasedali leto, dve in več, tako da so že pozabili, kdaj so začeli s tem temeljitim tehtanjem o možnih rešitvah problema visoko poraslih in vse težje prehodnih trat. Pa so se potemtakem le dogovorili, da bi bil na mestu eksperiment s kozlom, v katerem bi se na lastne oči prepričali, ali bo travo jedel ali ne. In da bodo potem na preizkusni trati natančno izmerili, koliko centimetrov je je pojedel v širino in koliko v dolžino. Kajti Butalci so razmišljali tako: je že res, da se je širom sveta pokazalo, da kozli kar učinkovito, tako v širino kot v dolžino, jedo travo in celo plevel, a če se bo na butalskih tratih kaj takega prigodilo, pa ni moč zagotovo vedeti ali predvideti. Zato je dobro narediti izviren in širnemu svetu zgleden butalski eksperiment. Pripravili so tako vrli Butalci za ta svoj silni poizkus tudi krojaški meter, da bodo z njim natančno izmerili, koliko centimetrov trave bo kozel pojedel v širino in dolžino. Izbrali so tudi komisijo za ta poseben namen, ki jo je župan odobril in župnik požegnal, da bo vse pred posvetno in božjo postavo pregledno in pošteno.

Vendar pa je bila tu še ena precej zoprna težava, o kateri butalski strokovnjaki in veljaki niso radi javno govorili. Namreč kozli jim niso bili ravno pri srcu, ker se je o njih širil glas iz širnega sveta, da ne le da travo jedo, temveč je veliko pojedjo. Na tej podlagi so sklepali, da bi lahko prišlo do obratne težave: da trave za njihove potrebe naenkrat ne bi več bilo. Da bi jo kozli vso požrli.

To pa butalski eliti ni bilo povšeči, zato so sklenili, da je veliko vredno, če ima človek lahko trato le zase, pa četudi od nje ni prave koristi, ker je šla že vsa v klas.

Zato so se potihem in na skrivaj ugledni butalski eksperimentatorji že tudi drug drugemu nasmihali, ko so se jim po njihovih možganskih vijugah pojale prav hudomušne in celo malce zlobne misli, kako bi bilo mogoče uvesti drobne in širši butalski javnosti neopazne dopolnitve v njihovem kozlovskem eksperimentu. Da bodo na primer potem, ko bodo gledalci odšli in naj bi se vrnili šele naslednjega dne, da bi pred njimi svečano izmerili, koliko centimetrov trave je kozel pojedel v širino in dolžino, kozlu eno nogo privezali k plotu. Tako bi lahko pojedel samo tisto travo, ki bi jo pod njihovim tako skrbnim nadzorom dosegel. Seveda pa bi pred prihodom gledalcev za uradno meritev kozla odvezali, da ne bi bilo dvoma o njegovi svobodni volji, kar se jim je zdelo izjemno dognano. Prav tako jim je bila nadvse dragocena domislica, da bi travo polili z grenčico, za katero so po dolgih letih proučevanja lastnosti kozlov in seveda tudi koz (saj niso ničesar hoteli prepustiti naključju) dognali, da jim na splošno ni v slast ... Kajti, kaj pa so oni krivi, če kozlom in kozam grenkoba ni po volji. Naj si sami in same pripišejo posledice za to prav čudno izbirčnost ...

In še so imeli takih in podobno bistrskih idej, kako bi butalskemu občestvu pokazali in dokazali, da se kozli kot travojedci v Butalah prav gotovo ne bi dobro izkazali. Da so namreč butalske trate tako zelo posebne, da jim kozli ne bi bili dorasli in da zato zanje ne pridejo v poštev. Tako so se odločili, da eksperiment pravzaprav lahko še odložijo (če bo sploh kdaj zares potreben) in naj kozli in koze travo kar v drugih deželah jedo, kolikor jim paše, a butalske trate je pred njimi dobro skrbno varovati.

In tako so butalske trate še naprej prav bujne in težko prehodne, a v ponos in zadoščenje bistrournim butalskim strokovnjakom, pa tudi veljakom.

**Vsem kozam in kozlom, ki berete naš Kairos, in vsem kozam in kozlom, ki zanj pišete članke ter vsem, ki jih recenzirate, želim tako v svojem imenu kot tudi v imenu glavne koze urednice in kozlovskega uredniškega odbora**

**OBILICO KOZLOVSKE TRDOŽIVOSTI IN VZTRAJNOSTI  
V LETU 2024!**

## Viri

- Barat, A. (2023). Dr. Miran Možina: »Pomirjevala in antidepresivi ne zdravijo, le blažijo simptome, vzroki pa ostajajo nepojasnjeni in nenagovorjeni.« *Iskreni*, 10. 9. 2023  
<https://www.iskreni.net/dr-miran-mozina-pomirjevala-in-antidepresivi-anksioznih-in-depresivnih-motenj-ne-zdravijo-le-blazijo-simptome-vzroki-pa-ostajajo-nepojasnjeni-in-nenagovorjeni/>
- Bašič, B. (2023). Že na prvem sestanku delovne skupine nesoglasja. *24ur.com*, 21. 6. 2023.  
<https://www.24ur.com/novice/svet/ze-na-prvem-sestanku-delovne-skupine-psihoterapevtov-prislo-do-nesoglasij.html>
- Battelino, U., Cvetek, R., Knez Steinbuch, Korošec, T., Kranjc Jakša, U., Kosovel, I., Kress, R. Možina, M., Okorn, I., Polajnar, B., Papič, T. in Šeme, P. (2023). Psihoterapevt naj bo: O potrebi po zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede v Sloveniji. *Sobotna priloga Dela*, 19. avgusta 2023, 12-13. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/psihoterapevt-naj-bo/>
- Berg, M. v. d., Smit, F., Vos, T. in Baal, & P. H. M. v. (2011). Cost-Effectiveness of Opportunistic Screening and Minimal Contact Psychotherapy to Prevent Depression in Primary Care Patients. *PLoS ONE*, 6(8), 1-7.
- Blazer, D. G. (2005). *The Age of Melancholy: „Major Depression“ and its Social Origin*. Routledge.
- Bohac, J. (2006). Freud in njegova dediščina. *Dialogi*, 42(9/06), 7-14.
- Chaimowitz, G., Weerasekera, P., & Ravitz, P. (2021). Psychotherapy in Psychiatry. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 66(11), 999-1004.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J. in Hatch, A. L. (1999). The Impact of Psychological Interventions on Medical Cost Offset: A Meta-analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.
- Čertanc Mavsar, P. (2023). Depresij in tesnob za tretjino več, pomoč prepočasna in draga. *24ur.com*, 25. 11. 2023. <https://www.24ur.com/novice/inspektor/depresij-in-tesnob-za-tretjino-vec-pomoc-prepocasna-in-draga.html>
- De Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J. in De Jonghe, F. (2007). Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. *Harvard Rev Psychiat*, 15(6), 289-300.
- Dezetter, A., Briffault, X., Lakhdar, C. B. in Kovess-Masfety, V. (2013b). Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 161-177.
- Dobnik Čoderl, S. (2023). Intervju [video]. 3. 9. 2023. <https://365.rtv slo.si/arhiv/intervju/174983775>
- Dobnik Čoderl, S. in Škodlar, B. (2023). Izjava za javnost, 10. oktober 2023. *Si21.com*, 10. 10. 2023. <https://www.si21.com/zdravje/klinicni-psihologi-psihiatri-in-pedopsihiatri/>
- Državni zbor Republike Slovenije. (2009). Resolucija o normativni dejavnosti. *Uradni list RS*, št. 92/07. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5516>
- Eagleton, T. (2018). *Upanje brez optimizma*. Beletrina.
- Evropski parlament. (2023). *Resolucija Evropskega parlamenta z dne 12. decembra 2023 o duševnem zdravju (2023/2074(INI))*. Evropski parlament. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367\\_SL.html#\\_section1](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0367_SL.html#_section1)
- Fava, G. in Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), 184-197.
- Ferlič Žgajnar, B. (2023). Zaposleni še kar odhajajo z ministrstva za zdravje. *Delo*, 7. 3. 2023. <https://www.delo.si/novice/slovenija/zaposleni-z-ministrstva-za-zdravje-se-kar-odhajajo/>
- Ferlin, Š. (2023). Zamik zakona o psihoterapiji. <https://www.dnevnik.si/1043037454>
- Ferlin, Š. (2023). Ni vsaka oblika psihoterapije varna. *Dnevnik*, 11. 12. 2023
- Flaker, V. (2012). Kratka zgodovina dezinstucionalizacije v Sloveniji: v spomin Katje Vodopivec. *Časopis za kritiko znanosti*, 40(250), 13-30.
- Foucault, M. (2015). *Rojstvo biopolitike: kurz na Collège de France: 1978-1979*. Krtina.



- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. WHO Regional Office for Europe. [https://www.researchgate.net/publication/265497628\\_Mental\\_Health\\_Resilience\\_and\\_Inequalities](https://www.researchgate.net/publication/265497628_Mental_Health_Resilience_and_Inequalities)
- Gusner, K. (2016). *Psychotherapie in Österreich unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Oberösterreich*. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Mag. rer. soc. oec. im Diplomstudium Sozialwirtschaft. Johannes Kepler Universität Linz Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik.
- Hočvar, B. (2022). Kavč lahko postavi strokovnjak ali pa šarlatan. *Delo*, 24. 9. 2022. <https://www.delo.si/novice/slovenija/kavc-lahko-postavi-strokovnjak-ali-pa-sarlatan/>
- Hočvar, B. (2023a). Psihoterapijo nameravajo urediti z licencami. *Delo*, 5. 4. 2023. <https://www.delo.si/novice/slovenija/napoved-ureditve-psihoterapije-in-strategije-za-demenco/>
- Hočvar, B. (2023b). Določili bi, kdo je lahko psihoterapevt in kdo svetovalec. *Delo*, 24. 6. 2023. <https://www.delo.si/novice/slovenija/dolocili-bi-kdo-je-lahko-terapevt-in-kdo-svetovalec/>
- Hočvar, B. (2023c). Na okopih z nasprotujočimi stališči za ureditev psihoterapije. *Sobotna priloga Dela*, 16. 9. 2023, 4-5. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/na-okopih-z-nasprotujocimi-si-stalisci-za-ureditev-psihoterapije/>
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73.
- Jacobsen, C. H. (2009). The psychotherapeutic professions in Denmark. Society for Psychotherapy Research. [http://www.psychotherapyresearch.org/associations/6344/files/events/barcelona/reports/report\\_denmark.pdf](http://www.psychotherapyresearch.org/associations/6344/files/events/barcelona/reports/report_denmark.pdf)
- Jacobsen, C. H., Nielsen, J. in Orlinsky, D. E. (2012). Danish psychologists as psychotherapists: Professional, demographic and personal characteristics, and change in theoretical orientations. *Nordic Psychology*, 64(3), 168-181.
- Janjušević, P. in Kodrič, J. (2008). V. svetovni kongres vedenjsko kognitivne terapije. *Klip*, 1(1), 28-31.
- Jelen Sobočan, B. (2023). Instantne rešitve za psihoterapijo. *Sobotna priloga Dela*, 5. 8. 2023. <https://www.delo.si/sobotna-priloga/instantne-resitve-za-psihoterapijo/>
- Jeriček Klanšček, H., Furman, L., Roškar, M., Drev, A., Pucelj, V., Koprivnikar, H., Zupanič, T. in Korošec, A. (2023). *Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: Izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2022*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/10/HBSC\\_e\\_verzija\\_pop\\_2023-2.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/10/HBSC_e_verzija_pop_2023-2.pdf)
- Juvan, J. (2023). Mnenjska vojna v teksasu, imenovanem psihoterapija: Se zasebni, neregulirani sferi v psihoterapiji odpirajo vrata v javno zdravstvo? *Večer*, 23. 9. 2023, 4-5.
- Kächele, H. in Pirmoradi, S. (2009). Psychotherapy in European Public Mental Health Services. *International Journal of Psychotherapy*, 13(1), 40-48.
- Kamenarič, K. (2021). Absurdno dolge čakalne vrste, neurejena zakonodaja in čedalje več zdravil. *24ur.com*, 10. 10. 2021. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihiater-psiholog-ali-psihoterapevt.html>
- Kamenarič, K. (2023a). Priti do psihoterapije na napotnico je podobno zadetku na loteriji. *24ur.com*, 18. 9. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihoterapija-stevilo-strokovnjakov-cakalne-dobe-narascanje-uporabe-zdravil.html>
- Kamenarič, K. (2023b). Zakon o psihoterapiji: kdo so člani delovne skupine? *24ur.com*, 20. 9. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/kdo-bo-odlocal-o-prihodnosti-psihoterapije-v-sloveniji.html>
- Kamenarič, K. (2023c). Kako izobraženi so strokovnjaki, ki v Sloveniji izvajajo psihoterapijo? *24ur.com*, 24. 9. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/kako-so-izobrazeni-strokovnjaki-ki-v-sloveniji-izvajajo-psihoterapijo.html>
- Kamenarič, K. (2023d). Vojna med zdravstveno in zunajzdravstveno stroko: kaj je psihoterapija? *24ur.com*, 4. 10. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/problematika-psihoterapije-v-sloveniji.html>

- Kamenarič, K. (2023e). Bi stanje na področju psihoterapije uredila Psihoterapevtska zbornica? *24ur.com*, 8. 10. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/psihoterapevtska-zbornica.html>
- Kamenarič, K. (2023f). Duševno zdravje: »V Sloveniji ni sistematične kontrole kvalitete storitev.« *24ur.com*, 16. 10. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/spor-glede-prihajajoce-zakonodaje.html>
- Kamenov, K., Tworney, C., Cabello, M., Prina, A. M. in Ayuso-Mateos, J. L. (2016). The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(3), 1-12.
- Keček, K. (2023). Katja Knez Steinbuch in Miran Možina, psihoterapevta: Antidepresivi ne zdravijo, samo blažijo simptome. *Reporter*, 24. 9. 2023. <https://reporter.si/clanek/slovenija/katja-knez-steinbuch-in-miran-mozina-psihoterapevta-antidepresivi-ne-zdravijo-samo-blazijo-simptome-1085177>
- Knez Steinbuch, K. (2023). *Zakon o psihoterapiji in nasilje v odnosih* [Podkast]. Sensa Slovenija. <https://www.youtube.com/watch?v=AnWyG2LZHCo>
- Kodrič, J. (2007). Ocenjevanje v vedenjsko-kognitivni terapiji. V N. Anič in P. Janjušević (ur.), *Izbrane teme iz vedenjsko-kognitivne terapije: zbornik II* (str. 62-70). Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije.
- Kodrič, J. (2020). Kognitivno-vedenjska terapija otrok in mladostnikov z motnjami tikov. *Psihološka obzorja*, 29, 59-68.
- Kosovel, I. (2016). Naša psihoterapevtska realnost – od besed k dejanjem. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 10(3-4), 263-268.
- Kosovel, I., Gerbec, F., Cvetek, R., Možina, M. in Kranjc Jakša, U. (2023). Izjava za javnost ob Dnevu duševnega zdravja, 13. oktober 2023. <https://sfu-ljubljana.si/sl/novice/izjava-za-javnost-zakon-o-psihoterapiji>
- Kostnapfel, T. in Albrecht, T. (2023). *Poraba zdravil predpisanih na recept v Sloveniji v letu 2022*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/05/Zdravila-na-recept-KONCNO.pdf>
- Lebowitz, M. S. in Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical explanations of psychopathology and their implications for attitudes and beliefs about mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 555-577. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>
- Levstik, V. (2023). Imajo polna usta lepih besed, da ščitijo paciente, ampak v tem grmu tiči zajec. *Žurnal24.si*, 8. 10. 2023. <https://www.zurnal24.si/zdravje/imajo-polna-usta-lepih-besed-da-scitijo-paciete-ampak-v-tem-grmu-grmu-tici-zajec-412973>
- Lipovšek, E., Dernovšek, M. Z., Cukut Krilič, S., Možina, M., Škraban, J. in Štepec, A. (2023). Duševno zdravje – (k)je potrebujemo nova pravila. Radiotelevizija Slovenija javni zavod, Studio ob 17:00, 20. 4. 2023. <https://prvi.rtvlo.si/podkast/studio-ob-1700/87/174952109>
- Makovec Rus, M. (2020). Umestitev psihoterapije v psihiatrijo. *VICEVERSA*, 65, 6-17.
- Markič, R. (2023). Ali bo psihoterapija končno postala reguliran poklic? Minister za zdravje napoveduje sprejetje zakona do konca leta. *MMC Radio Slovenija*, 18. 5. 2023. <https://www.rtvlo.si/zdravje/ali-bo-psihoterapija-koncno-postala-reguliran-poklic/668552>
- Mihajlovič, S. (2023). Psihoterapevtska svetuje: Dobro preverite, komu odprete svojo dušo! *SiolNET*, 16. 9. 2023. <https://siol.net/novice/slovenija/psihoterapevtska-svetuje-dobro-preverite-komu-odprete-svojo-duso-615766>
- MMC RTV SLO. (2022). Duševno zdravje: »z izjemnim akcijskim načrtom« do čimprejšnje ureditve področja. *MMC RTV SLO*, 10. 10. 2022. <https://www.rtvlo.si/zdravje/dusevno-zdravje-z-izjemnim-akcijskim-nactrom-do-cimprejsnje-ureditve-podrocja/643202>
- MMC RTV SLO. (2023a). Napovedana regulacija psihoterapije, tudi zaradi zaščite uporabnikov. *MMC RTV SLO*, 5. 4. 2023. <https://www.rtvlo.si/zdravje/napovedana-regulacija-psihoterapije-tudi-zaradi-zascite-uporabnikov/663823>
- MMC RTV SLO. (2023b). Prevolnik Rupel napovedala prevetritev košarice pravic in omejitev bolniških staležev. *MMC RTV SLO*, 10. 10. 2023. <https://www.rtvlo.si/slovenija/prevolnik-rupel-napovedala-prevetritev-kosarice-pravic-in-omejitev-bolniskih-stalezev/684294>
- Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 4(3-4), 63-104.

- Možina, M. (2021). Uvodnik o skupnih dejavnikih in medicinskem modelu: od znanstvenega monizma preko dialoškega pluralizma do integrativne psihoterapije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 15(1-2), 9-55.
- Možina, M. (2022a). Intervju. [video]. 2. 10. 2022. <https://365.rtvlo.si/arhiv/intervju/174902934>
- Možina, M. (2022b). Zakonska ureditev psihoterapije in svetovanja kot samostojnih poklicev: kaj se lahko naučimo na primeru Avstrije. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 16(1-2), 215-283.
- Možina, M. (2023c). Mag. Miran Možina za Demokracijo: „Poklic psihoterapevta v Sloveniji še ni registriran, zato je zakonska ureditev nujna«. *Demokracija*, 6. 3. 2022  
<https://demokracija.si/slovenija/mag-miran-mozina-za-demokracijo-poklic-psihoterapevta-v-sloveniji-se-ni-registriran-zato-je-zakonska-ureditev-nujna/>.
- Možina, M. (2023a). Uvodnik o Sizifovem delu na zakonu o psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 17(1-2), 9-13.
- Možina, M. (2023b). Miran Možina o psihiatriji, psihoterapiji, depresiji, antidepresivih in travmah [Podkast]. *Sensa Slovenija*. <https://www.youtube.com/watch?v=frSHROGztZo>
- Možina, M. (2023c). Človek, ustavi se [Podkast]. *Radio Ognjišče*, 29. 7. 2023. <https://radio.ognjisce.si/sl/264/oddaje/36800/miran-mozina-clovek-ustavi-se.htm>
- Možina, M. in Dernovšek, M. Z. (2023). Psihoterapija pod nadzorom? [Video]. Na tretjem. <https://365.rtvlo.si/arhiv/na-tretjem/174981652>
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša U. in Rakovec P. (2018). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M. in Kosovel, I. (2017). Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravlja 2018-2028. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 11(3-4), 235-247.
- Možina, M. in Okorn, I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. *JoGHNP*, objavljen online January 17, 2022:e2022001. doi:10.52872/001c.31788
- Myhr, G. in KristaPayne. (2006). Cost-Effectiveness of Cognitive-Behavioural Therapy for Mental Disorders: Implications for Public Health Care Funding Policy in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 662-670.
- Pavček, T. (1987). Trinajst pesmi. *Sodobnost*, 35(8/9), 721-729. <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:doc-ED7C7HRS/3ac09160-79db-47eb-b52a-38d5d0911822/PDF>
- Perc, P. (2023). Duševno zdravje: Strokovnjaki na različnih bregovih. *Dolenjski list*, oktober 2023. [https://lokalno.svet24.si/2023/12/24/283638/aktualno/dl\\_dusevno\\_zdravje\\_strokovnjaki\\_na\\_razlicnih\\_bregovih/](https://lokalno.svet24.si/2023/12/24/283638/aktualno/dl_dusevno_zdravje_strokovnjaki_na_razlicnih_bregovih/)
- Petre, L. J. in Hull, R. (1974). *Petrovo načelo*. Mladinska knjiga.
- Petrovič, V. (2023). Velika potreba po psihoterapiji, ki pa ni priznana kot samostojen poklic. *24ur.com*, 22. 5. 2023. <https://www.24ur.com/novice/svet/velika-potreba-po-psihoterapiji-ki-pa-ni-priznana-kot-samostojen-poklic.html>
- Presekar, B. (2023a). Napoved zakona o psihoterapiji razdvaja. Komu bo pritrnilo ministrstvo? *N1info.si*, 21. 9. 2023. <https://n1info.si/novice/slovenija/napoved-zakona-o-psihoterapiji-razdvaja-komu-bo-pritrnilo-ministrstvo/>
- Presekar, D. (2023b). Po burni razpravi zakon o psihoterapiji pripravljen. Kakšne rešitve prinaša? *N1info.si*, 2. 10. 2023. <https://n1info.si/novice/slovenija/po-burni-razpravi-zakon-o-psihoterapiji-pripravljen-kaksne-resitve-prinasa/>
- Presekar, D. (2023c). Javna razprava pred vrati: predlog zakona o psihoterapiji v zaključni fazi. *N1info.si*, 20. 10. 2023. <https://n1info.si/novice/slovenija/javna-razprava-pred-vrati-predlog-zakona-o-psihoterapiji-v-zakljucni-fazi/>
- Psykolognævnet. (2022). *Psykolognævnets årsberetning 2022 (Psychologist board's annual report 2022)*. [https://ast.dk/filer/naevn/psykolognaevnet/psykolognaevnet\\_arsberetning\\_2022\\_webtilgaengelig\\_.pdf](https://ast.dk/filer/naevn/psykolognaevnet/psykolognaevnet_arsberetning_2022_webtilgaengelig_.pdf)

- RTV Slovenija. (2023). Tarča o psihoterapiji, ki jo pogosto opravljajo šarlatani: Bo poklic kmalu reguliran? [Video]. MMC, 21. 9. 2023. <https://www.rtv slo.si/slovenija/tarca-o-psihoterapiji-ki-jo-pogosto-opravljajo-sarlatani/682217>
- Rugelj, B. (2022). Psihiatrinja Vesna Švab: »V 21. stoletju ni dopustno nobene duševne motnje zdraviti le z zdravili.« MMC RTV SLO, 10. 10. 2023. <https://www.rtv slo.si/zdravje/psihiatrinja-vesna-svab-v-21-stoletju-ni-dopustno-nobene-dusevne-motnje-zdraviti-le-z-zdravili/643046>
- Rugelj, B. (2023a). Duševno zdravje: »Ko ljudem nudimo pomoč hitro in učinkovito, sporočamo, da so težave rešljive.« MMC *podrobno*, 9. 10. 2023. <https://www.rtv slo.si/mmcpodrobno/dusevno-zdravje-ko-ljudem-nudimo-pomoc-hitro-in-ucinkovito-sporocamo-da-so-tezave-resljive/683173>
- Rugelj, B. (2023b). Ob skrbi za zaščito uporabnikov tudi skomine po javnem denarju? Psihoterapija med nedostopnostjo v javnem zdravstvu in stihijo med zasebniki. MMC, 11. 10. 2023. <https://www.rtv slo.si/zdravje/ob-skrbi-za-zascito-uporabnikov-tudi-skomine-po-javnem-denarju/684105>
- Salihović, A. (2023). V Sloveniji je nujno zakonsko urediti psihoterapijo kot samostojni poklic: Intervju z Ireno Kosovel in Miranom Možino. Radio Ognjišče – Pogovor o, 2. 8. 2023. [https://audio.ognjisce.si/posnetki/pogovor\\_o/2023/po\\_2023\\_08\\_02.mp3](https://audio.ognjisce.si/posnetki/pogovor_o/2023/po_2023_08_02.mp3)
- Salihović, A., Kosovel, I. in Možina, M. (2023). Vroča tema: V Sloveniji še vedno ni uradno priznanega poklica psihoterapevta: Kdo zavira razvoj psihoterapije? Domovina, 5. 7. 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=TSBD5EGLrhU>
- Slatnar, B. (2012). Medikalizacija – medikamentalizacija družb poznega kapitalizma. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 40(250), 31-46.
- Skaleras, A. F. (2005). Vse za vas, a nič namesto vas: Sodobni slovenski psihiatri in še kakšna misel čez. Skaleras.
- Slovenske novice. (2019). Veste, na katerem ministrstvu je zaposlenih več kot štiri tisoč ljudi? *Slovenske novice*, 30. 1. 2019. <https://www.slovenskenovice.si/novice/slovenija/veste-na-katerem-ministrstvu-je-zaposlenih-vec-kot-stiri-tisoc-ljudi/>
- STA. (2023a). Pripravljen predlog zakona o psihoterapiji in napovedan zakon o duševnem zdravlju. STA, 5. 4. 2023. <https://n1info.si/novice/slovenija/pripravljen-predlog-zakona-o-psihoterapiji-in-napovedan-zakon-o-dusevnem-zdravlju/>
- STA. (2023b). Prvi sestanek o zakonu o psihoterapiji: burna razprava in različna stališča. STA, 21. 6. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/prvi-sestanek-o-zakonu-o-psihoterapiji-burna-razprava-in-razlicna-stalisca.html>
- STA. (2023c). Valentina Prevolnik Rupel čez prvo stopnico do položaja ministrice za zdravje. STA, 10. 10. 2023. <https://n1info.si/novice/slovenija/kandidatko-za-zdravstveno-ministrico-bo-zaslisal-odbor-za-zdravstvo/>
- Šašek, N. (2022). Regulacija psihoterapije kot samostojnega poklica bi šarlatanom zavezala roke. 24ur.com, 11. 9. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija/regulacija-psihoterapije-kot-samostojnega-poklica-bi-sarlatanom-zavezala-roke.html>
- Svetovna zdravstvena organizacija (SZO). (2020). *Pogled nazaj, pogled naprej: hitra ocena sistema skrbi za duševno zdravje v Sloveniji*. Regionalni urad SZO za Evropo. <https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/11/SZO-hitra-ocena-sistema-skrbi-za-dusevno-zdravje-v-Sloveniji.pdf>
- Švab, V. (2004). *Psihosocialna rehabilitacija*. Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Švab, B. (2015). *Obravnava v skupnosti*. Šent – Slovensko združenje za duševno zdravje.
- Ule, M. (2009). *Sprejeda razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Aristej.
- Ule, M. (2012). Družbeni vidiki zdravja in medicine. *Socialno delo*, 51(1-3), 5-14.
- Uradni list Republike Slovenije. (2013). Odredba o programu specializacije iz klinične psihologije. Uradni list RS, št. 71/2013. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2013-01-2709?sop=2013-01-2709>
- Uradni list Republike Slovenije. (2018). *Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravlja 2018–2028*. Uradni list RS št. 24/18. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120>
- Uradni list Republike Slovenije. (2022). *Odredba o seznamu poklicev za zdravstveno dejavnost*. Uradni list RS, št 111/22. <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2771>

- Varuh človekovih pravic. (2021). *26. letno poročilo Varuha človekovih pravic Republike Slovenije za leto 2020*. Varuh človekovih pravic Republike Slovenije. [https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user\\_upload/pdf/lp/Letno\\_porocilo\\_VCP\\_2020.pdf](https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/pdf/lp/Letno_porocilo_VCP_2020.pdf)
- Verhaeghe, P. (2016). *Identiteta v času neoliberalizma, izgubljenih vrednot in anonimne avtoritete*. Ciceron.
- Vinko, M., Makivić, I., Maučec Zakotnik, J., Švab, V. in Dernovšek, M. Z. (2019). *MIRA za duševno zdravje: Nacionalni program duševnega zdravja*. Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge
- Whitaker, R. (2023). *Pogubnost kemopsihoterapije: Epidemija farmakoloških čudežnih napojev, šarlatanskih psihiatričnih drog in osupljiv vzpon duševnih bolezni v zahodnem svetu*. UMco.
- Zbornica kliničnih psihologov Slovenije. (2021). *Priznani psihoterapevtski pristopi v okviru specializacije iz klinične psihologije*. Zbornica kliničnih psihologov Slovenije. <https://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2023/04/Priznani-psihoterapevtski-pristopi-ZKP.pdf>
- Zupanič, M. (2018). *Kvazipsihoterapevt lahko človeka zlomi*. *Delo*, 2. 7. 2018. <https://www.delo.si/novice/slovenija/kvazipsihoterapevt-lahko-cloveka-zlomi/>
- Zupanič, M. (2022). *Minister namerava urediti področje duševnega zdravja*. *Delo*, 10. 10. 2022. <https://www.delo.si/novice/slovenija/minister-bo-uredil-podrocje-dusevnega-zdravja/>
- Zupanič, M. (2023). *Brez pacientov ne more biti reforme zdravstva*. *Delo*, 20. 4. 2023. <https://www.delo.si/novice/slovenija/brez-pacientov-ne-more-biti-reforme-zdravstva/>



# The contribution of Alfred Pritz to the development of psychotherapy in Slovenia<sup>1</sup>

Miran Možina

*In today's society, modern man is experiencing epidemic spiritual homelessness.  
From it grows the need to develop psychotherapy as a science of the subjective,  
whose central task is to help people find subjective meaning ...  
For a long time, psychotherapy was denied its »scientificity".  
Now it is becoming increasingly evident  
that precisely its emphasis on the subjective  
in theory, observations and practice, best meets the needs of society,  
which has lost touch with tradition  
and which therefore forces the modern individual to find his own,  
specifically subjective interpretations of life and relationships.  
Psychotherapy helps him in the radical recognition of his subjective truth.*

Alfred Pritz (1996, pp. v, 7)

## Introduction

I believe that since Freud, no psychotherapist has had such a global impact on the development of psychotherapy as Alfred Pritz. He is a man with exceptional political wisdom in the ancient Greek sense, when politics meant caring for the community. Unfortunately, there is a lack of psychotherapists whose interests extend beyond their consulting rooms and who care about building a broader psychotherapy infrastructure, enabling the entire psychotherapist community to flourish and offer society the best of what psychotherapy can offer. That is why Alfred's professional and political achievements are even more astonishing.

During the 1980s, Alfred organized psychotherapists within the Austrian Umbrella Organization for Psychotherapy, which prepared a law that was passed in 1990. He made it clear how vital it is for psychotherapy to become an autonomous profession, acknowledged by society as a whole. From then on, Austrian psycho-

<sup>1</sup> In this chapter, I also want to express my gratitude to Heinz Laubreuter, the Chancellor of SFU, who, along with Alfred Pritz, was a crucial person for me in the development of the SFU project in Slovenia (Laubreuter, 2012, 2018). While Alfred's boldness in tackling the most challenging ideas and projects is one of his virtues, it was Heinz who consistently took the time to work with me on thousands of details in order to bring Alfred's ambitious ideas to fruition. He was always by my side, and I constantly learned from him the practicalities of planning and executing the most demanding tasks. And last but not least, I would like to express gratitude to Jutta Fiegl, the third leaf of the SFU leadership clover, who was and is, as a dean of the Faculty of Psychotherapy Science, always supportive and encouraging for our efforts in Slovenia.

therapy flourished and developed at a much faster pace due to the law's support (Možina, 2022a).

Additionally, he established and led the European Association for Psychotherapy (EAP) and the World Council for Psychotherapy (WCP), spreading the idea of psychotherapy as an autonomous profession on all continents. He also organized the European and world congresses, along with various other projects. For example, during the Balkan Wars, Alfred organized a series of meetings between all involved parties, aiming to establish a dialogue.

He always strives to contribute to dialogue and dialogical pluralism (Gelo & Pritz, 2020), wherever it is needed.

However, the most significant contribution by Alfred and his partners, which had never been done before anywhere in the world, was initiating the first direct academic study of psychotherapy after receiving the high school diploma (Pritz, Fiegl, Laubreuter & Rieken, 2020). This groundbreaking model was officially recognized in 2019 through Germany's new psychotherapy law. Direct study opened up entirely new possibilities for the advancement of psychotherapy. In this way, Alfred contributed to establishing psychotherapy infrastructure on both fronts: as the general secretary of the EAP and WCP on the non-academic side, and since 2005, as the rector of the Sigmund Freud University (SFU) in the academic world. I consider myself incredibly privileged, honored, and fortunate to have had him as my boss, colleague, and friend for nearly 30 years.

The following chapter will present Alfred's contributions to the development of psychotherapy in Slovenia from two perspectives: first, his efforts towards the *legalization* of psychotherapy as an autonomous profession, and second, his contributions to the *academization* of psychotherapy (Figure 1). I once joked on this account that instead of "legalization" and "academization" we could talk about the "alfredization" of Slovenian psychotherapy, since Alfred, first as the general secretary of the EAP and then as the rector of Sigmund Freud University (SFU), had and still has a major influence with his innovative ideas, exceptional organizational skills and personal charisma on the spread of the idea of psychotherapy as an independent profession and an autonomous academic discipline in Slovenia.



## THE CONTRIBUTION OF ALFRED PRITZ TO THE DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY IN SLOVENIA

**EAP and SUAP**  
(Strasbourg declaration)



**PST as an AUTONOMOUS PROFESSION**  
(European Certificate of Psychotherapy, propaedeutics)



Figure 1: Contribution of Alfred Pritz to the development of psychotherapy in Slovenia is described in this chapter from two aspects: from the point of view of legalization and academization of psychotherapy.

### Contribution of Alfred Pritz to the establishing of Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP)

The breakup of Yugoslavia<sup>2</sup> and the establishment of Slovenia as an independent state in 1991, coincided with the founding of EAP and its efforts to define psychotherapy as an autonomous profession on a high professional level. At a psychoanalytic symposium in Graz in 1991, Janko Bohak, a clinical psychologist and psychoanalytic therapist, became the first Slovenian psychotherapist to meet Alfred. Their long-term friendship began immediately based on mutual understanding, and Alfred invited Bohak to the EAP conference in Budapest in 1992 (Figure 2). Bohak became the Slovenian representative at the EAP and during the following years after returning from annual EAP meetings and conferences<sup>3</sup>, he endeavoured to increase

2 I could write a whole article about Alfred's involvement in helping psychotherapists from various Yugoslav republics during and after the war, when, among other things, he encouraged and participated in informal reconciliation meetings, each time in the city of another republic. In 2004, the annual EAP meeting and conference was held in Belgrade. Every afternoon, we would gather as a large group consisting of all the conference participants, led by Alfred and the Serbian psychiatrist and psychotherapist, Vladimir Milošević. This experience was personally intense for me, as it unveiled deep traumas and severe tensions among psychotherapists from various regions of the former Yugoslavia. However, Alfred's unwavering persistence enabled him to guide the process towards reconciliation.

3 I first met Alfred in 1995 at the annual EAP meeting and conference in Zürich. I was immediately drawn to the breadth of EAP's mission, embodied by Alfred as a tireless leader in the role of general secretary. While respecting and maintaining the diversity of psychotherapy modalities, I was impressed by the fact that the main emphasis of EAP was on the establishment of psychotherapy as an independent profession and academic science beyond psychotherapy schools.

awareness of the aims, intentions, and efforts of the EAP among the Slovenian public by publishing articles in newspapers and informing professional colleagues at meetings (Bohak, 1994, 1995, 1996abc, 1997, 1999, 2002, 2006ab).



Figure 2: The collaboration with Janko Bohak, clinical psychologist and psychoanalytic therapist, which began in 1991, was the starting point for Alfred's intensive cooperation with Slovenian psychotherapists and for his contribution to the legalization and academization of psychotherapy in Slovenia.

In the 1990s, the Psychotherapy Section of the Slovenian Medical Association, which had been active since 1968, comprised the most prominent group of psychotherapists in Slovenia, including psychiatrists and clinical psychologists. However, starting in the mid-1980s and continuing throughout the 1990s, new psychotherapy modalities or schools began to enter Slovenia. These modalities encompassed gestalt therapy, behavioural (cognitive) therapy, hypnotherapy, systemic family therapy, transactional analysis, reality therapy, logotherapy, and various others. Typically, these approaches were introduced through introductory seminars, aiming to offer an overview and inspire prospective candidates for further training. The scope of these new modalities with qualified foreign teachers increased, as did the number of interested candidates, especially from the ranks of professional helpers. Psychotherapy was seen as either a chance to build on their professional competence or as an alternative activity for personal fulfillment.

Alfred encouraged Bohak to start an initiative towards establishing a Slovenian umbrella association for psychotherapy (SUAP). After extensive discussion and further personal contacts, they realized that such a step would be premature as it could lead to a split among different psychotherapeutic groups.

May 1997, the timing was deemed appropriate when, at Bohak's suggestion, the Psychotherapy Section of the Slovenian Medical Association invited Alfred, the general secretary of EAP, to Ljubljana to expound on the goals and intentions of EAP to Slovenian psychotherapists and inspire them to establish their own umbrella organization. Alfred consistently advocated the importance of dialogue amongst diverse psychotherapeutic modalities in Slovenia. His persuasive discourse convinced the representatives of Bohak's initiative group and of the SMA Psychotherapy Section to collaborate and formulate the statute of the future umbrella organization.

The first working meetings were very promising, but gradually more and more differences became apparent, especially when discussing the possible organisational scheme of the umbrella organisation. The Psychotherapy Section, which had transformed into the Association of Psychotherapists of Slovenia (APS) as an independent entity (only psychotherapists with a medical degree could be members in the Psychotherapy Section of the Medical Association, while APS members included clinical psychologists and other health professionals trained in psychotherapy) (<http://www.zpsi.si/o-zps>), insisted that the future umbrella organization should be an association of individual psychotherapists. Conversely, the representatives of the Bohak initiative group believed that equality of modalities could only be ensured in an umbrella association of psychotherapy associations and institutes. However, Slovenian law prohibits associations and individuals from being members of the same association, thus rendering no compromise possible. Representatives of APS were unwilling to accept a diminished level of influence in the umbrella organization, as they would be assigned only one seat at the round table alongside representatives of different modalities. In an umbrella organization of individuals, of course, the members of APS would have greater influence, as in their ranks they had the largest number of professional psychotherapists.

In December 1997, the representatives of different psychotherapeutic modalities decided to press ahead with establishing the Slovenian Umbrella Organization for Psychotherapy (SUAP) when it became clear that neither further discussions nor time would result in a mutually agreed-upon organizational scheme for an umbrella association. The inaugural meeting was held in Ljubljana on May 24<sup>th</sup>, 1998, with seven associations joining to form the Umbrella Organisation (integrative gestalt, two TA associations, logotherapy, reality therapy, gestalt and systemic therapy). Bohak was elected president and I was elected as vice president. We held our positions for two terms, until 2006, when I was elected president and Bohak vice president.

In this period from 1998 till 2009 Alfred helped SUAP to develop through several phases:

- In 1999, SUAP obtained the status of "National Umbrella Organization" (NUO) from EAP. Following the Austrian model, SUAP began a 3-year course of propaedeutics as an introduction to training in different modalities. Alfred was one of the teachers along with around 30 Slovenian lecturers (Možina, 2006);
- In 2001, SUAP started organizing annual conferences (called "Study Days") and publishing conference reports of (Bohak & Možina, 2002b, 2003, 2004, 2005).

SUAP also obtained the EAP status of “National Awarding Organization” (NAO), which enabled Slovenian psychotherapists access to the European Certificate of Psychotherapy (ECP);

- In 2002, Alfred enabled us to publish a chapter about the development of psychotherapy in Slovenia (Bohak & Možina, 2002a) in his book *Globalized Psychotherapy* (Pritz, 2002, 2003b). Through comparing our progress with that of other countries, we have learned how to contribute our small share to the globalization of psychotherapy. Since then, I have continued to research the history of Slovenian psychotherapy (Možina, 2011);
- In 2002, at the annual conference of SUAP, Alfred gave a plenary lecture titled “What Works in Psychotherapy” (Pritz, 2003a). Following the lecture, he awarded the first European Certificates of Psychotherapy to Slovenian psychotherapists in a special ceremony.
- In 2004, a working group for establishing a psychotherapy law was set up within SUAP, which was tutored by Alfred and started lobbying while also preparing a draft of the law (Možina & Bohak, 2008; Možina, 2009a).
- In 2006, SUAP made a significant contribution by launching a project for faculty study of psychotherapy science in Ljubljana in partnership with SFU Vienna, which was a major milestone (Možina, 2007). Additionally, SUAP succeeded in having its three representatives become members of the working group for the psychotherapy law at the Ministry of Health that same year (Možina & Bohak, 2008).

In 2007, after a year of preparation, SUAP began publishing its journal *Kairos – Slovenian journal of psychotherapy* (Pastirk & Možina, 2007). To this day, it remains the only Slovenian scientific and professional psychotherapy journal (<https://www.skzpz.si/kairos/>) (Varjačić Rajko, Možina & Mrovlje, 2017). Alfred has been a member of the editorial advisory board since the beginning.

In 2009, Alfred delivered a plenary lecture on ethics in psychotherapy at the annual conference of SUAP. Following his significant contributions to the development of psychotherapy, SUAP awarded him the Golden Award for the Development of Psychotherapy. In the citation, it was highlighted that “Alfred Pritz belongs to a small group of conscientious psychotherapists who understand that the closed doors behind which various modalities work and train cannot remain shut if psychotherapy is to develop. In order to become a respected scientific discipline and a widely recognized profession, psychotherapists have to open the door to each other and start accepting their differences” (Bohak, Vidmar & Pastirk, 2009, p. 118).

When SFU was accredited in Austria in October 2005 and started implementing the psychotherapy science study programme in Vienna in 2006, SUAP as a whole became enthusiastic. However, fears and resistance began to appear among some members, which escalated and remain strong even today. As the SFU project in Slovenia developed, some members of SUAP (associations and institutes) began to feel threatened fearing that academic paths of psychotherapy education will become the main route and that they will lose their influence and future potential trainees. Additionally, the high standards of the academic world, such as habilitation requirements that demand ongoing professional publication and research work

from teachers (Gelo, Pritz & Rieken, 2016), are another source of concern and threat among SUAP members. This is because there has been little or no research at the institutes and associations.

Alfred and his co-workers at SFU consistently argued for a “win-win” solution, which would involve cooperation between SFU as an academic institution and other non-academic training institutes. SFU’s perspective was and still is that the concepts of “profession” and “science” have a non-hierarchical, mutually-informative relationship with one another, and that the field of psychotherapy science is ready for development and establishment as an autonomous academic discipline. Within the framework of an autonomous discipline, research and clinical practice can develop and evolve according to their own logic to their mutual benefit. In the past, non-university institutions of psychotherapy have contributed to professionalization in the areas of training and empirical knowledge. Therefore, intensive cooperation between university and non-university institutions is necessary for the development of this discipline. (Laubreuter, 2018, p. 51)

The ongoing relationship between SUAP and SFU Ljubljana since 2006 reflects a similar dynamic that Alfred faced within the EAP. Within the EAP, there was a negative or ambivalent attitude among many members towards academic psychotherapy studies after obtaining a high school diploma (Pritz, 2011). It wasn’t until 2017 that the EAP finally acknowledged that SFU graduates with master’s degrees could directly apply for the European Certificate of Psychotherapy (ECP). This acceptance came despite the fact that SFU’s academic standards of education surpassed those of the ECP in both quantity and quality. Additionally, Alfred’s esteemed reputation as the driving force behind the EAP did not expedite the process. It took a considerable amount of time to revise the fifth point of the Strasbourg Declaration, which many EAP members interpreted as implying that psychotherapist training was only viable and sensible as a second profession.

### **Contribution of Alfred Pritz to the legalization of psychotherapy as an autonomous profession in Slovenia**

After two years of preparation and lobbying, on March 24th, 2006, the Section of Psychotherapists at the Chamber of Commerce of Slovenia (established through the initiative of SUAP) organized a conference about psychotherapy regulation in Europe and Slovenia (Figure 3). Alfred provided guidance on how to organize such an event, which was attended by representatives from ministries, political parties, important organizations in the fields of social and healthcare, and the media. For the first time, the issue of a psychotherapy law was presented to the public, rather than being discussed solely among psychotherapists. During the conference, Alfred shared his experiences with the regulation of psychotherapy in Austria and other European countries, in which he was well-versed due to his role as General Secretary of the EAP, where he dealt with problems related to the regulation of psychotherapy on a daily basis.



Figure 3: The conference about psychotherapy regulation in Europe and Slovenia at the Chamber of Commerce of Slovenia on 24th of March 2006. In the photo, Alfred can be seen second from the right, with Heliodor Cvetko on his right, who acted as his translator. On the left side of the photo are Miran Možina and Lea Šugman Bohinc, the moderators, and Jožko Čuk, the president of the Chamber, is situated on the far left, delivering his speech.

This conference was largely responsible for Janko Bohak, Jože Ramovš and myself, as representatives of SUAP, becoming members in June 2006 of the working group for the preparation of a Psychotherapy Law at the Ministry of Health. On the other side, three representatives from the APS joined the working group, leading to a two-year period of intense confrontation as they were inherently opposed to SUAP, EAP, and particularly the SFU project (Kobal, 2005). However, in 2008, due to pressure from the Ministry for the APS to adopt a more dialogical and cooperative approach, an agreement was ultimately reached based on the principles outlined in the Strasbourg Declaration of Psychotherapy by the EAP. The standards of the SFU psychotherapy science programme and ECP were accepted. We formulated a good compromise proposal for the conditions at the time, in which both propaedeutics and education from various psychotherapeutic approaches in the institutes and associations as well as specialization in psychotherapy, as proposed by doctors and psychologists employed in the health care system, found their place<sup>4</sup> (Možina, 2009a).

Just as we were presenting a coordinated proposal together with representatives of the APS at the APS annual meeting in the autumn of 2008, which received positive feedback from APS members, opposition within SUAP began to intensify. Even Al-

4 We translated our draft of the law into English so that we could give it to Alfred to read, who rated it as the best law in Europe at the time.

fred's participation in the SUAP meeting in Ljubljana on November 4, 2008, failed to resolve the growing tensions. The combination of superficial legal knowledge among the majority of SUAP members, concerns for the narrow interests of individual associations and institutes, and the aforementioned fears regarding the increasing influence of SFU Ljubljana led to mistrust towards Bohak, Ramovš, and myself as SUAP representatives in the spring of 2009. SUAP demanded our resignation, and so, paradoxically, the SUAP's Golden Award presented to Alfred in June 2009 marked the end of his fruitful cooperation with SUAP.

SUAP did not manage to stop the working group at the Ministry of Health and in December 2009 the draft of the law was included in the Slovenian government programme and was planned to be passed into law in May 2011 (Možina, 2010b). Unfortunately, due to the sudden change of the minister in 2010, our proposal was consigned to a bottom drawer and until 2016 there was no progress regarding the adoption of the law (Možina & Hus, 2015).

Despite this stillstand, as a director and representative of SFU Ljubljana in collaboration with colleagues from the Faculty of Theology at the University of Ljubljana (where the study of relational family therapy takes place), various psychotherapy associations and institutes and with the constant support of Alfred, I remained one of the main actors in many activities for the adoption of the law, such as appearances and publications in the media as well as professional meetings and publications, in lobbying and expanding the support network (Možina, 2020, 2022ab; Kosovel, 2016; Kosovel & Hus, 2017; Možina & Kosovel, 2017; Možina et al., 2018ab; Možina, Flajs & Kotnik, 2019; Možina & Kranjc Jakša, 2019; Možina et al., 2020; Možina & Kavčič, 2022; Možina & Okorn, 2022; Možina et al., 2023).

On January 15<sup>th</sup> 2016, SUAP surprised everyone by signing a »memorandum« with APS, considering that since 2010, SUAP and APS had been on opposing sides. The main objective of the memorandum was to foster cooperation between SUAP and APS in the pursuit of a psychotherapy law. In the fourth article of the memorandum, it explicitly stated that both parties would advocate for the idea that »...the profession of psychotherapist is independent, and candidates can only enter the field after completing university education or achieving the second Bologna level« (Memorandum, 2016). While the first part of this statement aligned with SFU Ljubljana's endeavors, the second part directly contradicted the possibility of pursuing direct psychotherapy education as a first profession. It served as a clear statement against the SFU project.

Alfred and I made the decision to take action, and I reached out to two other Slovenian faculties offering psychotherapy and counseling programmes: the Faculty of Theology at the University of Ljubljana and the Faculty of Applied Social Studies (FASS). Our joint aim was to establish a college comprising these faculties and professional associations in the field of psychotherapy and psychosocial counseling, in collaboration with SFU Ljubljana (College, 2018). Some other associations and institutes also joined the three founding faculties. On July 19<sup>th</sup> 2016 in Ljubljana, after a press conference all the members of the College signed an Agreement on cooperation for the legal regulation of psychotherapy and counselling in Slovenia. The main

points in the agreement were that a working group from the representatives of all members would establish a Chamber of psychotherapist and counsellors, prepare a new draft of the law and organize public events in support of the law.

On October 13<sup>th</sup> 2016, a public round table discussing the necessity of legal regulation for psychotherapy and counseling took place in the packed hall of the National Council, drawing in 150 participants. The event captured the attention of numerous politicians and the media (Steinbuch, 2016). Then, on December 6<sup>th</sup> 2016, the Slovenian Association for Psychotherapy and Counseling (SAPC) was officially established (Kosovel, 2016). The idea behind it was to create a forthcoming Chamber of Psychotherapists (Kosovel & Hus, 2017). Inside the SAPC the working group for the law, composed of college representatives and lawyers, started to prepare a new draft of the law. Meanwhile, the terms of the memorandum between SUAP and APS were broken because the new leadership of APS again decided to do everything possible to prevent psychotherapists who are not employed in healthcare to work in its frame. We invited SUAP to join the College, which they declined, although the president of SUAP joined the SAPC working group for the law.

In December 2017, the College, SAPC and SUAP in a joint effort were very successful in the public debate about the Resolution on the National Mental Health Programme 2018-2028 (Resolution) (Maučec et al., 2020). After effective lobbying regarding the strategic goals of the Resolution, the implementation of a psychotherapy law, which should define psychotherapy as an autonomous profession, was included (Možina & Kosovel, 2017). The Resolution was approved in parliament on March 27<sup>th</sup> 2018 and according to the action plan, the Ministry of Health was assigned a key coordinating role in the adoption of the law by the end of 2019, and its implementation by 2020.

On March 29<sup>th</sup> 2018, the College, SAPC, SUAP, and I, representing SFU Ljubljana, along with other notable representatives from psychotherapy, psychology, and psychiatry institutions, were invited to attend the Ministry of Health's »Working group for the preparation of the proposal for the normative regulation of psychotherapy« (Ministry of Health, 2018). By summer we had a few meetings where there was strong polarization between the College, SUAP and SAPC on the one hand and representatives of APS, clinical psychologists and psychiatrists on the other. Until September 2018, as agreed at the last meeting before summer, the College side prepared a draft of the bill and all the necessary bye-laws. To our unpleasant surprise, that autumn the Ministry of Health remained silent and ignored all our attempts to further cooperate. The resolution's action plan for the adoption of the psychotherapy law in the parliament in 2019 and implementation in 2020 was not realized (Možina et al., 2018ab). Nevertheless, in the SAPC working group we continued to work on improvements to our draft of the law.

Despite the COVID-19 restrictions, we persevered in our public promotion efforts. On June 18<sup>th</sup>, 2020, Alfred once again delivered a presentation on psychotherapy regulation in Austria and Europe during an online round table. He shared the virtual stage with esteemed psychotherapists who discussed the implementation of



new laws in Malta and Croatia in 2018, Germany in 2019, and ongoing efforts in Serbia and Slovenia (Možina et al., 2020). The state secretary from the Ministry of Health also attended and promised support. In fact, in September 2020, she organized a working meeting at the ministry and ordered continuation of work on the law, but unfortunately, because of political intrigues she was removed from her position a month later and we were back to where we were.

After the change of government in June 2022, we again intensified our lobbying and pressure on the Ministry of Health, and at the time of writing this chapter (April 2023), the Ministry has publicly announced that it will submit a new draft of the law for public discussion in May 2023. It is still unclear how much they have taken into account from our most recent proposal, which we submitted to them in September 2022. In 2022, the SAPC working group also had several meetings with representatives of SUAP, but they again opposed our proposal, because we advocate academic education after completing high school diploma (as Germany also adopted in 2019) and they fear that they will thereby lose the possibility of educating psychotherapy as a second profession.

I would like to conclude this story about the legalization of psychotherapy with a short resume about the invaluable lessons we received from Alfred and from his experiences with the Austrian regulation during all these years of collaboration (Možina, 2008, 2022a):

- Psychotherapy is an independent profession and autonomous scientific discipline.
- Direct study of psychotherapy immediately after secondary school is a key educational path.
- A sufficient number of psychotherapists and other professionals with additional psychotherapy skills are needed to provide psychotherapy and good access to psychotherapy services.
- Inter-ministerial cooperation is necessary for the normative regulation of psychotherapy and mental health care.
- Cooperation between different mental health professionals and services is crucial to prevent the fragmentation of care.
- Doctors, psychiatrists and (clinical) psychologists must be additionally trained to perform quality psychotherapy.
- The Chamber of Psychotherapists with mandatory membership is the highest professional body for regulating psychotherapeutic professional activity.
- It is important to increase the scope and availability of low-threshold psychotherapy.
- Psychotherapy must be equally accessible in both urban and rural areas.
- The Chamber of Psychotherapists is responsible for the scientific validation of psychotherapeutic approaches.
- Academization is crucial to intensifying psychotherapy research.
- Given the excessive consumption of psychopharmaceuticals and the positive costs to benefits ratio of psychotherapy treatment, it is necessary to increase public funding for psychotherapy.
- In addition to the legal regulation of psychotherapy and counselling, the legal regulation of psychology is also required.

## Contribution of Alfred Pritz to the academization of psychotherapy in Slovenia

The idea to extend the SFU psychotherapy science programme to Slovenia emerged on October 28<sup>th</sup> 2005, at a meeting with Bohak, Alfred, and Heinz Laubreuter in Vienna, when they discussed how the Slovenian propaedeutic studies programme could be integrated into the SFU academic framework. Shortly thereafter, the idea was accepted by SUAP members and a few weeks later, at a meeting of SUAP representatives and the SFU Rectorate, the details of implementation were agreed upon (Bohak, 2013). I was chosen to lead the SFU project in Slovenia because I was very motivated and had many years of academic experience as an assistant at the Faculty of Social Work in Ljubljana.

March 24<sup>th</sup>, 2006, was not only the day when we managed to make important progress in our efforts for the law, but on the same day, in the afternoon, we organized an informational event at the Chamber of Commerce of Slovenia about the psychotherapeutic science study that officially started in Vienna in the fall of 2005. We had expected a maximum of 50 people, but almost 200 came and the atmosphere was extremely positive. Alfred gave an inspiring speech about the new project of SFU Vienna and SUAP (Figure 4), and in the following months 76 students registered (more than 50 of them for the study of psychotherapy science and other propaedeutics). Thus, in October 2006, the faculty study project began (Pritz & Vistoropski, 2006; Možina, 2007).



Figure 4: From the right Alfred Pritz, Miran Možina and Janko Bohak at an informational meeting about psychotherapy science study at the Chamber of Commerce of Slovenia in Ljubljana, March 24th 2006.

The great interest in psychotherapy studies and the high number of participants gave us the impetus to immediately start preparations for Slovenian accreditation of the Bachelor's and Master's programmes in psychotherapy sciences, but the first two attempts in 2007 and 2008 failed. On October 3, 2006, Alfred, as rector of SFU, signed an agreement with the Faculty of Applied Social Studies (FASS) from Nova Gorica in Slovenia and SUAP for another accreditation attempt (Figure 5). Initially, Alfred had not supported this idea, as he wanted to locate the SFU branch in the capital city of Ljubljana, but he soon realized numerous advantages of accrediting psychotherapy bachelor's and master's programmes under FASS, e.g., student status, the possibility of obtaining a concession and thus a reduction in tuition fees, etc. He generously confirmed to FASS the copyright for the SFU psychotherapy bachelor's and master's degree programmes. The task of SUAP was to adapt the programmes to the requirements of the Slovenian higher education legislation and to carry out the habilitation procedures for teachers within the framework of FASS.



Figure 5: From the left Alfred Pritz, rector of SFU, Borut Rončević, dean of the Faculty of Applied Social Studies, and Miran Možina, president of Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy, during the signing of the contract on October 3, 2006 in Nova Gorica.

Unfortunately, in September 2007, the Slovenian accreditation body rejected about twenty recognized Slovenian psychotherapists who had been proposed by FASS as lecturers. The reason given by the accrediting body was that it could not evaluate the habilitation papers because psychotherapy did not yet exist as a field of study in Slovenia. This answer was obviously paradoxical in relation to the question of which comes first – the chicken or the egg – since the original demand was that FASS should propose the teaching staff first and then the programmes. This absurd situation can only be understood if one takes into account the political background. FASS was a private institution, and the public universities were lobbying against it as well as against other private Slovenian higher faculties and universities. Another

big obstacle we still have to struggle with today is the obstruction of the medical and psychological lobbies, which did not want and still do not want psychotherapy to become an independent profession, but to remain the method that only psychiatrists and clinical psychologists are allowed to practice.

Despite all this, we continued our accreditation efforts until the end of 2008. In the second attempt we tried for accreditation through the so called New university in Nova Gorica, within which FASS was one of three faculties (in addition to two law schools), but the change of government that occurred at that time made the privatization of higher education even more difficult and stopped the accreditation process of the new university. At the end of 2008 SUAP and SFU terminated their agreement with FASS. In 2011, FASS then partially succeeded in their accreditation attempt because it had to change the name of their programmes from psychotherapy to psychosocial counselling and reduce the scope of the psychotherapeutic content. The medical and psychological lobbies have once again succeeded in preventing psychotherapy from becoming an independent university programme. They could only accept counseling because for them it is something inferior to psychotherapy.



Figure 6: SUAP members at the SFU Ljubljana accreditation celebration in Ljubljana June 20th 2013. Standing from the left: Alfred Pritz, Martin Lisec, Janko Bohak, Damjan Sever, Lan Pečjak, Meta Furlani, Damijana Voglar, Martin Bertok, Leon Lojk, Boba Lojk, Emil Benedik, Gregor Žvelc. Bottom row from left: Alen Latini, Blaž Ules, Miran Možina, Tomaž Flajs, Milena Vidmar.

But once again things got complicated. On March 1<sup>st</sup> 2013, Alfred came to the meeting with all the representatives of associations and institutes that were members of SUAP. SFU Vienna and SFU Ljubljana prepared a generous proposal, wherein each psychotherapeutic modality that was a member of SUAP appointed a professor or assistant professor from SFU Ljubljana. The appointed professor or assistant professor would serve as a coordinator between SFU Ljubljana and their institute or association taking on the responsibility of implementing the curriculum for this modality during the final two semesters of the bachelor's programme and throughout the four semesters of the master's programme.

This academic coordinator could also propose other qualified colleagues from their modality to contribute to the implementation of their modality in the psychotherapy science programme. The managements of SFU Ljubljana and SFU Vienna would then decide on the proposals and appoint the teaching assistants. The proposed condition for the inclusion of assistants who did not yet have a doctoral degree was that they should complete it no later than six years after signing the agreement. SFU Vienna offered these assistants the opportunity to enroll in a doctoral programme in psychotherapy science at SFU Vienna at half price. The first surprise was that instead of all representatives, only three delegates came, who were very reserved, cautious and critical. They expressed concern and mistrust that SFU wanted to take away their autonomy. Assurances from Alfred that this was not the case did not help. After the meeting, it was clear that the SFU proposal was rejected, and Alfred expressed surprise at the intensity of the mistrust.

One of the constant accusations of some SUAP members against SFU Ljubljana, especially the medical and psychological lobbies, was and is that studying psychotherapy after finishing secondary education is simply too early. It is repeatedly emphasized that a person working with clients should be older, more mature and have enough life experience. In order to show with empirical facts that this is an unfounded prejudice that serves only for populist political fights, in 2016 we published within the Ljubljana Sigmund Freud University Press the Slovenian translation of Jutta Fiegl's book (Fiegl, 2016; Možina, 2016; Okorn, 2016), in which she presented her large empirical study of SFU direct studies in psychotherapy. The results showed that maturity is not related to age, but to the ability to self-reflect, which is essential both for the learning process in therapy and for the development of students in training. It is especially important for students to be able to critically examine the deficits they have yet to address during their training. To do this, it is necessary to create a learning climate that encourages students to express insecurities, self-doubt, and fears. As Alfred (Pritz, 1996) has pointed out, psychotherapy is a science of the subjective, and so psychotherapy training must also encourage self-reflexive engagement with students' subjective experiences, both positive and negative. Only in this way can students adequately prepare themselves to explore the subjective of their future clients.

In 2016, we also began preparing our application for accreditation of bachelor's and master's degree programmes in psychology. After the on-site visit of the expert commission in summer 2018, AQ Austria decided to accredit us on September 11, and in the 2018/2019 school year the first students enrolled in the Bachelor's programme in Psychology at SFU Ljubljana. The special value of this study programme

compared to other psychology studies in Slovenia is that it focuses more on social and cultural aspects and is also special in that it is the only one (following the example of psychotherapy studies) that allows students to have a personal therapeutic experience.

After working in relatively modest spaces since 2006, with offices in one location and rented classrooms from public primary or secondary schools in other locations, we found a suitable and rather prestigious location in the center of Ljubljana after several years of searching (Figure 7). The purchase of the building was made possible by SFU Vienna and on May 24, 2019, SFU Ljubljana officially opened the doors to its new premises. 11 lecture halls with a total capacity of 412 seats, 8 rooms for psychotherapeutic and psychological outpatient clinics, 5 offices, as well as rooms for the library and for the social interaction of students allow all activities of the faculty, which currently involves about 250 students, to take place in a single building (Možina & Žvikart, 2019).



Figure 7: The new building of SFU Ljubljana at Trubarjeva street in the centre of the town.

Before the ceremonial part of the opening, a press conference was held, at which Alfred and myself, among other things, also presented the Slovenian translation of the book *The Fundamentals of Classical Psychoanalysis* by Mihail Rešetnikov and Alfred, which was published by SFU Ljubljana Vienna University Press in May 2019 to honour Alfred's great contribution to the development of psychoanalysis in Slovenia (Figure 8) (Rešetnikov & Pritz, 2019). It is a textbook in which explanations of the experiential level of everyday life are interwoven with psychoanalytic theory, and which thus represents an important acquisition of professional psychotherapeutic literature not only for students, but also for all those who want to familiarize themselves with a basic knowledge of psychoanalysis.



Figure 8: Alfred Pritz (left) and Miran Možina on May 24<sup>th</sup>, 2019, at the press conference of the new book from the SFU Ljubljana & Vienna University Press, Slovenian translation of *The fundamentals of classical psychoanalysis* by Alfred Pritz and Mihail Rešetnikov.

The official opening, which took place on a platform in front of the new building was attended by the deputy mayor, the management and other representatives of SFU Vienna (figure 9), and by several senior representatives of mental health institutions, SFU colleagues, supporters of psychotherapy and students.



Figure 9: From right in the front row: Miran Možina, Director of SFU Ljubljana, Alfred Pritz, Rector of SFU, Jutta Fiegl, Dean of the Faculty of Psychotherapy Science at SFU Vienna, and Heinz Laubreuter, Chancellor of SFU, at the official opening of the new premises of SFU Ljubljana on May 24, 2019.

SFU Ljubljana, like SFU Vienna, offers an integration of different psychotherapeutic modalities under one roof: psychoanalysis, Gestalt, systemic, integrative and Jungian therapy, as well as psychotherapy of children and adolescents. Thus, SFU Ljubljana offers training in psychotherapy as a first and second profession.

After accreditation, SFU Ljubljana also opened a psychotherapy outpatient clinic in May 2013, following the example of SFU Vienna, where psychotherapy is provided by practicing psychotherapists (mostly faculty members) and students under their supervision. The outpatient clinic currently has about 50 students working under supervision with about 450 clients. The clinic operates on a self-pay basis, but we also accept socially vulnerable clients free of charge or for a small fee. SFU Ljubljana is the only psychotherapy training center in Slovenia that offers students both theoretical and practical training under one roof. In the 2020/21 school year, the work of the clinic was expanded to include the field of psychological counseling, where psychology students can also gain practical experience under supervision.

In 2020, the seven-year Slovenian accreditation expired, and the management of SFU decided not to apply for an extension, as it has to undergo reaccreditation by AQ Austria every five years. Also crucial to this decision was that in 2019 the SQAA acknowledged that the dual accreditation for transnational education applied for in 2012 was unnecessary, so the extraordinary administrative burden of duplicate accreditation procedures was significantly reduced.

Although the path to legalization and academization was much more winding than I have shown in this chapter (as described in more detail in my many publications, recently e.g. Možina, 2020, 2022b; Možina et al., 2023), because I had to leave out many things due to space limitations, I hope that I have succeeded in presenting how complex Alfred's influence was on the development of Slovenian psychotherapy, on which he has left an indelible mark.

## **Epilogue: Alfred Pritz as a great example of a dialogical pluralistic stance**

It is a special privilege in life not only to meet a great human being, but to be able to work with him or her for a long time. Jean Piaget has insightfully described such a person: »The great man who at any time seems to be launching some new line of thought is simply the point of intersection or synthesis of ideas which have been elaborated by a continuous process of cooperation, and, even if he is opposed to current opinions, he represents a response to underlying needs which arise outside himself.« (Piaget in Smith, 1981, p. ii)

Piaget's description of a great human being in which he emphasizes the ability for continuous cooperation, integration of ideas, persistence in the opposition to current opinions and responsibility for generative ideas that arise in a broader context, fits well with my perception of Alfred's stance. I also think Piaget's description fits well with Alfred's concept of dialogic pluralism, which he embodies in an outstanding way:

»Dialogical pluralism represents a stance where the differences between scientific paradigms can be both protected and promoted within a self-reflecting context valuing otherness and alterity as a



resource. Its features cannot be fully realized, but they represent an ideal towards which we should continuously strive. A dialogical pluralistic stance is not easy to attain and maintain. The kind of engagement with paradigmatic diversity we are calling for requires the ability to constantly be-in-between, which is not easy to maintain since it requires the ability to tolerate the feeling of disorganization and fear which legitimately arises when we are confronted with the unfamiliar or unknown, and which undermines and challenges our identity. While critical self-reflexivity may lead to this kind of discouraging feeling, openness and mutual trust, respect, and care may allow to sufficiently bear it so that we can make use of its generative potential. We firmly believe that adopting such a dialogical pluralistic stance may be beneficial for a further development of the field of psychotherapy science in the direction of an enhanced mutual sharing, understanding, and influence between research communities.« (Gelo & Pritz, 2020, p. 79)

I am very grateful to Alfred and to his dialogical pluralistic stance, which is a constant model and inspiration for me for learning how to co-create with others a professional and human context that allows a direct experience of the generative value of diversity. Without such an experience, the story about the legalization and academization of psychotherapy in Slovenia and my participation in it would not have been possible.

## References

- Bohak, J. (1994). Kaj je psihoterapija? (What is psychotherapy?). *Znamenje*, 24(3/4), 10-20.
- Bohak, J. (1995). Kaj naj psihoterapija zdravi ali etične implikacije psihoterapije: ali je psihoterapija znanost? (What should psychotherapy cure or ethical implications of psychotherapy: Is psychotherapy science?). *Delo*, 37(194), 23th of August 1995, 13.
- Bohak, J. (1996a). Etika psihoanalize (Ethics of psychoanalysis). *Znamenje*, 26(1/2), 17-33.
- Bohak, J. (1996b). Kot kaže, je po sto letih psihoterapija pripravljena na nov, velik korak: psihoterapija na križpotjih (As it seems, after hundred years psychotherapy is ready for the new, big step: Psychotherapy at crossroads). *Delo*, 38(187), 14th of August 1996, 15.
- Bohak, J. (1996c). Psihologija na križpotjih (Psychology at crossroads). *Znamenje*, 26(5/6), 98-102.
- Bohak, J. (1997). Rojen je nov poklic: psihoterapija (The new profession is born: psychotherapy). *Delo*, 39(165), 19th of July 1997, 32.
- Bohak, J. (1999). Je psihoterapevt razsvetljevalec, odrešenik, ali posredovalec smisla?: psihoterapija med mitom, sanjami in resničnostjo (Is psychotherapist enlightener, savior, or mediator of meaning). *Delo*, 41(166), 21st of July 1999, 14.
- Bohak, J. (2002). Psihoterapija med tradicijo in tranzicijo (Psychotherapy between tradition and transition). *Znamenje*, 32(3/4), 73-83.
- Bohak, J. (2006a). Freud in njegova dediščina (Freud and his legacy). *Dialogi*, 42(9), 7-14.
- Bohak, J. (2006b). Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije (A decisive threshold in the professionalization of psychotherapy). *Ampak*, 7(4), April 2006, 38-40.
- Bohak, J. (2013). Dolga pot do akreditacije Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze

- Sigmunda Freuda v Ljubljani (A long way to the accreditation of the Faculty of Psychotherapeutic Science of the Sigmund Freud University in Ljubljana). *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 7(3-4), 181-184.
- Bohak, J., & Možina, M. (2002a). Psychotherapy in Slovenia. In A. Pritz (ed.), *Globalized psychotherapy* (pp. 283-299). Facultas Verlags- und Buchhandels.
- Bohak, J., & Možina, M. (2002b). *Dialog: Zbornik prispevkov 1. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (Dialogue: A collection of contributions from the First conference of the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP))*. SUAP.
- Bohak, J., & Možina, M. (2003). *Kaj deluje v psihoterapiji: Zbornik prispevkov 2. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (What works in psychotherapy: A collection of contributions from the Second conference of the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP))*. SUAP.
- Bohak, J., & Možina, M. (2004). *Kompetentni psihoterapevt: Zbornik prispevkov 3. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (The competent psychotherapist: A collection of contributions from the Third conference of the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP))*. SUAP.
- Bohak, J., & Možina, M. (2005). *Sodobni tokovi v psihoterapiji: Zbornik prispevkov 4. študijskih dnevov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (Modern trends in psychotherapy: A collection of contributions from the Third conference of the Slovenian Umbrella Association for Psychotherapy (SUAP))*. SUAP.
- Bohak, J., Vidmar, J., & Pastirk, S. (2009). Prof. Dr. Alfred Pritz – Golden Award for the Development of Psychotherapy in Slovenia. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 3(1-2), 118–119.
- Fiegl, J. (2016). *Empirische Untersuchung zum Direktstudium Psychotherapie: Forschungsergebnisse zur Eignung und zum Ausbildungsverlauf aus der Perspektive von Studierenden und Experten*. Waxmann.
- Gelo, O. G. C., & Pritz, A. (2020). Dialogical pluralism in psychotherapy science. In A. Pritz, J. Fiegl, H. Laubreuter & B. Rieken (eds.), *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität* (pp. 57-84). Pabst Science Publishers.
- Gelo, O., Pritz, A., & Rieken, B. (2016). *Psychotherapy research: Foundations, Process and Outcome*. Springer Verlag GmbH.
- Kobal, M. (2005). Položaj psihoterapije v Sloveniji je treba urediti (The position of psychotherapy in Slovenia needs to be regulated). *Sobotna priloga Dela*, 24th of September 2005.
- Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in svetovanja in Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje (College of faculties and professional associations in the field of psychotherapy and psychosocial counselling) (2018). Pripombe na predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (Comments on the draft of the Resolution on the National Mental Health Program 2018-2028). [https://sfu-ljubljana.si/sites/default/files/sfu\\_public\\_files/pages/sfu\\_ljubljana/Kolegij%20fakultet/Pripombe\\_Resolucija\\_2018.pdf](https://sfu-ljubljana.si/sites/default/files/sfu_public_files/pages/sfu_ljubljana/Kolegij%20fakultet/Pripombe_Resolucija_2018.pdf)
- Kosovel, I. (2016). On psychotherapy reality – from words to acts. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 10(3-4), 263-268.
- Kosovel, I., & Hus, I. (2017). About the establishment of the »Chamber of psychotherapists and counselors«: Interview with Irena Kosovel. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 11(1-2), 261-269.
- Laubreuter, H. (2012). About psychotherapy science. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 6(1-2), 13–19.
- Laubreuter, H. (2018). Profession and discipline of psychotherapy. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 41–52.
- Maučec, J. et al. (2020). *MIRA for Mental Health Programme: National Mental Health Programme*. National Institute for Mental Health. [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mira\\_resolucija\\_ang\\_splet.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/mira_resolucija_ang_splet.pdf)

- Memorandum o sodelovanju na področju urejanja psihoterapevtske dejavnosti med Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo (SKZP) in Združenjem psihoterapevtov Slovenije (ZPS) (Memorandum on cooperation for regulating psychotherapy between SUAP and APS) (2016). [http://www.skzp.org/files/skzp/dokumenti/doc\\_news/memorandum\\_05final%20%283%29.pdf](http://www.skzp.org/files/skzp/dokumenti/doc_news/memorandum_05final%20%283%29.pdf)
- Možina, J., & Žvikart, S. (2019). E pur si muove: Faculty of Psychotherapy Science of the Sigmund Freud University in Ljubljana has moved to the new rooms in the centre of the town. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 357-363.
- Možina, M. (2006). Slovenska psihoterapija na prelomnici (Slovenian psychotherapy at a turning point). *Dialogi*, 42(9), 15-29.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije (Faculty study of psychotherapy has started in Slovenia). *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 1(1-2), 83-103.
- Možina, M. (2008). Psychotherapeutic Service as Integral Part of Comprehensive Health Care. In L. Kovačić, L. Zaletel-Kragelj (eds.), *Management in Health Care Practice: A Handbook for Teachers, Researchers and Health Professionals* (pp. 642-659). Hans Jacobs Verlag.
- Možina, M. (2009a). Ločimo poklicno od generične psihoterapije, psihoterapevte od šarlatanov in zakonsko uredimo psihoterapevtsko dejavnost: Intervju z Miranom Možino (We must separate professional from generic psychotherapy, psychotherapists from charlatans, and legally regulate psychotherapy). *Medicina danes*, 1(7), 8-9.
- Možina, M. (2009b). Let him be a student of psychotherapy. *Slovenian Journal of Psychotherapy Kairos*, 3(3-4), 172-178.
- Možina, M. (2010a). Psychotherapy in Slovenia today and tomorrow. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 4(1-2), 133-166.
- Možina, M. (2010b). For psychotherapy as an autonomous profession: what is happening in Europe?. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 4(3-4), 63-104.
- Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem (Short history of psychotherapy in Slovenia). In M. Žvelc, M. Možina & J. Bohak (eds.), *Psihoterapija* (pp. 11-55). IPSA.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (So young and already psychotherapists: Academization of psychotherapy in Slovenia and direct study of psychotherapy science at the Faculty of Psychotherapy science of the Sigmund Freud University in Ljubljana). In J. Fiegl (ed.), *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije (So young and already psychotherapist: Empirical study of direct psychotherapy study)* (pp. 165-190). Sigmund Freud University Press.
- Možina, M. (2020). The Slovenian story about self-organization and cooperation. In K. Viol, H. Schöler & W. Aichorn (eds.), *Selbstorganisation – Ein Paradigma für die Humanwissenschaften: Zu Ehren von Günter Schiepeks Forschung zu Komplexität und Dynamik in der Psychologie* (pp. 217-243). Springer.
- Možina, M. (2022a). The legal regulation of psychotherapy and counselling as independent professions: What can we learn from Austria?. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 16(1-2), 215-283.
- Možina, M. (2022b). Editorial about Dodo and common factors in supervision. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 16(3-4), 9-15.
- Možina, M., & Bohak, J. (2008). Steps leading to the psychotherapy law in Slovenia. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 2(3-4), 119-140.
- Možina, M., Fercher, T., Kurent, A., Lasič Andrejevič, T., Ochs, M., Popović, B., Telfener, U., Tramonti, F., & Vajda, M. (2023). Systemic resonances and interferences: Impressions from the congress of the European Family Therapy Association (EFTA) from 7th till 10th of September 2022 in Ljubljana. *Kairos - Slovenian Journal of Psychotherapy*, 17(1-2), in print.

- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018a). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji (The time for psychotherapy law is ripe: About novelties regarding the normative regulation of psychotherapy and psychosocial counseling in Slovenia). *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 12(3-4), 7-39.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A., & Rakovec, P. (2018b). Croatia, Malta and Germany passed psychotherapy laws in 2018: How about Slovenia? *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 12(3-4), 245-272.
- Možina, M., Flajs, T., & Kotnik, R. (2019). Standards of psychotherapeutic practice and psychotherapeutic education. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(3-4), 365-411.
- Možina, M., Flajs, T., Kress, R., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., & Rakovec, P. (2020). New laws on psychotherapy in Europe: How did Slovenia get stuck? *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 14(1-2), 377-394.
- Možina, M., & Hus, I. (2015). In the field of psychotherapy we are behind Austria for thirty years: Interview with Miran Možina. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 9(1-2), 225-230.
- Možina, M., & Kavčič, L. (2022). Poklic psihoterapevta v Sloveniji še ni registriran, zato je zakonska ureditev nujna (The profession of psychotherapist is not yet registered in Slovenia, so legal regulation is necessary). *Demokracija*, 8/XXVII, 24th of February 2022.
- Možina, M., & Kranjc Jakša, U. (2019). Uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica: kaj se lahko naučimo na primeru Nizozemske. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 13(1-2), 171-207.
- Možina, M., & Kosovel, I. (2017). On the government's proposals for a mental health programme 2018-2028. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 11(3-4), 235-248.
- Možina, M., & Okorn, I. (2022). Challenges of the development of mental health care in Slovenia. *JoGHNP*. Published online 17. januar, 2022. <https://joghnp.scholasticahq.com/article/31788>
- Okorn, I. (2012). *Expectations and representations about psychotherapeutic profession and their changes in the study process of Slovenian SFU students*. Doctoral dissertation. Sigmund Freud PrivatUniversität.
- Okorn, I. (2016). Pričakovanja in predstave o poklicu psihoterapevta pri slovenskih študentih psihoterapevtske znanosti Univerze Sigmunda Freuda (Expectations and ideas about psychotherapeutic profession among Slovenian students of psychotherapy science at SFU). In J. Fiegl (ed.), *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije (So young and already psychotherapist: Empirical study of direct psychotherapy study)* (pp. 191-207). Sigmund Freud University Press.
- Pritz, A. (1996). *Psychotherapie - eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Springer.
- Pritz, A. (2002). *Globalized psychotherapy*. Facultas.
- Pritz, A. (2003a). Kaj deluje v psihoterapiji (What works in psychotherapy). In J. Bohak & M. Možina (eds.), *Kaj deluje v psihoterapiji (What works in psychotherapy)* (pp. 6-8). SUAP.
- Pritz, A. (2003b). Uvod v globalizirano psihoterapijo (Introduction to the globalized psychotherapy). In J. Bohak & M. Možina (eds.), *Kaj deluje v psihoterapiji (What works in psychotherapy)* (pp. 9-11). SUAP.
- Pritz, A., & Vistoropski, N. (2006). Seksualna agresija je najgrozljivejša: Intervju s prof. dr. Alfredom Pritzom (Sexual aggression is the worst: Interview with Prof. Dr. Alfred Pritz). *Ona*, 8(13), 28th of March 2006, 9-12.
- Pritz, A. (2011). The struggle for legal recognition of the education of psychotherapy and an autonomous psychotherapy profession in Europe. *International Journal of Psychotherapy*, 10, 5-20.
- Pritz, A., Fiegl, J., Laubreuter, H., & Rieken, B. (2020). *Universitäres Psychotherapiestudium. Das Modell der Sigmund Freud PrivatUniversität*. Pabst Science Publishers.

- Rešetnikov, M., & Pritz, A. (2019). *Osnove klasične psihoanalize (Fundamentals of classical psychoanalysis)*. Sigmund Freud University Press.
- Smith, L. (1981). *Piaget's genetic epistemology: A theoretical critique of main epistemic concepts*. Doctoral dissertation. ProQuest.
- Steinbuch, K. (2016). Končno je dozorel čas za zakonsko ureditev psihoterapije (The time has finally come for the legal regulation of psychotherapy).  
<https://www.portalplus.si/1815/psihoterapija?desktop=1>
- Varjačić Rajko, B., Možina, M., & Mrovlje, A. (2017). An analysis of scientific and professional articles in the Slovenian journal of psychotherapy - Kairos 2007-2017. *Kairos – Slovenian Journal of Psychotherapy*, 11(3-4), 131-145.



Alfred Pritz in Janko Bohak

## **Odločilen prag v profesionalizaciji psihoterapije: pogovor z dr. Alfredom Pritzem, rektorjem Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja<sup>1</sup>**

Prof. dr. Alfred Pritz, rektor Univerze Sigmunda Freuda na Dunaju, je oče avstrijskega zakona o psihoterapiji iz leta 1990, je eden od ustanovnih članov Evropske zveze za psihoterapijo in od ustanovitve njen generalni sekretar ter predsednik Svetovnega sveta za psihoterapijo.

- 1. Gospod rektor, kako da ste se odločili za ustanovitev privatne univerze za psihoterapijo, ki je hkrati prva privatna univerza za psihoterapijo na svetu. Zakaj ste izbrali to pot in niste skušali študija psihoterapije integrirati v že obstoječe državne univerze?**

Leta in leta smo si prizadevali, da bi državna univerza sprejela izobraževalni program iz psihoterapije, toda senat dunajske univerze je vse naše vloge zavrnil. Tako smo se znašli pred alternativo: Ali naj čakamo do konca življenja ali naj nekaj storimo. Odločili smo se za drugo možnost.

- 2. Ker predstavlja ustanovitev samostojne univerze za psihoterapijo odločilen korak v profesionalizaciji psihoterapije, ste pred ustanovitvijo univerze gotovo imeli veliko razprav.**

Da, imeli smo ogromno razprav, ne le z zagovorniki, tudi z nasprotniki tega projekta. Nam je šlo po eni strani za to, da z ustanovitvijo univerze poudarimo samostojnost psihoterapije kot znanstvene discipline, po drugi strani pa nam je šlo za to, da povežemo kvalitete dosedanjega psihoterapevtskega izobraževanja s kvalitetami akademskih zahtev.

---

1 Intervju je bil objavljen v mesečniku za kulturo, politiko in gospodarstvo Ampak, 7(4), 38-40.

3. **Edinstvena posebnost študija psihoterapije je v osebni izkušnji. To pomeni, da mora bodoči psihoterapevt sprejeti nase enak proces dela na sebi, kot ga bodo nekoč sprejeli njegovi pacienti. Zato večkrat slišimo: Kdor študira psihoterapijo, bi rad predvsem razčistil sam s seboj. Je to predsodek?**

To ni predsodek. Pri izbiri kandidatov za psihoterapijo nam ni toliko pomembno število doseženih točk, bolj pomembno nam je, da so to ljudje, ki bi radi prišli na čisto sami s seboj. Mladi se tudi za nekatere druge študije odločajo z nezavedno ali zavestno željo, da jim bo študij pomagal rešiti nekatere njihove notranje težave, toda noben študij jim ne ponudi možnosti osebne izkušnje. Menim, da bi naj to možnost osebne izkušnje ponudili vsaj tistim študentom, ki izbirajo komunikacijsko usmerjene poklice, se pravi bodočim zdravnikom, učiteljem, duhovnikom, bolniškim sestram, socialnim delavcem itd.

4. **Pravite, da se pri izbiri kandidatov ne ozirate toliko na število doseženih točk kot na osebnostno primernost. Kako jo ugotavljate?**

Za to smo izdelali tako imenovani »reporting system« ali sistem poročanja. Imamo tri možnosti, da kandidatu rečemo ne.

Prva je pred začetkom študija. S prijavljenimi opravimo dva intervjuja, nato jih povabimo na eno ali eno in pol dnevni seminar. Ocenjujemo dvoje: primerenost človeka za psihoterapijo in njegovo motivacijo. Če je očitno, da kandidat ni primeren, ker ima na primer izrazito osebnostno motnjo, lahko rečemo ne, ne ustrezaš našemu programu. Drugo je motivacija. To je drag študij in ne želimo, da bi bili ljudje razočarani nad njim. Zato hočemo, da točno vedo, kaj pričakujemo in kaj oni pričakujejo od nas. Pred začetkom študija podpišejo pogodbo, v kateri jim obljubimo, da jim bomo ponudili vsaj eno modaliteto, ne opredelimo pa se, katero. Po drugem letu študija se namreč morajo odločiti za eno od modalitet. V prvih dveh letih opravijo dvajset ur supervizije, in študenti vedo, da bodo supervizorji poročali vodstvu univerze o njihovi praktični kompetenci in osebno ustreznosti. Ne želimo dati diplom tistim, ki so neustrezni.

Naslednja ocena slušateljev je po četrtem semestru, ko se odločajo za modaliteto in jim lahko npr. rečemo: Menimo, da nisi primeren za psihoanalitsko smer, lahko ti pa priporočimo geštalt ali vedenjsko terapijo. Tu ni več vprašanje študij da ali ne, marveč ocena, katera psihoterapevtska smer je za študenta primerna. Zadnja je supervizorjeva ocena proti koncu študija. Če supervizor oceni, da študent ni dojel nečesa, kar je ključnega pomena za psihoterapevta, mu priporočamo dodatne študijske vsebine, s katerimi bo lahko razvil ustrezno raven kompetentnosti. Seveda je možno, da se s tem supervizorjem osebno nista ujela. Tudi to možnost natančno preverimo. To je sistem poročanja, ki ni



skrivnost in je javen. V nasprotju s supervizorji pa učni terapevti, pri katerih študenti opravljajo osebno izkušnjo, ne dajejo nobenih poročil, ki bi vplivala na nadaljnji potek študija. Osebna izkušnja torej ni del sistema poročanja.

**5. Najpogostejši pomislek proti študiju psihoterapije takoj po maturi zveni nekako takole: Če fant ali dekle začneta študij psihoterapije z osemnajstimi leti, bosta lahko zaključila študij že okrog petindvajsetega leta. Kako se naj mlad človek na koncu adolescence uspešno spoprijema s tako različnimi težavami in duševnimi zapleti postmodernega človeka, ali globalizacijskega človeka?**

Neštetokrat sem slišal ugovor: Takšnemu, še na pol zelencu, naj zaupam svoje najgloblje stiske, dileme in senčne strani svoje duše, ki jih še sebi težko priznam! Na to odgovarjam takole: Moja osebna izkušnja mi pravi, da mladost terapevta ni posebna ovira za človeka, ki se je pripravljeno spoprijeti najprej s svojimi odpori. Sam sem bil namreč eden najmlajših psihoterapevtov svoje generacije in sem bil pogosto presenečen nad tem, da pacientov, ki so bili večinoma starejši od mene, moja leta niso motila.

Drugi del odgovora je v osebni izkušnji, o kateri sem prej govoril. Ta osebna izkušnja je vendarle izjemna spodbuda za osebnostno rast mladega človeka. To konkretno pomeni: Dva primerljivo zrela maturanta se odločita za študij; eden za medicino, drug za psihoterapijo. Ko bosta čez šest ali sedem let zaključila študij, bo diplomant psihoterapije prav zaradi intenzivne osebne izkušnje, ki je bil deležen v času študija, osebnostno bolj zrel od svojega kolega, zdravnika. Navsezadnje pa: V čem pa je psihoterapevtovo delo z ljudmi nekaj tako posebnega ali manj odgovornega od zdravnikovega dela z ljudmi, ki neredko odloča o njihovem življenju in smrti?! Ali od dela z ljudmi, ki ga opravljajo duhovniki, učitelji, socialni delavci? Vsi ti poklici nosijo pri delu z ljudmi izjemno veliko odgovornost in se nihče ne spotika nad njihovo mladostjo, ko začnejo z delom. Kar šteje, je samo to: ali so se v času študija dobro ali pomanjkljivo usposobili za svoje delo.

**6. V ponudbi vaše univerze so zastopane najrazličnejše psihoterapevtske šole. Bi ne bilo dobro ločiti ljujko od pšenice?**

Prav to je osrednja naloga vsake univerze: raziskati, kaj je pšenica in kaj so pleve. Temu je namenjen raziskovalni del naših programov, s katerimi skušamo izboljšati prav tiste šole, ki imajo še dokaj skromno znanstveno osnovo, na primer različne telesne psihoterapije.

**7. Omenjate, da je za študij psihoterapije poleg osebne izkušnje zelo pomembna praksa. Kakšno prakso ponujate vašim študentom?**

Na prvi stopnji dodiplomskega študija ali bakalavreata (to so prva tri leta študija) imamo dve vrste prakse:

- praksa v raznih psihosocialnih ustanovah z namenom, da se študenti seznanijo z različnimi oblikami dela z ljudmi. Tistim, ki so ta del prakse opravili že v času prvega študija, na primer psihologi, socialni delavci, ta del prakse seveda priznamo.
- praksa na kliniki univerze. Študenti skozi dvosmerno ogledalo opazujejo psihoterapevte, kako delajo s pacienti, ali pa prisostvujejo kot opazovalci psihoterapevtski seansi.

V času magistrskega študija (četrto in peto leto študija) pa je obvezna praksa v psihiatričnih ustanovah, kjer se študenti seznanijo in učijo prepoznavati klinične slike psihičnih motenj in bolezni, o katerih so se učili pri specialni psihopatologiji.

**8. Ste univerza za psihoterapijo, a ste se odločili, da ponudite tudi študij psihologije. Zakaj?**

Tudi te odločitve nismo sprejeli preko noči, ampak po dolgih razpravah. Sam sem bil dolgo proti. Kar me je nazadnje prepričalo, je bil premislek: Če bosta oba študija pod isto streho, bo s tem poudarjena tako avtonomija kot tudi sorodnost obeh znanstvenih disciplin.

**9. Jung in Freud sta se v sporu okrog pojma libida ločila in šla vsak po svoji poti. Danes delujeta obe šoli in obe sta uspešni. Kako si to razlagate? Pričakovali bi, da ima prav ena ali druga smer.**

To velja za medicino, pa še tam ne povsem, vendar toliko, da imamo samo eno novodobno znanstveno medicino: Neko zdravilo deluje ali ne deluje. V psihoterapiji velja spremenjena paradigma, namreč da mnogo poti vodi na vrh iste gore, do istega cilja.

Tudi spor med Jungom in Freudom, ki mu je sledilo še mnogo drugih nesoglasij in ločitev, lahko danes bolje razumemo. Vemo namreč, da za terapevtski učinek ni odločilnega pomena psihoterapevtova strokovna usmeritev ali pripadnost neki šoli, marveč terapevtski odnos. Šola je zgolj koncept, ki se ga terapevt poslužuje. Vemo tudi, da so vsem psihoterapevtskim šolam skupni dejavniki, ki so nazadnje odločilni za uspeh. To so na primer velika mera empatije, spoštovanje do pacienta, terapevtova fleksibilnost in njegovo znanje o psihopatoloških fenomenih.

Šolski svetovni nazor je za terapevta pomemben le v toliko, kolikor mu predstavlja notranji model reda, ob katerem se lahko orientira pri delu s pacientom. Znano je tudi, da mnogi pacienti niti ne vedo, katere metode se njihov terapevt poslužuje. Vedo le, da se z njimi pogovarja. In to jim zadošča.

- 10. Pa vendar nekatere raziskave pripisujejo večjo učinkovitost eni psihoterapevtski šoli, in jo drugim skoraj povsem odrekajo. Znano je Eysenckovo zagotavljanje, ki temelji na številnih raziskavah, da je učinkovita le vedenjska terapija, medtem ko so psihoanalitsko usmerjene praktično brez učinka. Še danes nekateri govorijo o »udobnih psihoanalitskih kavčih«, na katerih pa se ničesar zares terapevtskega ne dogaja. Po drugi strani pa nemški zakon o psihoterapiji priznava predvsem vedenjsko in psihoanalitsko usmerjene psihoterapevte...**

Problem je po eni strani v tem, da raziskave o psihoterapevtski učinkovitosti med seboj niso primerljive. Znano je, da je vedenjska psihoterapija izrazito simptomatsko usmerjena, zato enači zdravljenje z odpravo simptoma. Seveda je neko motnjo hranjenja možno ozdraviti z vedenjskim pristopom v nekaj mesecih. Toda tako ozdravljena pacientka bo praviloma potrebovala še leta intenzivne globinsko psihološko usmerjene psihoterapije, če hoče predelati notranjo dinamiko, ki jo je privedla do tega simptoma, in osvobojeno zaživeti. Tudi pri zdravljenju odvisnih od alkohola ali od nedovoljenih drog vemo, da ozdravljenje po nekaj mesecih intenzivne terapije ne zaščiti pacienta pred ponovnim zdrsom v nekdanjo odvisnost. Potrebni je še več let zdravljenja, za prve v klubih zdravljenih alkoholikov, za druge v komunah, da se psihično dovolj okrepijo in so varni pred ponovnim zdrsom v odvisnost.

Nemški zakon, ki ga omenjate, pa nima ničesar skupnega z ugotovitvami stroke, marveč z razmerjem moči med posameznimi poklicnimi skupinami, in je zgolj politična, ne strokovna odločitev. Znano pa je tudi, da omenjeni nemški zakon, ki je večino psihoterapevtskih šol izločil in jim ne daje pravice do naziva psihoterapevt, že poka po vseh šivih. Tudi zakonske regulative v nekaterih drugih evropskih deželah, ki večini psihoterapevtov odrekajo pravico do naziva psihoterapevt, kot na primer v Italiji, so le Pirove zmage, izraz trenutne premoči nekaterih poklicnih skupin. Naša univerza ne bo delovala po tem načelu izključevanja. Zato skušamo s široko paleto raziskovalnih projektov podpreti tiste psihoterapevtske usmeritve, ki imajo šibko znanstveno bazo, kot sem že omenil.

- 11. Za Slovenijo menim, da bo vsaj še deset do dvajset let povpraševanje po psihoterapevtskih storitvah mnogo večje od ponudbe. To pomeni, da bomo na gospodarskem področju mnogo prej dosegli evropski nivo kot na področju psihoterapije. V razvitih evropskih deželah pa se zdi, da sta povpraševanje in ponudba po psihoterapevtskih storitvah že dokaj uravnotežena. Kakšne so poklicne šanse psihoterapevtov, ki jih izobražujete? Bodo imeli dovolj dela? Ali pa drži, da nova ponudba budi novo potrebo?**

Res je, da nova ponudba budi novo potrebo. Toda prepričan sem, da spričo rastočih anksioznih motenj, depresij, motenj hranjenja in izjemnih obremenitev, ki jih globalizacijska družba nalaga človeku, stiske ljudi še zdaleč presegajo ponudbe. Zato se ne bojim, da bodo naši diplomanti brezposelni. Opirajo se tudi nova področja delovanja psihoterapevtov. Ne nazadnje so tu še delovna mesta, ki jih tradicionalno zasedajo že etablirani »poklicni pomočniki«, a jih mnoge ustanove želijo zasesti s psihoterapevti. To pa je za »etablirane« tudi izziv, da se odločijo za psihoterapevtsko izobraževanje, če naj ostanejo konkurenčni. In vedno več se jih dejansko odloča za psihoterapijo.

- 12. Je bilo prej drugače?**

Prej so bile druge slike duševnih motenj. Klasične histerije, kot je bila običajna v Charcotovih časih, danes ni več. Toda problem obvladovanja in mojstrovanja življenja ostaja in proizvaja vedno nove psihosocialne napetosti. In javna zavest je vzela na znanje, da si lahko s psihoterapijo ne le pozdraviš mnoge duševne motnje, marveč tudi občutno izboljšaš svojo kvaliteto življenja. In da bi bilo njihovo življenje, zlasti njihovi medsebojni odnosi, kvalitetnejši, so ljudje pripravljeni investirati vedno več časa, energije in ne nazadnje svojih prihrankov.

- 13. Gospod rektor, šele pred nekaj meseci ste opustili redno psihoterapevtsko službo v ambulanti, kjer ste sodelovali s psihoterapevti različnih usmeritev. Vam pri vseh vaših službah, funkcijah in zadolžitvah sploh še ostaja čas za individualno duševno trpljenje?**

Moje glavno delo je in ostaja psihoterapevtsko delo. Najprej sem psihoterapevt in vse druge moje zadolžitve so tako rekoč moj konjiček. Kot rektor nove univerze pa sem zares prisiljen, da svojo psihoterapevtsko prakso nekoliko omejim. Toda vedno bom delal s pacienti, sicer bi izgubil stik z bistvenim. In tega nikakor nočem.





Janko Bohak

## Freud in njegova dediščina<sup>1</sup>

### Povzetek

V prvem delu navajam primere stanja duha znanosti v 19. st., ki je bilo v znamenju še dokaj vulgarne materialistično biologistične paradigme. V tistem času so se z razumevanjem človekovih stisk in motenj ukvarjali bolj nekateri filozofi, pisatelji in pesniki kot znanstveniki. Tudi Freud je začel svojo raziskovalno kariero v nevrološkem inštitutu, a moral je sprevideti, da s takšnim znanstvenim delovanjem ne bo našel načina, kako povesti človeka iz njegovega notranjega pekla, kot je njegov davni prednik povedel svoje ljudstvo iz egiptovske sužnosti.

V drugem delu se ustavljam ob Freudovi dediščini dobrih sto let po utemeljitvi njegove nove znanosti, zlasti ob njegovi ambiciji, da bi psihoterapevt postal avtonomen laičen poklic, in psihoterapija samostojna disciplina na visoki znanstveni ravni, kar se dogaja prav v zadnjih petnajstih letih. Pomemben mejnik v tem razvoju je začetek delovanja prve zasebne univerze za psihoterapijo z možnostjo dodiplomskega in podiplomskega študija psihoterapije.

### 1. Uvod

Ko prebiram dnevne medije ali strokovno literaturo, ugotavljam, da je Freud v enih in drugih pogosto prisoten: in kakor sodobniki za časa njegovega življenja, je tudi v sodobni javni zavesti, kakor tudi v strokovni literaturi izjemno močan ambivalenten odnos do tega človeka, ki ga pa kljub vsej ambivalenci uvrščajo med tisto peščico ljudi 19. stoletja, ki so najbolj vplivali na naš pogled na svet in način življenja, kot ga živimo.

V svojih izvajanjih bi rad v nekaj črtah orisal svet, v kakršnega je stopil Freud z namenom, primerljivim z grškim mitološkim junakom Sizifom: da osvobodi človeka njegovega notranjega pekla. V jeziku, ki ga je ustvaril, bi njegov namen zaslužil oznako narcistične grandomanije, če bi dobrih sto let kasneje ne ugotavljali, da je z majhno peščico somišljenikov, naslednikov, ne nazadnje pa tudi 'odpadnikov', dejansko skonstruiral ključ, ki je doslej že neštetim odprl vrata njihovega notranjega pekla.

<sup>1</sup> Članek je bil objavljen v reviji *Dialogi*, 42(9/06), 7-14.

## 2. Stanje duha in znanosti v 19. stoletju

Antropologijo 19. stoletja je v veliki meri še določala biblija oz. danes bi rekli: predrazsvetljenska interpretacija biblije. Tako je veliki švicarski naravoslovec Luis Agassiz (1807-1873) na harvardski univerzi zastopal poligenetsko teorijo, po kateri bi naj bile človeške rase ločene vrste. In ker črnici predstavljajo povsem drugo življenjsko obliko, ne morejo biti deležni enakosti ljudi, ki jo zahteva nova zaveza.

Tudi ameriško standardno delo o človeških rasah, »Types of Mankind«, ki sta ga 1854. leta izdala Nott in Gliddon, izpostavlja podobnost med gorilami in alžirskimi črnici, med orangutani in hotentoti itd. Celo Darwin je 1871 trdil, da se bo v prihodnosti razširil prepad med človekom in nižjimi opicami, ker bodo vmesni člani, kot so šimpanzi in hotentoti, verjetno izumrli (prim. Gould 1983).

Zagovorniki monogeneze so prav tako zastopali znanstveni rasizem, in sicer takole: Vsaj ljudstva so sicer nastala po stvarjenju Adama in Eve, vendar so posamezne rase različno degenerirale v primeri s stanjem popolnosti v Edenskem vrtu. Stopnja degeneracije je najmanjša pri belcih, medtem ko je največja pri črnicih.

Nadaljnji poskus znanstvenega dokazovanja rasnih in spolnih predsodkov je bilo merjenje prostornine možganov. Na tem polju znanosti se je najbolj proslavil G. Morton, ki je sredi 19. st. objavil več zvezkov meritev in tabel prostornine možganov. V ta namen je zbral največjo zbirko lobanj, ki jih je sprva polnil z gorčičnimi zrnci, nato pa s svinčnimi zrni. Z znanstveno predpostavko, da je velikost možganov neposreden pokazatelj razvojnega stanja, kakor tudi duhovnih sposobnosti, je 'dokazal', da so belci na vrhu, Indijanci v sredini, črnici pa povsem spodaj na tej hierarhični lestvici. (In še bolj neverjetno je, da se je do podobnih 'znanstvenih dokazov' dobrih sto let kasneje dokopal slavni Eysenck s svojimi inteligenčnimi testi.)

V 2. polovici 19. st. je francoski kirurg in antropolog Broca pridno meril velikost lobanj in teles ter 1872. ugotovil nižjo inteligentnost črne rase. Zanj je bilo nesporno, da se je zgradba telesa črnca približala zgradbi telesa opice. Razmerje med dolžino nadlaktnice in podlaktnice pa je za svoje znanstveno argumentiranje opustil, in priznal, da iz podaljšane podlaktnice ni mogoče sklepati na manj vrednost ali izrojenost, saj bi bili v tem primeru Evropejci po eni strani med črnici in hotentoti, po drugi strani pa med Avstralci in Eskimi. Če znanstvena predpostavka ne služi želenim 'znanstvenim rezultatom', jo je bolje opustiti.

Tudi predpostavka, da je teža možganov premo sorazmerna z inteligenco, je utrjevala rasne in spolne predsodke. S temi meritvami so 'znanstveno' ugotovili, da so ženske v povprečju nekoliko neumnejše od moških: »S to razliko naj ne bi pretiravali, vendar pa zato ni nič manj realna«. G. Herve pa je s svojimi raziskavami ugotovil, da imajo moški črne rase možgane, ki so komaj kaj težji od možganov belk.



Celo Gustave Le Bon, ki ga še danes tu in tam navajamo, je v svoji »Psihologiji mas« izjavil: »Pri najinteligentnejših rasah, kot so Parižani, naletimo na veliko število žensk, katerih možgani so po velikosti bliže gorilam kot najvišje razvitim moškim možganom. ... Vsi psihologi, ki so raziskovali inteligenco žensk, danes spoznavajo, da predstavljajo ženske eno manj vrednih oblik človeškega razvoja.«

Tudi marginalnim družbenim skupinam so se nekateri znanstveniki predano posvetili. Cesare Lombroso, profesor psihiatrije v Turinu, je dokazal, da je zločinsko nagnjenje prirojeno in ga je mogoče diagnosticirati z anatomijo telesa. Njegovo osrednje delo »Zločinec« je izšlo, ko je bil Freud star dvajset let. Lombrosov učenec se je posvetil anatomiji nog prostitutk in na 4. mednarodnem kongresu kriminalne antropologije 1896 poročal o »abnormni morfologiji« njihovih nog. Kriminalna antropologija je bila tema mednarodnih srečanj, na katerih so se vsaka štiri leta zbirali sodniki, pravniki, vladni uslužbenci in znanstveniki. Teorija rojenega zločinca je doživela novo izdajo v šestdesetih letih 20. st. s pravljico o »zločinskih kromozomih« in časovno sovпада z Eysenckovimi ugotovitvami inteligenčnih razlik pri različnih rasah in narodih.

V ozadju teh raziskav in »dognanj« je očitno velika človekova potreba po preprosto spletemem svetu, v katerem bi imele najbolj kompleksne človeške sposobnosti in vedenja isti vzrok, kakor barva cvetov pri grahu in fižolu, s katerimi je 1865 eksperimentiral Johann Gregor Mendel in položil osnove genetike. Mnogi znanstveniki so verjeli, da jim bo vsak čas uspelo odkriti »vesoljski obrazec«, ki bo integriral vsa dosežena odkritja in še nepojasnjene uganke mikro in makrokozmosa.

Sigismund Schlomo Freud se je rodil 6. maja 1856 kot prvorojenec osmih otrok trgovca Jakoba Freuda in njegove žene Amalije v majhnem mestecu Freibergu (današnji Pribor) na Moravskem. Ko je imel tri leta, se je družina odselila in se po kratkem postanku v Leipzigu naselila na Dunaju. Trgovski posli očetu niso najbolje uspevali; boriti se je moral z istimi nevšečnostmi kot večina Judov, prišlekov iz Vzhoda: to sta bili predvsem antisemitizem in revščina. A v svojega prvorojenca je stavila družina velike upe in mu nudila več kot bratom in sestram, ki so prihajali za njim.

V času, v katerem je Freud na Dunaju študiral medicino, je nihalo duhovno zgodovinskega razvoja zanihalo od pred razsvetljenske podobe na svet v skrajno mehanistično, deterministično in materialistično podobo sveta. Nevrofiziologija je bila takrat podobno obetavna znanost kot so današnje nevroznanosti. In razpoloženje znanstvenega sveta najbolje povzema geslo Berlinske zdravniške družbe: »Prisegli smo uveljaviti resnico, da v človeškem organizmu ni nobenih drugih dejavnih sil, razen splošnih fizikalno kemičnih.« Še 1885. leta, se pravi komaj dobro desetletje pred izdajo Freudovih in Breuerjevih razprav o histeriji,

s katerimi sta že polagala temelje novi znanosti, so še najpomembnejši ginekologi verjeli, da je možno histerijo ozdraviti s kastracijo, frigidnost pa z operacijo klitorisa. Ni čudno, da francoski filozof Bergson govori o »žalostnih osemdesetih letih« 19. stoletja.

Seveda ni mogoče trditi, da to znanstveno ozračje ni zapustilo vpliva na Freuda in na njegovo novo znanost, toda če bi se Freud brez pridržkov pridružil njihovemu načinu razmišljanja in znanstvenega pristopa, danes ne bi praznovali 150 letnice njegovega rojstva. Če bi 19. stoletje ne rodilo tudi ljudi, ki so drugače gledali na človeka in njegovo psiho, bi se Freud morda nikdar ne ločil od svojih raziskav na nevrološkem inštitutu. In čeprav je kasneje zapisal, da ničesar ne da na filozofijo, lahko vendar imenujemo nekaj filozofov kot tistih, ki so Freudu pripravljali pot.

To sta bila Sören Kierkegaard (1813-1855), utemeljitelj eksistencializma, in Friedrich Nietzsche; prvi iz krščanske, drugi iz antikrščanske pozicije. Oba sta močno poudarjala subtilna, nezavedna čustva in vrednote, pri čemer je drugi s svojo »voljo po moči« močnejše kot na Freuda vplival na enega njegovih prvih somišljenikov, na Alfreda Adlerja.

Pri nekoliko starejšem Arthurju Schopenhauerju (1788-1860) pa najdemo presenetljivo podrobna opažanja o tem, kako je naše vsakdanje vedenje povezano z našim nezavednim. Že Schopenhauer poudarja primat nezavednega in seksualnega; že njemu sta intelekt in zavest sekundarna pojava. Nadalje govori o afektih, sanjah, hipnozi, o prisili ponavljanja, o želji po smrti, o biseksualnosti, izrinjanju, racionalizaciji, sublimaciji in determinizmu vsega psihičnega dogajanja, zlasti pa »svobodnih« asociacij. Blodnja mu pomeni motnjo v zavestnem spominjanju nekega travmatičnega dogodka. Vse te teme najdemo spet pri Freudu, ki jih je poglobil in uskladil v širši kontekst svoje nove znanosti in svojih dveh modelov človeške psihe, ki niso brez vpliva mehanističnih in determinističnih znanstvenih postavk, ki smo jih prej omenjali.

Eduard von Hartmann je leta 1869 napisal »Filozofijo nezavednega«, Goethe, Schiller in Dostojevski opisujejo vpliv socialnih in psihičnih dejavnikov pri nastanku psihičnih motenj in boleznih. Toda kakor je Freud v uvodu v svoje osrednje delo »Die Traumdeutung« priznal, da je včlenil v to delo vse, kar so drugi, od antike dalje dognali pred njim, tako se zdi, da je Freudova genialnost prav v tem, da je vse, kar so drugi dognali o nezavednem psihičnem funkcioniranju in kako to nezavedno vpliva na zavestno psihično doživljanje in vedenje, povezal v zaključeno in konzistentno celoto.

Ker je bilo 19. st. v znamenju naravoslovno – tehnične revolucije, katere očiten napredek je služil za prepričljivo legitimacijo materialističnega svetovnega nazora, je tudi razlaga duševnih motenj in boleznih poudarjala izključno somatogenetsko

etiologijo in zanikala vse, česar ni mogoče dokazati z fizikalno kemičnimi metodami. V skladu s tem pristopom je bila psihiatrija predvsem nevrologija Napredek splošne medicine je takšno monokauzalno pojmovanje le še utrjeval: na primer Pasteurjeva odkritja, ki jim je sledil razcvet tehnike preventivnih cepljenj, ali Kochovo odkritje povzročitelja tuberkuloze in kolere, kakor tudi odkritje povzročitelja sifilisa, *spirochaeta pallida* 1905. leta.

V tem ozračju, ko je bila medicinska znanost izključno pod vplivom biološko fiziološke paradigme in ko so se z razumevanjem človekovih stisk in motenj ukvarjali le filozofi in pesniki, je Freud sklenil, da bo človeštvu pokazal pot iz njegovega notranjega suženjstva, kot je njegov davni prednik Mojzes povedel svoje ljudstvo iz egiptovske ujetosti. In kot Mojzesu njegovo ljudstvo ni bilo hvaležno za osvoboditev, saj si je na naporni poti skozi puščavo v obljubljeni deželo želelo nazaj k polnim loncem egiptovskega mesa, je tudi Freud doživljal močne družbene odpore. Desetletje osame, ko se je resen znanstveni svet pretežno posmehoval in zgražal nad njegovimi spisi, je bila njegova pot skozi puščavo.

Freudov izjemen pomen je prav v tem, da se je kljub prevladujočemu somatsko-fiziološkemu reduktionizmu medicine njegovega časa usmeril v proučevanje psihičnih procesov in korelatov kliničnih pojavov, ne da bi zapadel pod vpliv eksperimentalne psihologije, ruske refleksiologije ali ameriškega behaviorizma. Enako pomemben kot utemeljitelj psihoanalize pa je Freud tudi kot katalizator za skupino učencev, ki so se kasneje ločili od njega in ustanovili samostojne psihoterapevtske šole. Najbolj znana sta Adler in Jung, a svojo pot so si krčili tudi Ferenzy, Reich in drugi.

V času nastajanja psihoanalize smo bili Slovenci sestavni del kulturno političnega okolja, v katerem je psihoanaliza nastajala. Da je kmalu pritegnila zanimanje strokovnih krogov, je razumljivo, čeprav je večji del le teh podlegal družbenim odporom in ji nasprotoval. V širši javnosti tudi naših krajev je moral jez odporov popustiti že vsaj tik pred in med prvo svetovno vojno.

V 70. letih prejšnjega stoletja mi je pripovedovala priletna Mariborčanka, kako je njen oče slišal za uglednega profesorja Freuda, ki da na Dunaju zdravi »slabe živce« in druge psihične težave, zlasti ženskega sveta. In bil je dovolj premožen, da sta s hčerko sedla na vlak in na Dunaju poiskala ordinacijo »gospoda profesorja«. Ker je bil profesor preveč zaseden, jo je sprejel njegov sodelavec in jo začel zdraviti po klasičnem settingu, na kavču. Kaj kmalu ji je začel govoriti, da so njeni 'slabi živci' povezani z izrinjanjem spolnih in agresivnih impulzov. »Teh svinjarij mi pa ne bo govoril«, si je mislilo krepostno dekle in demonstrativno prekinilo obravnavo. Dobrih petdeset let kasneje sem iz njenih pripovedi sklepal, da je bila delovna hipoteza učenca gospoda profesorja sicer pravilna, da pa še ni znal ravnati z odpori, in očitno še ni vedel, kaj pomeni timing v psihoterapiji.

Domnevam, da to ni bil edini primer, ko je iz naših krajev skrbni oče peljal hčerko 's slabimi živci' na še cesarski Dunaj h g. profesorju.

### 3. **Freudova dediščina danes**

V resnih strokovnih krogih prištevamo Freuda med peščico najustvarjalnejših ljudi 19. stoletja, ki najmočneje oblikujejo sodoben način znanstvenega mišljenja, kakor tudi na javno zavest in čutenje najširših slojev. Seveda boste naleteli na ljudi, ki zanikajo, da bi Freud odkril karkoli pomembnega in vrednega. In to tudi med psihoterapevti. Pred nekaj dnevi sem slišal tole primerjavo: Podati se dandanes na psihoanalizo je tako, kot da bi se podal z muzejsko barko na parni pogon v Ameriko. Saj smo vendar v času hitrih jumbo jetov z vrhunsko računalniško tehnologijo. In jumbo jet je dandanes vedenjska in druge instant psihoterapije. Torej: psihoanaliza je muzejska barka na parni pogon. Pred tremi leti sem poslušal izvajanja vrhunskega znanstvenika o tem, kako je Freudov kavč ne le neučinkovit, ampak anti terapevtski. Nedolžno sem ga vprašal: »Gospod profesor, kaj pa naj storim s svojim terapevtskim kavčem.« Profesor se je modro zamislil, nato pa izstrelil: »V muzej z njim!«

V strokovnem delu, ki je pred štirimi leti izšlo pri nas, beremo: Dotlej so bile stvari zelo enostavne. Obstajala je ena sama zgodba, polna občudovalnih mašil in povezav. Celo stoletje so si le redki kritiki drznili pomisliti, kako prazne in zavajajoče besede o Freudu so 'popoln poštenjak, brežhiben raziskovalec resnice', kakor ga je imenoval njegov biograf Ernest Jones. V Freudovi osebnosti naj bi si znanstvena radovednost in moralna neoporečnost podali roko, saj bi drugače človeštvo nikoli ne stopilo na pot 'zdravljenja z besedami'. A potem, ko so zgodovinarji psihoanalize odstranili navlako idolatrije s Freudovih zapisov in pričevanj, nam misel, da smo živeli v stoletju psihoanalitične prevare, vzbuja jezo, odpor in sovraštvo. ...

Na svetovnem kongresu 2002 sem poslušal Freudovo vnukinjo Zofijo, ki je tudi zelo kritično govorila o svojem dedu Sigmundu, kakor tudi o Jungu in Kohutu. Marsikaj jim očita: da so svoje osebne traume prodali kot splošno veljavne znanstvene teorije, da so se pustili oboževati od kroga predanih učencev, medtem ko so kritične glasove nestrpno utišali, in tiste, ki se niso pustili utišati, so izločili kot nekoč krivoverce; da so tujo modrost predajali kot svoje znanstvene dosežke, in vir zatajali, da so v predstavitvi primerov marsikaj prikrojili, da bi se bolj prilegalo njihovim teorijam itd. Vendar pa v svoji kritični analizi ne zapade v pavšalno in totalno razvrednotenje, marveč ohranja spoštovanje do pionirjev človeškega duha, ki ga pri mnogih Freudovih kritikih pogrešam. Ko jih berem, jih vidim kot palčke, ki na ves glas vreščijo, da ne sedijo na ramenih velikana, čeprav v resnici

vedo, da jim prav ramena tega velikana omogočajo nekoliko boljši razgled, kot ga je imel velikani sam. Zelo trezno sodbo o Freudu pa sem slišal od Viktorja Frankla, v njegovem zadnjem javnem nastopu: »Freud je temelj, in temelj izpolni svojo funkcijo s tem, da ga nadzidamo.«

Stopetdesetletnico Freudovega rojstva so s številnimi prispevki zaznamovali tudi slovenski mediji. Ambivalenca do Freuda, ki jo omenjam, je razvidna tudi v objavljenih prispevkih. In prav je tako, saj je njihova naloga, da jo izrazijo, in ne, da jo zanikajo. Naša naloga pa je, da se ob 'cvetkah' ustavimo, pogledamo, koliko soli je v njih, in se na nje tudi odzovemo, če ocenimo, da so vredne našega odziva. Pri tem mislim na pogovor z Jeffreyem Massonom v SP Dela, 6. maja. Pogumno priznava, da je bila njegova učna analiza, pet let pet krat na teden, popolna izguba časa in denarja. In da na kavču ni spoznal ničesar novega o sebi, pač pa veliko novega o tem, kaj je narobe s psihoanalizo. Takole bi mu rekel: »Ubogi Jeffrey, če bi se meni v tisoč urah kavča ne posvetilo, da je moje delo introspekcija, in ne agiranje odporov, se pravi raziskovanje tega, kaj je s psihoanalizo narobe; če bi mi v tem času in za tako drag denar ne postalo zanimivo moje notranje doživljanje, bi se morda tudi posvetil raziskovanju živalskega doživljanja.« In dal bi mu prav, da so ne le zanj, ampak še za marsikoga živali boljši in cenejši psihoterapevti od psihoanalitikov. Morda bi mu celo zaupal izkušnjo svojega kolega iz kavča, ki po petih letih trdega dela ni ugotovil, da 'je vsakršna psihoterapija napačna', pač pa je skromno sklenil: »Veš, ugotovil sem, da jaz nisem za psihoterapevta; moje notranje doživljanje je preborno, in premalo se znam vživeti v ljudi.« In ker mu je v letih psihoterapije uspelo urediti si življenje po lastni meri; vključno z zadovoljivim partnerskim odnosom in njegovi izjemni nadarjenosti ustrezno dejavnostjo, se je poslovil z dobrim občutkom, da mu je za investiran čas in denar veliko uspelo. Razmerje cost-benefit je bilo zanj ugodno, tudi zame je bila to ena dobro uspelih psihoanalitskih psihoterapij.

Jeffreyevo mišljenje pa me spominja na slovenskega kolega, s katerim si novinar »Dela« odgovarja na vprašanje, zakaj se je psihoanaliza v Sloveniji tako uveljavila kot družbena kritika. Bojda je temu tako zaradi posebnosti slovenskega nacionalnega značaja, zaradi katerega imajo ljudje raje kritiko, kot da bi legli na kavč in se ukvarjali s seboj. V naslednjem odstavku pa isti novinar istega kolega uvrsti v družbo tistih, ki trdijo, da psihoanaliza ni terapija. Res moraš biti psihoanalitik, da se preveč ne čudiš, kako lahko takšni dve izjavi izusti ali zapiše isti strokovnjak.

Če se sedaj ozremo po Freudovi dediščini v ožjem smislu, jo v prvi vrsti vidimo v psihoanalizi in v psihoanalitsko usmerjenih psihoterapijah. V širšem smislu pa je Freudova dediščina psihoterapija kot taka, se pravi vse psihoterapevtske šole oz. modalitete, saj so se razvijale bodisi v procesu širjenja in bogatenja Freudove

zapuščine bodisi v njenem zavračanju, pri čemer pa niso počele kaj drugega, kot da so staro vino prelivale v nove mehove, če se naj poslužim znane biblične metafore. Izrazimo sedaj to dediščino v nekaj številkah.

Ocenjujemo, da v Severni Ameriki profesionalno opravlja psihoterapijo okrog 200.000 oseb; v Južni Ameriki je njihovo število okrog 100.000, v Evropi pa okrog 300.000. Nekaj tisoč jih je v Afriki. Situacija v Aziji je podobna, vendar izstopa močno psihoterapevtsko gibanje na Japonskem, ki je prevzelo standarde Evropske zveze za psihoterapijo. Tudi na Kitajskem je že nekaj tisoč psihoterapevtov. Skupaj je torej po vsem svetu 500- 700.000 oseb, ki na profesionalen način opravljajo psihoterapijo. Pomen psihoterapevtskih ukrepov je spričo epidemičnega pojavljanja nevroz in drugih duševnih motenj osrednja tema po vsem svetu. Vendar pa poročila Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) za leto 2002 ugotavljajo, da ima po vsem svetu dostop do psihoterapije le okrog 250 milijonov ljudi, približno enako število ljudi pa nima nobene možnosti za prejemanje psihoterapevtske pomoči. Razlogi za to so večplastni: pomanjkanje psihoterapevtskega izobraževanja, napačne prioritete, ki jih sprejemajo nosilci politike zdravstvenega varstva, pomanjkanje znanja o možnostih, ki jih psihoterapija lahko nudi; to so le nekateri od razlogov. Kljub temu pa pomen psihoterapije povsod po svetu narašča tudi zaradi lahkega dostopa do informacij preko računalniškega medmrežja.

#### 4. **Psihoterapija kot poklic**

Posamezni primeri izvajanja psihoterapije kot samostojnega poklica so obstajali že v 19. stoletju, v vsej svoji razsežnosti pa se psihoterapija izvaja le zadnjih dvajset let. Leta 1985 so sprejeli prvi zakon o psihoterapiji na Švedskem, ki so mu kmalu sledili zakoni v drugih evropskih deželah. Ti zakoni spodbujajo razvoj psihoterapije kot poklica. Tudi v drugih deželah imajo profesionalne regulative, npr. v ZDA, v Argentini, v Čilu, vendar v okviru drugih poklicnih skupin: psihologov, psihiatrov in kliničnih socialnih delavcev, kjer psihoterapije ne obravnavajo vedno kot samostojnega poklica. V ZDA in v Kanadi že dolga leta psihoterapevtske storitve v okviru teh poklicev plačujejo zavarovalne službe.

Pomemben korak v smeri profesionalizacije psihoterapije se je zgodil leta 1990 s tako imenovano Strasbursko deklaracijo o psihoterapiji in leto kasneje z ustanovitvijo Evropske zveze za psihoterapijo, ki preko številnih združenj po vsej Evropi vključuje preko 100 000 članov.

Omenim naj, da se s tem, ko psihoterapija ne predstavlja več le dodatnih ali specialnih znanj za psihiatre in klinične psihologe, sto let po začetkih znanstvene psihoterapije izpolnjuje Freudova želja, da postane samostojen laičen poklic.

Freud je ni želel predati v roke niti zdravnikom niti katerim koli že etabliranim dušebrižnikom.

Leta 2005 pa se je z ustanovitvijo Univerze Sigmunda Freuda zgodil še eden, morda odločilen preboj psihoterapije v smeri samostojne znanstvene discipline na univerzitetni ravni. Dotlej je bilo na nekaterih fakultetah že precej postdiplomskih programov iz psihoterapije, ustanovitev zasebne, a državno priznane univerze za psihoterapijo pa je prvič omogočila njen dodiplomski študij. Na USF je mogoče opraviti triletni dodiplomski študij, ki se konča z bakalavreatom, in dveletni magistrski študij. Slednjega je v treh letih mogoče nadgraditi z drugo akademsko stopnjo. Študij psihoterapije je bolj primerljiv z maratonom kot pa s tekom na kratke proge: v dveh do treh letih postdiplomskega študija ni mogoče postati psihoterapevt.

Ker je bila psihoterapija do nedavnega drugi poklic za drugo poklicno obdobje, je bilo treba premagati mnogo ovir in odporov. Kako naj pozabimo na image psihoterapevta kot sivolasega modreca, in dopustimo, da začne ta znanja osvajat bolj ali manj zeleni maturant, ki se bo po šestih – sedmih letih kompetentno posvečal našim problemom?

Rektor dr. Pritz odgovarja z vprašanjem: V čem pa je psihoterapija tako posebna od študija medicine, psihologije ali socialnega dela? Ali njihov način dela s človekom ni primerljivo zahteven in tudi primerljivo odgovoren? Poleg tega je študij psihoterapije doslej edini univerzitetni študij, ki v okvir rednega študijskega programa vključuje intenzivno delo na sebi. Ta osebna izkušnja pa omogoči študentu intenzivnejše osebno zorenje kot kateri koli drug študij brez te zahtevne dodatne ponudbe. To konkretno pomeni: Če sta študent medicine in študent psihoterapije na začetku študija primerljivo osebno zreli, bo praviloma do konca študija študent psihoterapije dosegel višjo osebno zrelost oz. integriteto kot njegov vrstnik. In to prav zaradi narave svojega študija.

Tako se zdi, da velja tudi za psihoterapijo kot univerzitetno disciplino Freudova misel: Glas resnice je šibek, vendar ne utihne, dokler mu ne prisluhnejo.





## Slovenija – psihoterapevtsko nerazvita država: intervju z Miranom Možino



Intervju, objavljen v Sobotni prilogi Dela, 25. avgusta 2007, je zapisala: Sonja Merljak.

**S**lovenija je psihoterapevtsko nerazvita država, pravi asist. mag. Miran Možina, predsednik Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP), asistent na Fakulteti za socialno delo, psihiater in psihoterapevt. Pri delu se ukvarja s posamezniki, pari in z družinami, zato je prvo, kar pade v oči v njegovi sicer precej asketski svetovalnici, zbirka plišastih igrač in lutk. Pravi, da z njimi laže naveže stike z otroki, ki pridejo skupaj s starši na družinsko terapijo.

Miran Možina je tudi eden od motorjev fakultetnega študija psihoterapije na Slovenskem. Ta omogoča, da se lahko za psihoterapevta šolajo že tisti, ki si ta poklic izberejo po zaključeni srednji šoli. Doslej je bila pot do poklica psihoterapevta, in še to le kot drugega poklica, dolga in ovinkasta.

*Letos jeseni se bodo vsi, ki jih zanima psihoterapija, že drugič lahko vpisali v prvi letnik fakultetnega študija za psihoterapijo, ki se izvaja v navezavi z zasebno univerzo Sigmunda Freuda (USF) na Dunaju. Zakaj ste se pri SKZP odločili, da se boste z Avstrijci povezali in pripravili tak študij?*

Naj najprej povem, da fakultete za psihoterapijo pri nas še ni, je pa to naš srednjeročni cilj, ki naj bi ga uresničili čez nekaj let. Zato za zdaj lahko govorimo le o izrednem fakultetnem študiju psihoterapije, ki poteka v sodelovanju med SKZP in USF. Zanj smo se odločili, ker omogoča študij takoj po maturi. Narejen je po bolonjski shemi; prva stopnja dodiplomskega študija traja tri leta, druga, magistrska stopnja, pa dve leti; tretja, doktorska, prav tako traja dve leti. Študenti lahko tako po petih letih končajo šolanje za psihoterapevta. Paralelno smo sprožili tudi proces akreditacije tega študija v Sloveniji. Pripravili smo ga pod okriljem fakultete za uporabne družbene študije v Novi Gorici. Naša vloga je zdaj na svetu za visoko šolstvo. Pričakujemo, da bo študij jeseni akreditiran in da bomo v naslednjem šolskem letu že lahko izpeljali slovenski projekt. Seveda bomo še naprej sodelovali s tujimi partnerji, vendar na bolj enakopravni podlagi.

*Ali bodo študenti po koncu šolanja pridobili diplomu, ki bo veljala tudi v Sloveniji, ali jo bodo priznali samo v Avstriji?*

V tej fazi projekta je to avstrijska diploma. Ker pa sta obe državi članici Evropske unije, pričakujemo, da bo priznana tudi v Sloveniji, seveda pa bo morala biti nostrificirana kot vsaka druga diploma iz tujine. Ko bo študij akreditiran, bodo lahko študenti, ki se bodo tako odločili, prestopili iz avstrijsko-slovenskega programa v slovenskega. V skladu z zakonskimi določili bo mo študentom priznali opravljene študijske obveznosti.

*Kako trenutno poteka študij za psihoterapevte?*

Ravno prejšnji teden je sedemdeset naših študentov na Dunaju končalo enomesečno poletno

šolo. Čez leto sicer študirajo v Sloveniji. Na Dunaju pridobijo približno polovico kreditnih točk za en letnik. Po bolonjskem sistemu lahko te kreditne točke preprosto priznamo tudi pri nas.

Sicer pa se lahko vsi tisti, ki se želijo izšolati za psihoterapevte kot drugi poklic, še vedno najprej vpišejo na dvoletni študij propedeutike, to je priprava za študij psihoterapije, ki potem traja najmanj štiri leta. Ta način izobraževanja za psihoterapevte še vedno prevladuje. Ustanovitev in akreditacija dunajske univerze Sigmunda Freuda, ki pomeni veliko spremembo pri izobraževanju psihoterapevtov na svetovni ravni, je predvsem omogočila študij psihoterapije takoj po maturi, kot prvi poklic.

Pomembno je še vedeti, da je študij psihoterapije razen na USF sicer zastavljen tako, da slušatelj študira predvsem en psihoterapevtski pristop, na primer kognitivno-vedenjsko terapijo. Razen na Dunaju torej ni nikjer fakultete, kjer bi bile zastopane vse pomembnejše psihoterapevtske usmeritve in bi se v dialogu dogovarjale, kaj so skupna jedra. Naš program tako omogoča boljšo orientacijo čez celotno področje psihoterapije.

*Zakaj mislite, da je to dobro in pomembno?*

Z raziskavami v osemdesetih in devetdesetih letih dvajsetega stoletja se je pokazalo, da noben psihoterapevtski pristop ni absolutno boljši in učinkovitejši od drugih. Ni se pokazalo, na primer, da bi bila kognitivno-vedenjska terapija na splošno učinkovitejša od psihoanalitične ali nasprotno. Splošni učinek različnih terapevtskih pristopov je torej približno enak, so pa razlike glede na učinkovitost na posameznih področjih, na primer v zvezi s posameznimi duševnimi motnjami ali problemi, zaradi katerih ljudje potrebujejo pomoč.

Študije so tudi pokazale, da k pozitivnim učinkom relativno malo prispevajo psihoterapevtske metode in da po drugi strani zelo pomembno prispeva kakovost odnosa med terapevtom in klientom. To pomeni, da morajo vsi psihoterapevti, ne glede na to, katero metodo ali tehniko uporabljajo, pridobiti veščine razvijanja zdravnega psihoterapevtskega odnosa. Prav tako je znano, da so spremembe v živčnem sistemu, ki so posledica psihoterapije, enake ne glede na to, kakšno metodo je psihoterapevt uporabil. Vsi psihoterapevti 21. stoletja bodo zato morali veliko več pozornosti in študija posvetiti novim znanjem, na primer razumevanju povezave med živčevjem in duševnimi procesi. Vse to so vsebine, s katerimi se slušatelji seznanijo pri tem fakultetnem študiju.

Zelo pomemben del študija je raziskovanje. To je tudi sicer ena največjih slabosti dosedanjih usposabljanj, saj slušatelji doslej niso bili usposobljeni za raziskovalno delo na področju psihoterapije. Glavni poudarek je bil na praktičnem usposabljanju za delo z ljudmi, na lastni izkušnji, ki je zelo pomemben del izobraževanja in bistveno razlikuje psihoterapijo od drugih oblik zdravljenja oziroma pomoči, in na učenju teoretičnih vsebin.

*Smo Slovenci revolucionarni, ker smo se tako hitro pridružili Dunaju?*

Ne. Gre za posledico evolucije. Avstrija je ena od sedmih evropskih držav, kjer je psihoterapija zakonsko reguliran poklic. Avstrijski model je demokratičen, širok, drugače na primer od nemškega, ki je manj demokratičen, ozek. Nemški določa, da so lahko psihoterapevti samo zdravniki in psihologi. Avstrijski pa je odprt za različne profile in omogoča dostop do psihoterapije tudi ljudem iz drugih poklicev. Vmes med obema modeloma so še drugi, recimo skandinavski.

Izbrali smo avstrijski model, ker se nam zdi, da je tukaj največji razvojni potencial. Poleg tega smo bili vsa devetdeseta leta prejšnjega stoletja vključeni v Evropsko zvezo za psihoterapijo in tam smo videli tudi napetosti med različnimi modeli. Avstrijskega modela nismo izbrali, ker bi poznali samo tega, ampak ker smo razbrali, da bi lahko najbolj spodbudil razvoj psihoterapije v naših razmerah. V primerjavi z razvitimi evropskimi državami, na primer Avstrijo, Nemčijo, Anglijo, smo namreč psihoterapevtsko nerazvita država.

*Kako se to kaže?*

Na vseh možnih ravneh. Za začetek denimo v premajhnem številu psihoterapevtov z ustrezno izobrazbo po evropskih kriterijih.

*Ko rečete evropski kriteriji, imate v mislih nemški model?*

Da se ne bi napačno razumeli, moram povedati, da imajo v Nemčiji zelo širok spekter psihoterapevtov. Trije zakoni urejajo to področje. Dva sta novejšega datuma in urejata poklic psihoterapevta za zdravnike oziroma psihologe, ki delajo z otroki in mladostniki. Potem pa imajo še zelo star zakon iz Hitlerjevih časov o zdravlilstvu. Večina nemških psihoterapevtov dela po tem zastarelem zakonu. Posledice so absurdne. Vsakdo lahko odpre terapevtsko prakso – ne sme je namreč imenovati psihoterapevtska, čeprav za to dejansko gre –, če najprej na regionalni upravi naredi kratek test iz osnov psihologije in medicine. Nemški zakon je torej primer absurdne regulacije. To se zgodi zaradi preozkega koncepta psihoterapije. Manjšina je zelo regulirana, večina psihoterapevtov pa lahko nenadzorovano deluje po zastarelem zakonu.

*Kje smo trenutno pri nas?*

V Sloveniji psihoterapevti soglašamo, da je psihoterapija prišla do točke v razvoju, ko je postala zrela za samostojen poklic. Manj enotni pa smo v stališču, da moramo bodočim psihoterapevtom utreti pot do tega poklica že takoj po maturi, ne po ovinku. Po ovinku naj študirajo tisti, ki so zaključili kak študij, ki delajo kot socialne delavke, psihologi, zdravniki, a bi radi delali tudi kot psihoterapevti. Zanje je super, da imajo možnost dodatnega izobraževanja. Toda po drugi strani je absurdno, da psihoterapije ni mogoče študirati takoj po maturi. Če vzamem za primer sebe. Sem zdravnik in že kot študent sem začutil, da me področje psihoterapije izjemno zanima. A da sem postal psihoterapevt, sem najprej sedem let študiral medicino, potem sem porabil štiri leta za specializacijo iz psihiatrije, ker sem vedel, da bom tako najlaže razvijal psihoterapijo, nato sem šest let študiral psihoterapijo in nazadnje sem se še štiri leta specializiral iz družinske psihoterapije v Nemčiji. Zdaj pa izračunajte, koliko časa in truda sem vložil, da sem prišel tja, kamor sem želel. Iz te lastne izkušnje se mi zdi super, da imajo tisti, za katere je psihoterapija jasna izbira, možnost, da se zanjo odločijo takoj po srednji šoli.

*Ampak kot pravite, vsi strokovnjaki ne delijo vašega mnenja?*

Pojavlja se predvsem očitak v zvezi s starostjo diplomantov. Prevladujoča predstava o psihoterapevtu je, da mora biti malo sivolas, tako kot sem jaz, da mora imeti neko življenjsko izkušnjo in modrost, da lahko pomaga. To se lahko hitro spremeni v predsodek. Zožiti debato o fakultetnem študiju psihoterapije samo na vprašanje starosti diplomantov se mi zdi problematično. Glavna ideja je tista, ki ali stoji ali ne. Ali si predstavljate, da bi lahko postal psiholog le nekdo, ki je najprej končal neko drugo fakulteto, ali da bi to veljalo za zdravnike, socialne pedagoge, teologe. Pomislek je, ali bo lahko nosil težo odgovornosti mlad človek pri petindvajsetih letih. Enako se lahko vprašamo za socialne delavce. Sam sem petnajst let asistent na fakulteti za socialno delo. Lahko rečem, da je klientela na tem področju v povprečju še bolj zahtevna. A socialni delavci pa lahko rečejo, da je klientela na tem področju v povprečju še bolj zahtevna. A socialni delavci pa lahko rečejo, da je klientela na tem področju v povprečju še bolj zahtevna. A socialni delavci pa lahko rečejo, da je klientela na tem področju v povprečju še bolj zahtevna. A socialni delavci pa lahko rečejo, da je klientela na tem področju v povprečju še bolj zahtevna.

*Kateri pa?*

Interesi lobijev, ki hočejo na področju psihoterapije obdržati nadzor in monopol. V Evropi je najmočnejši psihološki lobi, pri nas pa medicinski. Ta hoče nadzorovati vse, kar je povezano z zdravljenjem. Za mnoge slovenske zdravnike in psihiatre je nepredstavljivo, da bi psihoterapevti, ki niso hkrati zdravniki, lahko avtonomno in v skladu s principi psihoterapevtske znanosti ocenjevali in zdravili ljudi s psihoterapevtskimi metodami.

Hkrati je področje psihoterapije gotovo zanimivo za druge profile strokovnjakov, saj je tudi zanimiv trg, denimo za ljudi, ki se ukvarjajo z alternativnimi oblikami zdravljenja.

Ne smemo pozabiti na teologe. Znotraj študija teologije se je tradicionalno področje pastoralne psihologije že dolgo naslanjalo na razne psihoterapevtske šole. Na duhovnike se obrača veliko ljudi z raznimi oblikami psiholoških in psihosocialnih stisk. Vloga duhovnika je bila v preteklosti vsaj delno podobna psihoterapevtovi, zdaj so psihoterapevti v veliki meri prevzeli, kar so včasih počeli duhovniki.

*Ves čas sva se pogovarjala o posameznih pristopih v psihoterapiji, na primer o kognitivno-vedenjski metodi in psihoanalizi. Kaj pravzaprav je psihoterapija in komu je namenjena? Domnevam, da kot psihoterapevtsko nerazvita država zaostajamo tudi na področju njene rabe.*

Gotovo. Če je premalo psihoterapevtov, je jasno, da zaostajamo tudi pri profiliranosti, na primer v specializaciji za določene težave. V razvitih deželah imajo specializante za določene motnje, na primer spolne ali anksiozne. Potem se delijo še glede na ciljno skupino; eni so strokovnjaki za delo z otroki, drugi z odraslimi, eni s pari, drugi z družinami.

Kratko in učinkovito definicijo psihoterapije smo pripravili na delovni skupini za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri ministrstvu za zdravje: »Psihoterapija je znanstveno utemeljena, načrtovana individualna, partnerska, družinska ali skupinska obravnava, zdravljenje človekovih razvojnih, duševnih ter vedenjskih motenj in podpora osebnostnemu razvoju človeka kot biopsihosocialnega bitja s pomočjo psihoterapevtskih principov in metod.«

Psihoterapija je torej oblika zdravljenja in pomoči s pogovorom. V tem pogovoru lahko sodelujejo eden ali več terapevtov in eden ali več klientov. Zelo pomembno je, kako se razvije terapevtski odnos. Ta delovni odnos mora imeti cilj, ki ga soustvarita klient in terapevt. Hkrati se morata nenehno pogajati, kako bosta prišla do njega. Obenem se mora med njima razviti zaupanje, neka čustvena vez. Če se izrazim z metaforo, je ta vez kot vrv v navezi dveh plezalcev, ki gresta skupaj na zahtevno turo.

*Kdo pa so potencialni klienti psihoterapevtov v Sloveniji?*

Grobo lahko delovanje psihoterapije delimo na dve glavni področji. Prvo je področje duševnih motenj, kjer je za določene motnje psihoterapija celo metoda izbora. Recimo pri anksioznih motnjah je večkrat zgolj s psihoterapevtsko pomočjo možno doseči ključno izboljšanje. Drugo pa je področje pomoči pri osebnostni rasti. Danes se tudi Slovenci vse bolj zavedamo, da je bistvena kvaliteta življenja. Mnogi imajo v materialnem smislu marsikaj, vendar nimajo tistega pravega zadovoljstva in sreče. Škripa v odnosih. Uspešni ljudje, ki vodijo uspešne firme, pridejo v družinah in zakonih v hude krize. Ti ljudje po medicinskih kriterijih pogosto nimajo duševnih motenj. In vendar so v hudi stiski, potrebujejo pomoč.

Mnogi poiščejo psihoterapevtsko pomoč, še preden se razvijejo hude krize, saj želijo preventivno izboljšati svoje življenje. Na zahodu, pa tudi pri nas so se izjemno razširile razne oblike seminarjev, ko se ljudje zberejo za konec tedna v skupini in delajo razne vaje ter se pogovarjajo bolj razkrivajoče.

*Je to še psihoterapija?*

Psihoterapevti tudi v Sloveniji radi kombinirajo redne pogovore enkrat na teden z intenzivnimi vikendi. Večinoma njihovi klienti tako ponudbo sprejmejo in so nad njo navdušeni. Potem se to ponavlja dvakrat, trikrat na leto, vmes pa ljudje še naprej prihajajo na individualno ali skupinsko psihoterapijo.

*Kaj pa če je to zgolj enkrat en dogodek?*

Da, če ga izvede psihoterapevt in če je s klienti oblikoval jasen terapevtski dogovor. V preteklosti je bila prevladujoča oblika psihoanaliza, ki je trajala več let. Število srečanj je šlo v stotine ur na kavču, frekvenca je bila celo večkrat na teden. Še danes bogati Američani hodijo v tako klasično psihoanalitsko terapijo. V osemdesetih in devetdesetih leta prejšnjega stoletja so zavarovalnice začele delno ali v celoti financirati psihoterapijo, vendar ne take klasične, dolgotrajne oblike. Težko boste našli zavarovalnico, ki bo plačala petsto ur psihoanalize skozi šest let. Je pa veliko zavarovalnic, ki danes plača dvajset, trideset ur psihoterapije.

*Zakaj?*

Ravno zato, ker se je pokazalo, da je psihoterapevtska pomoč učinkovita, tudi pri duševnih motnjah, da izboljša delazmožnost in zmanjša bolniški dopust. Od dolgotrajnih oblik zdravljenja je torej sodobna psihoterapija prešla h kratkotrajnim in seveda so se razvile tudi instant oblike, na primer enkratno srečanje, en vikend, en intenziv, kot temu rečemo v žargonu, ki traja teden dni.

Teh oblik je ogromno. Praviloma potem ljudje vidijo, da je bil intenziv fajn, vendar ni zadoščal, zato se spet odločijo za novega.

*Ko ste ravno že omenili denar. Psihoterapija ni poceni. Splošna predstava je, da si jo lahko privoščijo samo bogati.*

V Sloveniji zavarovalnice plačujejo psihoterapijo, če jo opravlja psihiater ali klinični psiholog, ki ima v pogodbi to dejavnost. Za zdaj so pri nas zavarovalnice dobrohotne tudi do ustanov, kot je klinični oddelek za mentalno zdravje, kjer prav tako izvajajo psihoterapijo za svoje paciente. Res pa je, da prevladuje samoplačniška oblika psihoterapije pri psihoterapevtih, ki nimajo koncesije. Cene se potem gibljejo od dvajset do šestdeset evrov na uro.

*Kako pa naj nekdo, ki bi se rad odločil za pomoč, poišče tistega psihoterapevta, ki bo zanj najbolj ustrezen glede na kvaliteto storitve in metodo dela?*

Tudi tu se kaže slaba razvitost psihoterapije na Slovenskem. Nimamo dobrega registra psihoterapevtov. V času interneta bi moralo biti samo po sebi umevno, da si lahko bodoči klient najde ustreznega strokovnjaka. Nekaj takega so naredili psihologi, ki so poskrbeli za stran najdi.psihologa. Psihoterapevti tega še nismo naredili, čeprav se v SKZP zavedamo, da je to pomembno. Vendar nam primanjkuje virov. Ob vseh nalogah, ki jih trenutno imamo, ta še čaka. Nameravamo narediti pregled po Sloveniji, ki bo pokazal, kdo je dober za katero obliko problemov. Ta zemljevid manjka. Vsak teden sicer dobivam pošte in klice s tem vprašanjem, nato pa svetujem kolege in kolegice, ki jih poznam in za katere vem, da imajo še nekaj prostih mest. Vsi, ki se s tem ukvarjamo, smo namreč prezasedeni.

*Čemu pa to pripisujete? Temu, da narašča število motenj in stisk?*

Temu in tudi večji ozaveščenosti. Danes poiskati psihoterapevta ni več tako stigmatizirajoče, kot je bilo. □



Irma HUS, Miran MOŽINA

## ***Na področju psihoterapije za Avstrijo zaostajamo trideset let: Intervju z Miranom Možino***

*In the field of psychotherapy we are behind Austria for thirty years: Interview with Miran Možina*

Intervju je bil objavljen na spletni strani Žurnala 8. 2. 2015

<http://www.zurnal24.si/prihodnost-je-integrativna-clanek-244841>

V: Včasih slišimo, da je januar najbolj depresiven mesec. Ali to drži, imate psihoterapevti zdaj - na začetku leta kaj več dela kot sicer?

O: Duševne težave, zaradi katerih ljudje iščejo pomoč pri psihoterapevtu, se pojavljajo enakomerno čez celo leto. In jih je vse več. Za psihoterapevte zato ni bojazni, da bi nam zmanjkalo dela, pa naj bo januar, avgust ali december.

V: Ko je Freud začel s psihoterapijo, je »zdravil« predvsem nevrozo - histerija je bila pogosta motnja, ki je v takšni obliki danes ne srečujemo. S kakšnimi težavami se psihoterapevti najpogosteje srečujete danes?

O: Največ je depresivnih in anksioznih motenj, pa tistih, ki so povezane z zasvojenostmi. Vsi vemo, da je Slovenija, kar se tiče zasvojenosti z alkoholom, zelo »razvita«. Temu so se v zadnjih desetletjih pridružile zasvojenosti z različnimi drogami in novimi tehnologijami. Kakšen je obseg škodljivosti množice novih »igračk«, kot so tablice, pametni telefoni, računalniki, na razvoj otrok in mladih, nam še ni popolnoma jasno, a rezultati vse večjega števila raziskav so več kot zaskrbljujoči.

V: Mislite na razvoj možganov?

O: Ja, npr. raziskave o funkcionalni pismenosti otrok nam kažejo, da se otroci vse slabše rešujejo probleme na izviren, ustvarjalen način. Otroci so vse bolj navajeni na komunikacijo z elektronskim zaslonom, kjer klikajo da ali ne in tako ne razvijajo kreativnosti. Funkcionalno nepismen človek ne zna primerjati različnih podatkov, ne zna ovrednotiti, kaj je bistveno, ne zna izbrati funkcionalnega znanja oz. informacij, da bo na svoj, enkratni način odgovoril na trenutne probleme v svoji življenjski situaciji in okolju. Eno od bolj zastrašujočih odkritij, zakaj ustvarjalnost otrok iz leta v leto vse bolj upada, je povezana s tem, da je predvsem v prvih letih življenja otrokov glavni način učenja, gibanje. Otrok se mora veliko gibati in pri tem z vsemi čutili srkati vase razne vtise, da bi se njegovi možgani skladno razvijali. Če vsak dan ure in ure presedi, buli v zaslon in igra igrice, se možgani ne razvijajo v tistih delih, ki so ključnega pomena za ustvarjalnost. Če to zgodnje razvojno obdobje zamudi, tega ni mogoče več nadoknaditi v odrasli dobi, saj je plastičnost možganov omejena.

V: Kako se gospodarske in družbene spremembe zadnjih 20 let odražajo pri odraslih?

O: Problem t.i. zahodne kulture, ki se sooča s svojo krizo in zatonom, je, da je tekmovalnost preveč razprla krila. Ob skokovitem razvoju tehnologije v dvajsetem stoletju

je tekma na vseh področjih dobila nečloveške razsežnosti. Vanjo vključujemo vse bolj zgodaj tudi otroke, npr. z devetletko, vse bolj pritiskamo nanje, da morajo biti boljši od vrstnikov, kar zavira njihov čustveni in socialni razvoj ter prispeva k vse večjemu številu duševnih težav. Ali pa če pogledamo, kako delujejo sodobna podjetja, smo priča demonskemu razmahu ekonomskega principa, to je pehanju za dobičkom za vsako ceno. Požrešnost in negativni individualizem, ki razkraja skupnost in solidarnost, človekovo vpetost v širšo ekologijo, različne vrste manipulacij, mobinga, izginjanje služb za nedoločen čas, ekološki problemi, vse to se odraža tudi na vse večjem številu duševnih motenj pri odraslih.

V: Kako to opazate psihoterapevti?

O: V sodobnem človeku se kot rak vse bolj razrašča temeljna eksistencialna tesnoba, ki se hrani s temnimi slutnjami povezanimi z negotovo in grozečo prihodnostjo. Poleg tega pa je sodobni človek tudi vse bolj osamljen. Razpadajo sorodstvene mreže in tradicionalne skupnosti, nuklearna družina pa se sesuva sama vase, saj je vse manj kvalitetnega časa, ki ga v pogojih zaostrene tekme imajo starši za svoje otroke. Tako izginja občutek varnosti tudi v našem zadnjem pribežališču, v družini.

V: Priča smo velikemu razcvetu nevroznanosti in psihofarmakologije. Kaj to pomeni za psihoterapijo?

O: Vedno bolj se kaže možnost, da lahko psihoterapija in psihofarmakologija hodita z roko v roki. Zahvaljujoč nevroznanosti vemo, da psihoterapija, v kolikor deluje, spreminja možgane. Zato lahko presežemo cepitev, kartezijski dualizem, na telo, ki ga zdravi medicina, in dušo, ki jo zdravi psihoterapija. V Avstriji, ki je psihoterapevtsko veliko bolj razvita kot Slovenija, imajo t. i. soglasne listine na področju zdravljenja različnih duševnih motenj. Oblikovali so jih timi okrog 30 do 40 različnih strokovnjakov z univerz in klinik. V njih so npr. jasne smernice, kako zdraviti ljudi z depresivnimi, tesnobačnimi in drugimi motnjami. Svetujejo, kdaj predpisati zdravila, kdaj izvajati psihoterapijo, kdaj bolj eno ali drugo. V različnih fazah so potrebna različno zdravljenja – če je npr. nekdo zelo depresiven, ga je velikokrat potrebno najprej z zdravili malo postaviti na noge, potem se šele lahko izvaja psihoterapija in morda postopno ukine antidepresiv.

V: Kognitivno-vedenjska terapija je primer terapije, ki je časovno omejena z jasnimi cilji - se zato bolj prilega današnjemu času kot recimo dolgotrajne psihoanalitične terapije?

O: Z vidika posameznega človeka, ki duševno trpi, dileme, ali bo šel v kratkotrajno ali dolgotrajno terapijo, ne bi smelo biti. Zanj je važno, da lahko hodi v psihoterapijo toliko časa, kolikor jo potrebuje. Seveda to ni vedno predvidljivo. Pri nekomu se depresivne težave popravijo relativno hitro, npr. že po desetih, dvajsetih srečanjih. Pri nekomu pa je to lahko šele začetek daljše obravnave, ki lahko traja tudi sto in več srečanj.

Seveda pa o dolžini psihoterapevtske obravnave bistveno odločajo tudi okoliščine, npr. kako je psihoterapevtska dejavnost zakonsko regulirana. Npr. v Avstriji ima vsak državljan pravico iz osnovnega zdravstvenega zavarovanja do stotih ur psihoterapije, če je to premalo, mu država pokrije še dodatnih sto ur, pri čemer sam prispeva 30 odstotkov cene. V ZDA je povprečno število psihoterapije, ki jo pokrijejo zavarovalnice, do deset ur.

V: Kakšno je stanje pri nas?



O: Pri nas lahko v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja prideš do psihoterapevtske obravnave v določenih psihiatričnih institucijah in ambulantno pri psihiatrih in kliničnih psihologih, ki imajo koncesijo. Vendar je glede na potrebe ponudba iz tega naslova veliko premajhna. Tako mora večina pacientov, ki išče psihoterapijo, plačati sama. Le redki imajo srečo, da lahko tovrstno pomoč dobijo preko zavarovanja.

V: Koliko zaostajamo za Avstrijo?

O: Zaostajamo za okoli trideset let. Zelo se pozna, da je Avstrija že leta 1990 dobila zakon o psihoterapevtski dejavnosti, ki je izjemno spodbudil razvoj psihoterapije. V zadnji številki revije Slovenske revije za psihoterapijo Kairos, katere urednik sem, smo objavili pregledni članek o študijah o stroških in koristih psihoterapije, ki kažejo, da se vedno bolj veča tudi število telesnih bolezni, ne samo duševnih težav, kjer je psihoterapija rentabilen vložek. To pomeni, da če država vложи v izvajanje psihoterapevtske dejavnosti, prihrani. Če namreč pacienti ne dobijo psihoterapevtske pomoči, se zdravljenja vlečejo, prihaja do večjega števila komplikacij. Kot nas opozarjajo mnogi ekonomisti, da samo zategovanje pasu omrtvi družbo, njeno dinamiko in razvoj, tako logika varčevanja, ki upošteva samo stroške, tudi na področju psihoterapije pade.

V: Koliko stane samoplačniška terapija?

O: Ura stane od 20 do 100 evrov. V psihoterapevtski ambulanti Fakultete za psihoterapevtsko znanost v Ljubljani, ki jo vodim, imamo postavko 40 evrov na uro, s tem da se prilagajamo plačilni zmožnosti ljudi. Tako jo nekateri lahko dobijo tudi zastonj ali za simbolično ceno enega do par evrov.

V: Vzemiva primer osebe srednjih let s simptomi izgorelosti, ki si lahko finančno privoščijo psihoterapijo. Kaj lahko od nje pridobi v primerjavi recimo z obiskom wellnessa, kjer se psiho-fizično sprosti?

O: Študije učinkovitosti, ki so se začele v 70-ih letih prejšnjega stoletja, kažejo, da ljudje v psihoterapiji v 80 odstotkih dobijo nekaj več, kot če je niso deležni oz. če bi šli npr. samo v wellness. Pomembno je, da psihoterapija pomaga bolj specifično kot wellness. Tam je pomembno, da se sprostiš, ne glede na to, kakšne težave imaš. Psihoterapevtska obravnava je bolj individualno specifična, kar pomeni, da se v vsakem posameznem primeru lahko dela na različnih ciljih. Npr. cilji in zato tudi psihoterapevtski postopki so zelo različni pri človeku, ki ima spolne motnje ali pri pacientu z multiplo sklerozo, ki je razvil depresijo. Seveda pa psihoterapija ne izključuje wellnessa ali drugih oblik pomoči, bodisi uradne medicine ali alternative. Človeka obravnava holistično in stremi k integraciji različnih oblik pomoči, kar pomeni, da ni cilj samo njihovo seštevanje, ampak programi, ki predstavljajo prav zaradi integracije novo kvaliteto.

V: Bi se lahko tudi glede integracije in holističnega pristopa kaj naučili od naših sosedov?

O: Vsekakor, v Avstriji so v Eggenburgu, ki je relativno majhen kraj okoli sto kilometrov nad Dunajem, pred desetimi leti odprli psihoterapevtsko kliniko, ki so jo financirali trije partnerji - lokalna občina, ministrstvo za zdravje in farmacevtska multinacionalka. Najprej so imeli sto postelj, deset oddelkov po deset postelj za paciente z različnimi motnjami, npr. motnjami hranjenja, anksioznimi, stesnimi in depresivnimi motnjami, mejno osebno motnjo itd. Na tej kliniki, ki jo vodi psihoterapevt, upoštevajo integrativni model, ki nudi od relaksacijskih metod, kot so wellness, masaže, avtohipnoza, meditacije, raznih športnih dejavnosti, vključno z jahanjem, do psihiatrične pomoči z

zdravili in do raznih oblik psihoterapije – individualne, partnerske, družinske terapijo in terapije z umetnostjo. Vse naštetje je združeno v intenzivni program, ljudje pridejo na kliniko za nekaj mesecev. Jaz vidim to kot prihodnost, kjer se v okviru psihoterapije na nov način povezuje uradna medicina z alternativo. Velike možnosti se odpirajo tudi ob uporabi sodobnih tehnologij, kot so pametni telefoni, ki omogočajo dnevno spremljanje terapevtskega procesa v stacionarnem ali ambulantnem setingu.

V: Enkrat je bil zakon o psihoterapevtski dejavnosti že blizu sprejetja, kolikšne so možnosti, da zakon dobimo, danes?

O: Da je bil blizu sprejetja, je preambiciozna izjava. Med leti 2006 in 2010 smo na Ministrstvu za zdravje v delovni skupini, ki je bila sestavljena iz predstavnikov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo in Združenja psihoterapevtov Slovenije, pripravili osnutek zakona, ki bi lahko šel v parlamentarno proceduro. Takrat pa so se že pokazali prvi znaki hude državne krize, ki jo danes jasno vidimo. Vzporedno je bil namreč v pripravi nov zakon o zdravstveni dejavnosti, ki je krovni zakon tudi za zakon o psihoterapevtski dejavnosti, pa je ravno tako obležal v predalu. Brez tega krovnega zakona ni možno sprejeti specialnega zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti je zastarel, saj je iz 90-ih let. Bili so trije ali štirje poskusi različnih političnih garnitur, da bi sprejeli novega, a se je vsakič zataknilo. Dokler ne bomo dobili novega krovnega zakona o zdravstveni dejavnosti, tudi zakona o psihoterapevtski dejavnosti ne bo. Zaenkrat ne kaže nič dobro – vidi se nemoč države in državnih institucij, ki se ukvarjajo le še z gašenjem požara, s tem, kako se bo zakrpal finančni primanjkljaj in zadolženost države, dolgoročne vizije razvoja pa ni.

V: Če smo na strani posameznika v Sloveniji, ki išče psihoterapevta - kako naj pride do dobro usposobljenega strokovnjaka?

O: V ponudbi psihoterapije pri nas vlada trenutno velika zmeda. Na enem koncu spektra ponujajo psihoterapijo šarlatani, ki imajo opravljen vikend tečaj, na drugem pa strokovnjaki, ki so se izobrazili po standardih stroke na različnih inštitutih in društvih ali v akademskem okvirju na naši Fakulteti za psihoterapevtsko znanost, ki omogoča petletni študij s triletno prvo in dvoletno magistrsko stopnjo in zahteva od diplomantov, da povežejo poglobljeno teoretično znanje z visoko praktično usposobljenostjo in osebno zrelostjo.

V: Obstaja tudi več psihoterapevtskih pristopov, npr. psihoanaliza, logoterapija, integrativne terapije itn. Kakšno naj se oseba, ki išče terapevta, odloči v tem smislu?

O: Določeni psihoterapevtski pristopi so z desetletji pridobili kredibilnost in znanstveno potrditev. Obstaja približno deset glavnih smeri in ko so z raziskavami primerjali učinke, so ugotovili t.i. »dodo učinek«, kar pomeni, da imajo vsi generalno vzeto podobno učinkovitost. To pomeni, da ni bistvene razlike npr. med psihoanalizo in geštaltom, med sistemsko in kognitivno vedenjsko terapijo itn., ampak da so pomembni t.i. »skupni dejavniki«, kot so terapevtski odnos ali terapevtova osebnost, klientovi viri itn. Sedanja faza v razvoju psihoterapije je integrativna – terapevti določene smeri uporabljajo tehnike in metode dela drugih, pa tudi v teorijah je vse več znanj, ki postajajo nekakšna skupna jedra.

V: Kako naj se pri izbiri orientira na spletu?

O: V Sloveniji obstajata dve organizaciji, ki imata register oz. seznam psihoterapevtov s priznano izobrazbo na evropski ravni, to je Slovenska krovna zveza za psihoterapijo in

Združenje psihoterapevtov Slovenije. Tudi naša Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani ima seznam kompetentnih psihoterapevtov, saj pri njih naši študentje opravljajo učno terapijo, to pomeni, da so sami deležni terapije, ki jo bodo kasneje izvajali na pacientih. Če brskamo po spletu, je pomembno, da pogledamo, kakšno šolanje ima nekdo za sabo, poleg tega pa je pomembno informativno srečanje, saj vemo, da k učinku zdravljenja zelo prispeva ujemanje v odnosu med klientom in terapevtom. To je tako, kot če greš v restavracijo in meni le opazuješ ali pa tudi pokusiš kakšno jed. Dobro je pogovarjati se vsaj eno uro s terapevtom in začititi, če ti odgovarja. Poleg tega je Slovenija majhna in informacije se zelo hitro širijo. Dobri terapevti imajo čakalne vrste in so prepoznani, dober glas o njih se hitro širi od ust do ust.

V: Obstajajo tudi primeri zlorab v psihoterapiji - mediji so že poročali o primerih, ko je terapevt klientko zlorabil v spolnem smislu? Na koga se klient lahko obrne v tem primeru?

O: Kar se tiče spolnih zlorab, je zakonsko jasno definirano. Obstaja možnost kazenske prijave. Ozaveščenost o spolnem nasilju je v Sloveniji zelo zrasla od 90-ih let naprej. Bolj zahtevno je, ko gre za čustvene zlorabe, tam se lahko pacient znajde na nikogaršnjem terenu in bo težje našel zaščito.

V: Kaj naj naredi posameznik, ki obiskuje terapijo, in se mu stanje morda celo poslabša - kako naj ve, ali je to del normalnega terapevtskega procesa, ali morda psihoterapevt zadevi ni kos?

O: V psihoterapevtskem procesu je velikokrat tako, da se morajo zadeve najprej poslabšati, da bi se izboljšale. Ni tako kot pri zdravilih, kjer pričakujemo čimprejše in dolgotrajno izboljšanje, ampak se v ključni fazi psihoterapevtskega procesa simptomi lahko intenzivirajo, preden po naravni poti brez kemičnih dodatkov izzvenijo. Dober terapevt zna motivirati, nagovoriti pacienta, da vzame nase tudi te faze poslabšanja in da vidi, da se to dejansko tudi obrestuje. Če ima nekdo občutek, da se je ujel v začarani krog, je zelo dobro poskrbeti za drugo mnenje. Sam naredim veliko drugih mnenj, ko ljudje niso gotovi o kvaliteti svoje terapevtske obravnave. Včasih priporočam, da je dobro vztrajati, včasih pa tudi, da bi bilo dobro razmišljati o zamenjavi terapevta.

V: Kakšen pristop uporabljate vi pri svojem delu?

O: V 80-ih letih sem opravil prvo petletno izobraževanje iz sistemske psihoterapije, v 90-ih sem v Nemčiji dodal še triletno usposabljanje za učitelja sistemske družinske in partnerske terapije. To je tisto, kar oglašujem, ko delam reklamo za specializacijo iz sistemske psihoterapije v okviru naše Fakultete za psihoterapevtsko znanost. Če pa bi me pogledali, kako delam s pacienti, pa bi videli, da integriram veliko stvari, ki sem se jih naučil tudi od psihoanalitikov, geštaltistov, telesnih terapevtov in drugih. Veliko sem delal tudi na področju psihoterapije otrok in mladostnikov.

V: Kakšno je stanje na tem področju v Sloveniji?

O: Zaskrbljujoče nerazvito, saj praktično nimamo mreže institucij, ki bi omogočala kvalitetne, dostopne in dovolj obsežne storitve na tem področju. Na naši fakulteti skušamo spodbujati tudi razvoj na tem področju, tako da smo odprli možnost magistrskega študija psihoterapije otrok in mladostnikov.

V: Kot mi je znano, uporabljate tudi hipnozo? Se razlikuje od hipnopsihoterapije?

O: Hipnoza je lahko dragocen sestavni del osnovnega psihoterapevtskega nabora znanj

in veččin. Na njeno učinkovitost je pokazal že Anton Mesmer pred 250 leti, ki je s tem tudi obeležil začetek sodobne psihoterapije. Sigmund Freud je na tem temelju postavil psihoterapijo v okvir, ki je v dvajsetem stoletju postal družbeno bolj prepoznan in priznan. Nadgradil jo je v solidno stroko in oblikoval temelje za njeno znanstveno potrditev. Če vidimo psihoterapijo iz tega zgodovinskega vidika, potem bomo lažje razlikovali med hipnozo in hipnopsihoterapijo. Hipnoza se uporablja na številnih področjih, npr. v medicini, šolstvu, športu. V medicini je npr. še posebej dragocena za zmanjševanje bolečin. V Belgiji je bila napravljena študija, v okviru katere je bilo pod hipnozo samo ali v kombinaciji s kemično anestezijo napravljenih okoli 9000 kirurških operacij. Je bolj poceni od kemične anestezije in z manj stranskimi učinki, zmanjšuje tudi število pooperativnih komplikacij. V izobraževanju lahko poveča sposobnost pomnjenja ali pozornosti. S pomočjo hipnoze športniki dosegajo veliko boljše rezultate. Pojem hipnopsihoterapija pa je rezerviran za poseben psihoterapevtski pristop, kjer igra hipnoza ključno vlogo.

V: Vaša pot v psihoterapijo je bila preko medicine, danes jo učite na fakulteti, ki omogoča študij psihoterapije takoj po opravljeni maturi.

O: Moja pot do psihoterapevtskega poklica je bila dolga in ovinkasta, najprej šest let študija medicine, nato štiri leta specializacije iz psihiatrije in ob tem osem let psihoterapevtskega izobraževanja. Moja izkušnja je, da je veliko znanj, ki sem jih moral osvojiti kot zdravnik in tudi kot psihiater, za psihoterapevtsko delo neuporabnih. Zato sem videl potrebo, da pomagam utreti akademsko pot za študij psihoterapije takoj po maturi. Avstrijci so že leta 1990 odprli možnost izobraževanja iz psihoterapije takoj po maturi. Možnost akademskega izobraževanja pa so odprli leta 2005, ko je bila akreditirana Univerza Sigmunda Freuda na Dunaju, ki je omogočila študij po bolonjskem sistemu. Ker smo sodelovali s to ekipo že od srede devetdesetih let, smo projekt leta 2006 takoj prenesli tudi v Slovenijo.

Mnogi kritizirajo zgodnji vstop v psihoterapevtsko izobraževanje, a zakaj ne kritizirajo tudi možnosti študija takoj po maturi za zdravnike, socialne delavce, socialne pedagoge, učitelje, teologe idr. So ti kaj bolj zreli kot naši študentje? Morda je splošno vzeto celo obratno, saj študij na naši fakulteti zahteva osebno izkušnjo, študent mora iti v svojo terapijo in zavestno pospešiti proces osebnega zorenja. Tudi v supervizijah naših študentov, ki delajo psihoterapevtsko s pacienti, hitro vidimo, kdo je dovolj zrel, da to lahko počne. Najmočnejše sito, ki ga imamo na naši fakulteti, je prav supervizija – če izkušeni psihoterapevti in učitelji vidimo, da kliničnemu delu še niso dorasli, jim predlagamo, da upočasnijo oz. podaljšajo študij. Strah, da bi skozi naša sito, ki so na pred sprejemom na našo fakulteto, v prvih letnikih študija in v času supervidiranega kliničnega dela, prišel nekdo, ki ni zrel, je odveč.

V: Bi morda za konec radi še kaj povedali?

O: Morda sem bil precej kritičen v zvezi s stanjem psihoterapije v Sloveniji, a odsotnost regulative ima dvojni obraz. Po eni strani omogoča šarlatanom, da so lahko škodljivi, a hkrati tistim, ki so motivirani, odgovorni in dobro usposobljeni, omogoča, da veliko naredijo na področju. Nedorečenost je za sposobne lahko tudi zelo dobra, saj imajo veliko prostora, da razvijajo nekaj novega. Vesel sem, da sem na čelu projekta akademskega izobraževanja psihoterapevtov, ki ima velik razvojni potencial. Vesel sem, da lahko po svojih najboljših močeh nekaj prispevam k ugodnejšim časom psihoterapije na Slovenskem.





MiranMOŽINA

**Duševno zdravje Slovencev je podhranjeno***Mental Health of Slovene People is Undernourished***Slovenci dobili Nacionalni program duševnega zdravja**

V času, ko se veselimo uspehov slovenskih košarkarjev in nogometašev, se je zgodil precej manj opažen dogodek, vendar po mojem mnenju enako, če ne celo bolj pomemben – Slovenci dobivamo prvi Nacionalni program duševnega zdravja. Potem ko smo lani po dolgih letih oklevanja dobili Zakon o duševnem zdravju, je bilo oblikovanje nacionalnega programa nujen, z zakonom predpisan naslednji korak. S tem se pridružujemo številnim evropskim državam, ki so nas v tem prehiteli. Kdor ob tem ne skače, ni Slovenec!

Bravo tudi Delovni skupini za pripravo Nacionalnega programa pod okriljem Ministrstva za zdravje, ki je od januarja 2009 do poletja postopno razvila dovolj strpnosti v medsebojnem dialogu in našla konsenz za ta pomemben dokument. Glede na pestro sestavo delovne skupine to nikakor ni bilo samoumevno in je zahtevalo precejšen napor. Sestavljena je bila namreč medresorsko (s predstavniki treh ministrstev – za zdravje, za delo, družino in socialne zadeve in za šolstvo), kar večkrat pogrešamo, po drugi strani pa so se v njej srečali tudi predstavniki javnih ustanov in nevladnih organizacij. Posebej me veseli, da se v programu kaže pomemben prispevek nevladnih organizacij, ki so na področju duševnega zdravja v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih vnesle svež veter in nujno potrebne novosti. Končni produkt delovne skupine kaže, da je vsak član skupine dobil svoje mesto in hkrati sprejel sobivanje z drugimi. Za konfliktov, trenj in senzacij željne novinarje torej dokaj nezanimivo, a za našo skupnost zato toliko bolj koristno.

Za naslov svojega prispevka sem dobil preblisk ob zame hudomušnem stavku na 26. strani programa (glej [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna\\_razprava\\_2009/NPDZ\\_javna\\_razprava\\_070909.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javna_razprava_2009/NPDZ_javna_razprava_070909.doc)), ki pravi, da je »slovenska psihiatrija, vključno z bolnišničnimi in zunajbolnišničnimi programi, podhranjena«. Ko je ta stavek nekaj časa odmeval v meni, me je preblisnilo, da ni podhranjena le slovenska psihiatrija, ampak da so na področju duševnega zdravja še bolj od psihiatrije podhranjene nevladne organizacije, tako da se že od njihovega nastanka v devetdesetih čudim, kako sploh lahko preživijo in ob tem še rasejo. Podatki o duševnem zdravju slovenskih državljanov, ki so navedeni v programu, pa znova potrjujejo, da ima podhranjenost še širše dimenzije, saj je podhranjeno celotno slovensko duševno zdravje. Zato dobivamo nacionalni program pet minut čez dvanajsto.

**Ogledalce, ogledalce povej, kako je z duševnim zdravjem v deželi tej!**

Kaj nam pove ogledalo, ki nam ga delovna skupina nastavlja v zvezi z duševnim zdravjem slovenskih državljanov? In kaj navaja spremno besedilo programa kot ključna področja, kjer moramo zavihati rokave v preventivnih, kurativnih in rehabilitacijskih programih? Naj omenim štiri področja, ki so v programu prikazana na osnovi skrb vzbujajočih podatkov iz raziskav:

- utapljam se v alkoholu, kjer je še posebej zaskrbljujoče, da izstopa nad evropskim povprečjem zloraba alkohola pri mladih. Raziskava za leto 2007 kaže, da je alkoholne pijače že pilo približno 94 odstotkov 15- do 16-letnikov, od tega jih je 31 odstotkov pilo redno. Številne raziskave tudi razkrivajo, da se mladostniki s prvo izkušnjo pitja alkohola prvokrat pogosto srečajo v domačem okolju, kar v Sloveniji glede na razširjeno (domače) izdelovanje alkoholnih pijač in vpetost alkohola v kulturo seveda ni nenavadno. Med mladostniki naraščajo tudi zelo tvegane oblike pitja, npr. opijanje. Porazni podatki o alkoholu in mladih pa se povezujejo tudi z negativnimi izsledki raziskav o slovenskih otrocih in mladostnikih, saj se pri mnogih kažejo slaba skrb za lastno zdravje in nizka stopnja zadovoljstva z lastnim življenjem ter trpinčenje in doživljanje različnih bolezenskih znakov. Mladi pa so seveda samo zrcalo družbe, ki se ne more izviti iz primeža alkohola. Po izsledkih raziskav naj bi bilo med 60 in 70 odstotkov slovenskega prebivalstva zmernih pivcev, med 13 in 20 odstotkov pa naj bi jih presegalo meje manj tveganega pitja. Med letoma 1981 in 2005 smo Slovenci vsako leto presegli kritično količino 10 litrov popitega čistega alkohola na prebivalca, kar pomeni veliko tveganje za razvoj zdravju škodljivih posledic in ogroža blaginjo ljudi. V standardizirani stopnji umrljivosti smo zaradi izbranih vzrokov, ki jih neposredno pripisujemo alkoholu, presegli povprečje evropskih držav, ki imajo podobno stopnjo umrljivosti in rodnosti kot mi;

- vse bolj se približuje cunami starejših od 65 let in s tem seveda delež tistih z organskimi in duševnimi motnjami vključno z najtežjimi, npr. tistimi z demenco, za katere ne morejo poskrbeti družine same. Že zdaj je le majhen delež starejših z demenco vključen v institucionalno varstvo, saj potrebe po tovrstnem varstvu že zdaj zelo presegajo razpoložljive možnosti. To razmerje pa se bo v bližnji prihodnosti še poslabšalo in samo gradnja domov za starejše ni rešitev, čeprav je v javnosti ta predstava prevladujoča: če doma ne gre, iščimo prostor v domu za starejše. S kolegom Jožetom Ramovšem se že skoraj dve desetletji pogovarjam o drugačni strategiji – o razvijanju programov medgeneracijskega sožitja, vendar ta ideja le počasi prodira v javno zavest. Tudi v domovih za starejše še vedno prevladuje medicinski model namesto psihosocialnega, kar odraža širši družbeni vzorec medikalizacije problematike zdravja starejših. Prav tako je velik problem, da zaostajamo v razvoju paliativne oskrbe, kjer le posamezne zdravstveno varstvene ustanove in društvo Hospic kot nevladna organizacija zagotavlja strokovno in laično podporo hudo bolnim in umirajočim bolnikom ter njihovim svojcem na domu in podporo med žalovanjem;

- samomor ostaja eden največjih problemov na področju duševnega zdravja v Sloveniji, saj vsako leto umre med 500 in 600 ljudi, poskusov samomora pa je še veliko več, po predvidevanjih do desetkrat več. Ob tem moramo upoštevati, da samomor prizadene v povprečju šest ljudi, ki so bili blizu človeku, ki je storil samomor. Slovenija se uvršča med države z najvišjim količnikom samomora (to je število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev letno);

- na področju socialne skrbi in rehabilitacije za osebe s hudimi in dolgotrajnimi duševnimi motnjami (npr. psihotične motnje) smo precej zaostali za razvitimi evropskimi deželami. Sam proces priprave in sprejemanja zakona o duševnem zdravju je pokazal na protislovja, ki hromijo in upočasnjujejo razvoj ti. skupnostne skrbi za te osebe. Glede na omejeni obseg tega prispevka se bom v nadaljevanju osredotočil na to področje.

## Norec v naši soseski

Na portalu slovenske televizije toplo priporočam ogled kvalitetnega dokumentarnega filma z naslovom Norec v naši soseski. Na rednem programu naše televizije je bil prikazan pred meseci v okviru serije Zdravje v Evropi. Film se dotakne srca, saj v njem poleg strokovnjakov in laikov nastopijo tudi tri osebe z dolgotrajnimi psihotičnimi motnjami iz treh dežel – Italije, Francije in Anglije. Film tako iz več zornih kotov prikaže današnje stanje ti. skupnostne skrbi za te ljudi.



Kljub temu da se je ideja skupnostne psihiatrije začela udejanjati v začetku sedemdesetih letih prejšnjega stoletja za nas na dosegu roke, v Trstu in Gorici, in da si je že takrat delegacija slovenskih psihiatrov ogledala uvajanje velikih sprememb, ki jih je sprožil italijanski psihiater Franco Basaglia, se žal naša psihiatrija ni odločila za sopotništvo z Italijani oz. zamejskimi slovenskimi strokovnjaki, ki so si sodelovanja seveda želeli. Vodilni slovenski psihiatri so se odmaknili in veliko let večkrat tudi kritizirali zaprtje psihiatričnih bolnic v Italiji, in poudarjali, da zadovoljive nadomestne pomoči za psihiatrične paciente ni in da se je položaj psihiatričnih pacientov po Basagliovi reformi poslabšal.

V oddaji, ki se sprehodi na same začetke psihiatrične dezinstucionalizacije v Italiji, ki se je v zadnjih treh desetletjih razširila predvsem v razvite dežele Evrope, je že umrl Basaglia prikazan kot pomemben vizionar in humanist, ki je pomembno prispeval k bolj celovitemu pristopu psihiatričnim pacientom. V oddaji italijanski psihiater, ki danes dela v Franciji, jasno pove, da klasična oblika psihiatrične pomoči v bolnicah ne odgovarja celostno na potrebe psihiatričnih pacientov. Skupnostni model psihiatrije je nov pristop, ki prenaša težišče pomoči iz bolnic v skupnost in ki ga danes priporoča tudi Svetovna zdravstvena organizacija.

Kot sem že pisal v aprilski številki *Medicine* danes, če pogledamo na slovensko psihiatrijo iz vidika medicinskega modela, ki ga pri nas mnogi strokovnjaki v psihiatriji še vedno preveč podarjajo oz. udejanjajo, je ocena kakovosti pozitivna. Žal pa je slovenska psihiatrija zaostala v uvajanju skupnostnega modela. V deželah, kjer so ga razvili, je zdravljenje z zdravili s kratko hospitalizacijo (večinoma ne več v psihiatričnih bolnicah, ki so jih marsikje zaprli oz. zmanjšujejo število postelj) ključno predvsem v akutnih fazah, prevladujejo pa psihosocialne oblike pomoči, ki so pacientom lokalno dostopne (npr. dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja oz. pomoč pri zaposlovanju). V (pre)dolgem procesu sprejemanja zakona o duševnem zdravju se je pokazalo, kako je pri nas še vedno vpliven tisti del psihiatrije, ki ne more zares stopiti čez Rubikon iz tradicionalnega, medicinskega v sodobni skupnostni model psihiatrične skrbi. Večkrat lahko v javnih debatah slišimo, da je eden glavnih razlogov za to, vpliv farmacevtske industrije, vendar je ta prav tako močna v drugih evropskih državah, kjer so glede psihiatrične reforme daleč pred nami. Uspelo jim je, da biva norec v naši soseski, kot sporoča provokativni naslov dokumentarnega filma.

### **Nevladne organizacije – glavni motor slovenske psihiatrične reforme**

Na svoji dosedanji poklicni poti sem od blizu doživel razmere v slovenskih psihiatričnih bolnicah in specialnih zavodih. Od leta 1986 do 1993 sem delal na sprejemnem oddelku psihiatrične bolnice, kjer sem tudi specializiral psihiatrijo. Globoko so se me dotaknile številne tragične usode ljudi z dolgotrajnimi psihotičnimi motnjami, za katere nismo imeli pravega odgovora za njihove potrebe. Doživljal sem veliko nemoči. Ko sem se v devetdesetih bolj od blizu seznanil s psihiatričnimi reformami v razvitih evropskih deželah, sem predvsem začel razumeti, da glavni impulz za premik v skupnostni model ne bo prišel od strokovnjakov iz psihiatričnih bolnic, ampak od ti. uporabniških nevladnih organizacij, to je od organizacij psihiatričnih bolnikov in njihovih svojcev. Na Visoki šoli za socialno delo, kjer sem bil asistent od leta 1993 do 2008, smo namreč imeli veliko gostov, strokovnjakov iz raznih evropskih dežel, ki so nam predavali o svojih izkušnjah zapiranja psihiatričnih bolnic oz. zmanjševanja števila postelj v njih in razvijanja nacionalnih mrež organizacij nekdanjih psihiatričnih pacientov in njihovih svojcev. Tako sem postal od srede osemdesetih let dvajset let eden od motorjev skupnostno orientiranih programov v okviru dobrodelnega društva, v katere smo vključili tudi ljudi z dolgotrajnimi duševnimi motnjami. Izkušnje, ki sem si jih nabral, so mi predvsem pokazale, da je kvalitetno udejanjanje

skupnostnega modela trdo garanje, ki se ne bo prijelo brez systemske opore, to je umestitve v sistem javnega zdravstvenega in socialnega varstva.

Kljub nekaterim radikalnim pozivom k zaprtju psihiatričnih bolnic v osemdesetih, pri nas ni prevladalo dualistično razumevanje: 'bolnišnično psihiatrično zdravljenje je slabo, skupnostna skrb je dobra', saj tudi po mojem mnenju to ni dobro vodilo za spreminjanje sistema varstva duševnega zdravja v manj razvitih deželah. Razvoj skupnostno orientiranih služb ne pomeni nujno ukinitve psihiatričnih bolnic, kar se je npr. pokazalo tudi v Avstriji, Nemčiji in na Nizozemskem. To stališče se je tudi uveljavilo v Zakonu o duševnem zdravju in je posledica razvoja skupnostnega pristopa v okviru nevladnih organizacij (npr. Altra, Šent, Ozara) v zadnjih dvajsetih letih, ki so morale sprejeti sobivanje s psihiatričnimi bolnicami in z bolj tradicionalno, konzervativno orientiranimi strokovnjaki v njih. Glede na težke razmere zaradi skromne systemske podpore, v katerih so se morale nevladne organizacije razvijati, so njihovi uspehi, ki so prikazani v Nacionalnem programu, toliko bolj impresivni in razveseljujoči. Brez javnega pritiska nevladnih organizacij tudi še vedno ne bi imeli Zakona o duševnem zdravju.

Nevladne organizacije ostajajo glavni motor premikov na zemljevidu pomoči psihiatričnim pacientom in zelo me veseli, da se močno čuti njihov vpliv tudi v Nacionalnem programu duševnega zdravja. Nekaj njihovega duha so se končno nalezle tudi psihiatrične bolnice, v katerih so se v zadnjih letih začeli pojavljati skupnostno orientirani projekti. Tako je v gradivu nacionalnega programa kot primer dobre prakse naveden skupnostni psihiatrični tim, ki dela v Psihiatrični bolnišnici Ljubljana in izvaja program intenzivne skupnostne obravnave za skupino bolnikov s pogostimi ponovitvami bolezni ali za tiste, ki so bili iz bolnišnice odpuščeni po dolgotrajni hospitalizaciji. Prvi rezultati dela te delovne skupine so pokazali na bistveno zmanjšanje števila in dolžine hospitalizacij pri najbolj ogroženih bolnikih, na pomembno zmanjšanje negativne simptomatike pri bolnikih (umik) in izboljšanje kakovosti njihovega življenja na nekaj področjih. Podoben program se izvaja tudi v Psihiatrični bolnišnici Idrija in je sprejet za prednostno financiranje v 2009 v Zdravstvenem svetu RS za vse slovenske psihiatrične bolnišnice.

### **Obravnava v skupnosti in nadzorovana obravnava**

Ena bistvenih novosti, ki jih pod vplivom nevladnih organizacij uvaja Zakon o duševnem zdravju, je ti. »obrnava v skupnosti«, kjer je poudarek na rehabilitaciji in pomoči osebam s težavami v duševnem zdravju pri vsakdanjih opravilih, urejanju življenjskih razmer in vključevanju v družbeno življenje. Obravnava v skupnosti bo potekala na podlagi interdisciplinarnega načrta obravnave v skupnosti in se izvaja v sodelovanju z različnimi strokovnjaki v okviru za to pristojnih nevladnih organizacij, usklajuje pa jo koordinator obravnave v skupnosti. Imenuje ga pristojni center za socialno delo, pri katerem je tudi zaposlen.

Na drugi strani je ti. »nadzorovana obravnava«, kjer bo zdravljenje potekalo na podlagi interdisciplinarnega načrta nadzorovane obravnave pod nadzorom koordinatorja nadzorovane obravnave, ki ga imenuje sodišče, strokovno pa ga nadzira psihiatrična bolnišnica. Poudarek pri nadzorovani obravnavi je na nepretrganem zdravljenju osebe v lokalnem okolju zunaj psihiatrične bolnišnice v njenem domačem okolju oziroma tam, kjer biva. Koordinatorji nadzorovane obravnave so zaposleni pri izvajalcih psihiatričnega zdravljenja.

Torej gre za dvotirno obravnavo v skupnosti, ki zrcali sobivanje nevladnih organizacij in psihiatričnih bolnic. To je zaenkrat »slovenska rešitev«, ki se je izognila bolj radikalnemu zapiranju psihiatričnih bolnic. Ta rešitev je tudi medresorska, saj nadzorovana obravnava pade pod Mini-

strstvo za zdravje, obravnava v skupnosti pa pod Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Za nepoučenega je to verjetno težko razumeti, še posebno ker se pojem obravnava v skupnosti pojavlja v obeh primerih, je pa lahko razumljivo na ozadju razvoja sožitja med psihiatričnimi bolnicami in nevladnimi organizacijami v zadnjih dvajsetih letih, ki sem ga opisal.

### **Psihiatrične bolnice in nevladne organizacije jutri**

Zelo zanimivo bo spremljati nadaljnji razvoj oz. udejanjanje Nacionalnega programa v razmerah splošne podhranjenosti. Globalna ekonomska kriza jo bo gotovo bolj povečala kot zmanjšala. Kolač javnih sredstev ne bo dovolj velik, da bi potešil lakoto obeh - psihiatrije in nevladnih organizacij. Glede na priporočila Svetovne zdravstvene organizacije je jasno, da imajo v modelu skupnostne skrbi psihiatrične bolnice pomembno, a relativno majhno vlogo in da bi se moral večji del državnih sredstev stekati v programe skupnostne skrbi, torej v našem, slovenskem primeru v nevladne organizacije. Če bomo sledili tej poti, se bodo nevladni programi vse bolj spreminjali v javne programe. Psihiatrične bolnice se bodo morale precej bolj zmigati kot do zdaj in razvijati skupnostne oblike pomoči, če bodo hotele ostati v igri. Razen če ne bodo zavirale razvoja, ki naj bi navsezadnje služil komu drugemu kot – bolnikom in njihovim svojcem.

In nenazadnje bodo pomembno vlogo odigrali tudi veliki v ozadju – to so multinacionalni farmacevtski giganti, ki ustvarjajo bajne zasluzke s psihofarmaki. Zaenkrat so seveda tudi pri nas precej bolj podpirali klasični psihiatrični oz. medicinski model, saj temelji na zdravljenju z zdravili. V zadnjih petnajstih letih omogočajo farmacevtske firme tudi pri nas predvsem psihiatrom marsikakšno ugodnost in s tem pomembno zmanjšujejo njihovo podhranjenost (plačevanje udeležb na kongresih s pestrim pristočasnim programom širom po svetu, plačevanje razkošnih kosil in večerij povezanih s predavanji o novih zdravilih in novih znanstvenih odkritjih itn.). Letos spomladi sem se npr. udeležil dvodnevnega izobraževanja, ki ga je v povezavi s francosko farmacevtsko firmo organizirala Psihiatrična sekcija v Portorožu. Firma je plačala hotel in dva dni smo jedli kot bogovi. Do zdaj se mi je to upiralo in prvič v svoji psihiatrični karieri sem si pustil kaj takega plačati. Hotel sem vsaj enkrat sam doživeti, kako to izgleda. In mi zadostuje. Julija letos sem se v Avstriji udeležil elitnega nevroznanstvenega kongresa o psihoterapiji, na katerem so kot predavatelji sodelovali sami univerzitetni profesorji, mnogi med njimi tudi psihiatri, in poročali o sijajnih raziskavah iz nevrobiologije psihoterapije. Organizator kongresa je na otvoritvi povedal, da so ga organizirali brez podpore farmako industrije. Presenetil me je hipen bučen aplavz in odobravanje nekaj sto udeležencev.

Zakaj farmacevtske firme z gala obroki ne hranijo psihiatričnih pacientov in njihovih svojcev, jih pošiljajo širom po svetu na kongrese s pestrim pristočasnim programom? Za odgovor na to vprašanje ni potrebno imeti fakultete. Če so skupnostne oblike pomoči uspešne, kot se je pokazalo tudi v ljubljanskem pilotnem poizkusu, ki sem ga omenil zgoraj, zmanjšujejo število hospitalizacij in porabo zdravil. Slaba novica za farmako industrijo, ki sicer pravi, da služi komu drugemu kot – bolnikom in njihovim svojcem.

Eden od alternativnih scenarijev za ohranitev psihiatričnih bolnic pa je morda tudi sprememba njihovih programov: vse manj bodo sodelovale v programih skupnostne skrbi, vse bolj pa bodo pomagale pri obladovanju alkoholnih problemov in cunamija starejših. Zanimivo je, da o tem trendu Nacionalni program že poroča. Bolnišnične postelje za zdravljenje odvisnosti in geriatrične postelje zavzemajo skoraj polovico trenutnih zmogljivosti. Torej je v zadnjih letih že prišlo do dodatne notranje diferenciacije glede na potrebe prebivalstva. Za osebe s shizofrenijo, bipolarno motnjo razpoloženja, depresijo in nekaterimi drugimi duševnimi motnjami se je posteljni fond

zmanjšal. Težave so tudi zaradi enodnevnih ali celo krajših hospitalizacij oseb v akutnem alkoholnem opoju. Zanje nimamo izdelanih strokovnih smernic obravnave, bi se jih pa verjetno dalo.

Prav tako bi psihiatrične bolnice lahko razširile ponudbo psihoterapevtskih programov, po katerih je v tujini vse večje povpraševanje. Pri nas npr. ni nobenih ti. psihosomatskih bolnic, ki so se v tujini, npr. v Nemčiji in Avstriji, v zadnjih 20 letih precej razširile in kjer ima psihoterapija ključno vlogo pri obravnavanju psihosomatskih motenj in bolezni, bolečinskih sindromov, anksioznih, depresivnih in obsesivno kompulzivnih motenj, border line osebnosti, stresnih in posttravmatskih motenj, sindroma izgorelosti, motenj hranjenja idr.. Relativna zaprtost in odpor slovenske psihiatrije do psihoterapije pa je že nova zgodba, ki je Nacionalni program niti načeti ne more, saj psihoterapije kot samostojne zdravstvene dejavnosti in samostojnega poklica v Sloveniji še ni. Morda bo več odprtosti za to čez pet let, ko bomo pisali novega in ko bo, upam, že tudi sprejet Zakon o psihoterapevtski dejavnosti, katerega predlog v posebni delovni skupini že tri leta prav tako pripravljamo pod okriljem Ministrstva za zdravje.





Glorija LORENCI, Janko BOHAK

## ***O depresiji: Intervju z Jankom Bohakom<sup>1</sup>***

### ***About depression: Interview with Janko Bohak<sup>1</sup>***

Janko Bohak je klinični psiholog, psihoterapevt, višji predavatelj na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani

V: Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije depresija odvzema prvo mesto srčno-žilnim boleznim v razvitem svetu, tudi pri nas. In tu se ukrepi v stilu tega, ki obdavčuje sladke pijače, nič ne obnesejo.

O: Drži, anksiozno-depresivna motnja je ena najpogostejših diagnoz, ki jih napišejo psihiatri. A že v sedemdesetih letih je Lev Milčinski prevedel Lennejevo knjigo Depresija, bolezen današnjega časa. Ni bila več le bolezen posameznika, ampak družbeni problem. Lahko rečemo, da je od nekdanj, če ne celo od zmeraj človekova spremljevalka.

V: Mislite, da je ni bilo nič manj, bila je samo bolj nevidna.

O: To je moja osnovna hipoteza, ki jo moram dopolniti. Krut kapitalizem, v katerega smo nazadovali, je človeka psihično zelo obtežil. Zato je vsaj ene oblike depresije več, in to je izčrpanostna depresija. Življenje je postalo naporno, še bolj zahtevno. Ne gre le za eksistenčne probleme človeka kot v času blagostanja, zdaj gre za preživetje množic. Vso psihično energijo potrebujejo za reševanje ključnih stvari, za kruh, in jasno je, da so ljudje izčrpani in da je tovrstne depresije veliko več, kot je bilo v socializmu.

V: Marsikdo se sprašuje, ali res živi v boljšem sistemu. Totalitarni sistem ali kapitalizem naše vrste - oboje je pisano na kožo izkoriščevalskim elitam.

O: Socializem je bil seveda človeku bolj naklonjen sistem, a tudi bolj regresiven. Ni spodbujal človekove aktivnosti, ustvarjalnosti in odgovornosti. Ko govorimo o njem, moramo videti eno in drugo plat. Gotovo je bil jugoslovanski socializem vsaj v zreli varianti human in socialen, zato razumem delavce, ki žalujejo za njim. Spomnim se besed starega in modrega upokojenca iz začetka sedemdesetih let, ki je rekel: »Ljudje govorijo o zlatih časih cesarja Franca Jožefa, jaz pa sem pričrčan, da bodo čez desetletja govorili tudi o zlatih časih Josipa Broza.«

V: Zelo težko si predstavljam, da bi čez desetletja govorili o zlateg današnjem času.

O: To je pa druga zgodba. Ljudje niso mogli čez noč prestopiti iz regresivne, pasivne države in postati aktivni ljudje, ki zmorejo poskrbeti za streho nad glavo - ker podjetje ti je danes pač ne priskrbi -, obdržati službo ali jo najti, šolati otroke ... Psihično močni in prilagodljivejši so zmogli, a niso vsi takšni. Nekatere je lomilo in zlomilo. Spoštujem etično načelo, ki pravi, da se humanost družbe meri po odnosu do svojih najšibkejših članov.

TU JE BERGLA: STECI!

V: V Sloveniji smo prišli od 600 tisoč izdanih škatel antidepresivov v letu 2001 na 1,300.000 leta 2012. Antidepresivi kot univerzalni izhod? Dajmo po avtomehansko popraviti stvari, dajmo fiksirati zadeve?

O: Hvaležen sem za antidepresive, ker imam sam veliko izkušenj, ko so ljudem pomagali in še pomagajo iz globoke depresije, kjer je samo psihoterapija premalo. Kombinirana z antidepresivi

največkrat uspeva. Še vedno pa mislim, da njih množično predpisovanje ne koristi človeku in družbi na dolgi rok. To je gašenje požara. Z antidepressivi si človek toliko opomore, da stisne iz sebe še zadnje atome moči v tej dirki za učinkovitost in bo zato še toliko globlje padel v totalno izčrpanost, v psihofizični debakel.

V: Ker živi na isti način, ki je depresivne motnje povzročil, gara, golta tablete in pasivno čaka, da se nekaj spremeni. Pa se ne spremeni.

O: Tako. Obenem razumem zdravnike, ki zlahka napišejo recept. Pred seboj imajo pacienta, ki je v stiski, ki trpi in si ničesar bolj ne želi kot olajšanja. Ker smo mi vsi naučeni, da se da vsakemu trpljenju izogniti, ne vidimo pa ga kot sestavni del človekove biti. Zdravnik je tako pod velikim pritiskom.

V: Saj smo tudi zdravstvo podvrgli kapitalistični logiki. Časa za ukvarjanje s pacientom ne narekuje potreba človeka, narekuje ga zdravnikova norma. Osem minut in - vso srečo za naprej.

O: Tudi zdravnik čuti nujno potrebo, da mora človeku v stiski nekaj dati, da ga ne more odpraviti praznih rok. Mnogi psihiatri in družinski zdravniki bi se želeli pogovarjati s pacientom, a se ne morejo, ker je v čakalnici preveč ljudi, ki nestrpno čakajo, kdaj bodo prišli na vrsto. Po drugi strani se ljudje bojijo iti v bolnišnico, v službi pa več ne funkcionirajo, ker so depresivni. Da bi spet funkcionirali, želijo in dobijo antidepressive. In krog je sklenjen.

V: Bližnjico do boljšega počutja.

O: Ne, antidepressivi so obljuba bližnjice, pogosto pa že na tej bližnjici ljudje omagajo, ker so kratkoročna pomoč, ne zdravljenje vzrokov. Boli te noga, ne bomo zdravili noge, ampak ti damo berglo, zdaj pa teci za njo naprej!

V: Psihoterapevtov je komaj za vzorec. Ja, lahko poiščeš plačljivo psihoterapevtsko pomoč, ampak človek, ki ima minimalno plačo ali je celo brezposeln, nanjo ne bo niti pomislil.

O: Ker naša država ne misli na to, da bi morala vsaj najbolj potrebnim, tistim s psihiatrično diagnozo, omogočiti psihoterapijo preko napotnice. Kdor želi psihoterapijo uporabiti kot pot do izboljšanja svoje življenjske kvalitete, pa naj se sam odloči, ali bo vlagal v stanovanje, v avto ali v sebe. Tako bi morala potekati ločnica med tem, kdaj plača zdravstvena zavarovalnica in kdaj človek sam. To je moje stališče.

V: Po čem je psihoterapija?

O: Naša Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, prva tovrstna akreditirana v Sloveniji, ima tri ambulante, eno v Ljubljani, drugo v Mariboru, tretja pa začinja delovati v Murski Soboti. V njih delajo pod supervizijo izkušenih kolegov mladi psihoterapevti. Cena ure psihoterapije je okoli 40 evrov, kar se mi zdi ustrezno v primerjavi s tujino, kjer je 80 evrov. A se z vsakim pacientom dogovorimo, koliko zmore, tako da je povprečna cena psihoterapije v Ljubljani 21 evrov, v Mariboru pa še manj. Poznam nekaj primerov, ko plačujejo samo pet evrov, ker več ne zmorejo. Psihoterapija je praviloma socialno usmerjena, četudi sem slišal za primer, ko psihoterapevt računa od 80 do 100 evrov, kar se mi zdi povsem brezčutno. Učiteljica v Innsbrucku nam je povedala svojo zgodbo: »Po pomoč je prišla čistilka, in ugotovila sem, da nuno potrebuje psihoterapijo, ki jo bo tudi zmogla. In sem jo vprašala: Koliko zaslužite na uro? Petnajst mark, je odvrnila. Prav, ste pripravljeni plačati to vsoto za najino uro dela? In tako sva začeli.

V: Razen če se psihoterapevt, ki ga omenjate, omeji na tista dva odstotka prebivalstva, ki ne poznata skrbi zaradi denarja.



O: V Mariboru od teh ne more preživeti. Ne predstavljam si, da bi lahko vse druge zavrnil. Ko sem deloval v zdravstvenem domu, sem hitro ocenil, kdo si psihoterapijo lahko plača in kdo ne. Prve sem napotil k zasebnim psihoterapevtom, drugje sem sprejel v obravnavo.

V: Po drugi strani je lahko pri nas vsak »psihoterapevt, s.p.« in lahko prideš v roke navadnemu šarlatanu.

O: Zato, ker še zmeraj nimamo zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki bi zaščitil naziv psihoterapevta. Tri leta smo ga pripravljali in upam si reči, da je dobro zastavljen, od avstrijskih kolegov sem slišal, da je v nekaterih delih celo boljši od njihovega, ki je vzorčen v svetu. A je ostal v predalu, ker je vlada padla, zdaj pa čakamo, da pride na vrsto pri novi vladi. Zakon bi omogočil psihoterapevtske storitve tistim, ki jih nujno potrebujejo, in onemogočil, da se izdajajo za psihoterapevte ljudje, ki nimajo končane ustrezne izobrazbe ali so opravili le neke, neredko vprašljive »šnelkurze«. Lahko odprejo prakso prodajanja sončnega prahu, ne pa psihoterapevtske dejavnosti.

V: Prav vzcvetel je trg zdravljenja duš in teles. Nekdo zdravi s pogledom, drugi z dotikom, tretji z gongi ... Gotovo odraz časa, ki nas lomi, in zdravstvenega sistema, ki deluje po odmerjenih minutah in čakalnih dobah.

O: Vsekakor je to odraz naših družbenih razmer, pa tudi širših, globalizacijskih vplivov. Ljudje v zdravstvenem sistemu ne najdejo prave pomoči, čeprav zna medicina odločno postavljati diagnoze, pri zdravljenju je že šibkejša, najšibkejša pa je najbrž res v odnosu do pacienta, kar je spet sistemski problem, kot sva že govorila. Prepogosto pa tudi trčimo ob nesposobnost zdravnika, da bi pacientu ponudil kvaliteten človeški odnos. Kar se je pred leti zareklo enemu od zdravnikov, češ saj nismo plačani za prijaznost, je prodrlo iz globokega kolektivnega nezavednega. Čeprav že dolgo vemo, ne le iz izkušenj, ampak tudi iz znanstvenih raziskav, da je tudi učinkovitost medicinskega zdravljenja odvisna od kvalitete odnosa med zdravnikom in pacientom.

## UŽITEK ŽE POD TRIGLAVOM, NE ŠELE NA VRHU

V: Človeka res načne občutek, da mu življenje določajo kriza, brezposelnost, trg ... in vse manj on sam.

O: Občutek je razumljiv. Je pa tako, da družbene razmere dolgo niso omogočale človeku, da vzame svoje življenje v svoje roke. Čas blagostanja je to ljudem prvič dovolil, omogočil. Zdaj je vedno več ljudi, ki nimajo veliko izbire. Ki vso svojo energijo porabijo za to, da zagotovijo sebi in družini, če jo imajo, preživetje. Kje je potem vprašanje samoaktualizacije! Žal je bila to usoda velike večine ljudi skozi zgodovino. Zelo kratko je bilo obdobje, ko je človek lahko izbiral, ker so mu zunanji dejavniki to omogočili.

V: Kdaj je bilo to srečno obdobje?

O: V različnih deželah različno. Pri nas je bilo to v največji meri zadnja desetletja socializma in poldrugo desetletje lastne države. Kar je izstopalo prej in kasneje, so bili bolj posamezniki. Tudi danes najdete mlade, ki pustijo službo, prekinejo študij in gredo po svetu za leto ali več. Ampak to so najpogumnejši, kreativni in smeli ljudje, ki si psihične krize upajo dovoliti.

V: Po podatkih Eurobarometra smo Slovenci zelo pesimističen narod. Precenjujemo verjetnost negativnih izidov. Podlegli smo naučeni nemoči, (p)ostajamo pasivni.

O: Za vedenjsko psihologijo in vedenjsko terapijo je to naučena nemoč, ker izhaja iz teorije učenja. Psihoanalitiki, ki smo bolj razvojno usmerjeni, vidimo tudi tukaj vplive zgodnjega otroštva, transgeneracijske vzorce, zlasti tiste, ki jih sprejemamo nezavedno in se jih naučimo; ponotra-

njimo jih, ne da bi se zavedali.

V: Nismo se naučili, kako ravnati, če gredo stvari navzdol?

O: Ja, in širše vzeto: ne čutimo, da lahko vzamemo svoje življenje v lastne roke. Ne seveda stoodstotno, v določeni meri pa. Vedno je nekaj, kar lahko storiš, četudi je to majhen korak. Domet človekove svobode je pač dejansko manjši, kot si domišljamo in smo nekoč mislili, ampak vendarle vedno lahko nekaj napravimo. Slovenci smo od nekdaj, zlasti šibkejši strukturirani del, stavili na vse ali nič. To je otroško, infantilno gledanje. Za majhne uspehe, majhne korake, ki bi jih človek vendarle lahko napravil, dolgoročno preusmeril trend v pozitivno, bolj kvalitetno življenje, se nam ne da potruditi. Ker hočemo uspeh zdaj, ta trenutek. Užitek zdaj, ne šele na vrhu Triglava. Že v Vratih. Ker nas tepe pomanjkljiva socializacija. Po Freudu človekova socializacija poteka od načela ugodja k načelu realnosti. Mi smo se nekje vmes ustavili, zataknili, nismo prišli do tega, da bi videli realnost takšno, kot je. Da bi se vprašali, kaj lahko sami naredimo. Da zmoremo v miru premisliti, kaj se da potegniti iz neuspeha. Tega treznega premisleka nismo sposobni, ampak je kar vse katastrofa, vse je grozno, vse v nebo vpijoča krivica ... In potem se raje umikamo v vlogo žrtve po tipičnih slovenskih vzorih, kot je na primer cankarjanska mati. Vesel sem vsakega vzgiba v nasprotno smer, v smer samoaktivacije. Tako me je razveselil grafit v enem od mariborskih podhodov: »Ivan, skuhaj si že to prekleto kavo sam.« Avtor se je z njim odzval na Cankarjevo črtico Skodelica kave. Ima prav: mnoge dobre umetniške stvaritve so slab nasvet za posnemanje. To je že sam Cankar povedal: Slikal sem temo, da bi ljudje vzljubili svetlobo!«

V: Neprijetnih čustev nimamo radi.

O: Ker nam je samoumevno, da nam sreča kar pripada. Kdorkoli je že ustvaril človeka, pravi Freud, ga ni ustvaril za srečo. Mi pa še vedno sanjamo, da nas nekdo mora osrečiti: najprej starši, potem partner, država, ne vem kateri bog, in na koncu še dom za ostarele.

## BIT IN POPKOVINA Z MEDIJI

V: Gledamo, kako se ruši socialna država, kako se trgajo odnosi, kako se pogloblja negotovost. Je tesnoba lahko nalezljiva?

O: Tako kot so bolezni nalezljive, tudi nekatera razpoloženja vodijo k pandemiji. Realno ozadje tega je, da se današnji človek ne počuti več varnega, kot se je včasih v trdnem družbenem sistemu, kakršenkoli je že bil: komunistični, socialistični, kapitalistični. Ker je deloval. Zgodilo se je neverjetno, komunizem se je zrušil preko noči in zdaj se ruši tudi kapitalizem. Če ne bo sposoben temeljitih reform, kot jih tudi komunizem ni zmožel, se bo ravno tako zrušil. Morda manj verjetno čez noč, ampak z mnogimi žrtvami in s krvjo. Ko si bodo tokrat prekarni delavci zapeli novo, tokrat globalizacijsko internacionalo: Vstanite, v suženjstvu zakleti! To je Damoklejev meč, ki nam visi nad glavami in ga ljudje nezavedno čutimo in je realen zunanji razlog tesnobe. Hkrati pa nimamo notranje distance do tega, kar doživljamo in se identificiramo s temi čustvi. Ne znamo si reči: Jaz sem veliko več kot ta tesnoba, ki jo zdaj čutim. Jaz sem neskončno več od žalosti, ki jo zdaj, ta trenutek doživljam. Pa bi nam distanca prinesla veliko olajšanje. Življenje je že samo po sebi dovolj težko, in če si ga dodatno obtežimo z identifikacijo z negativnimi vzorci doživljanja in delovanja, ga samo še bolj zagrenimo.

V: Jaz sem veliko več kot ta tesnoba, ki jo zdaj čutim. Jaz sem neskončno več od žalosti, ki jo ta trenutek doživljam.« Kaj »dosti več«?

O: Izkustveno več. Saj imamo vsi dovolj izkušenj, kako so naša čustva, tudi najbolj temna, prehodnega značaja! Na neki način pa tudi več od tistega, kar je v meni kot neka rahla slutnja, da

je človek več od tega, kar polagamo v grob, ko se poslavljamo od njega. Rahla slutnja, ne trdna vera. Ampak tudi ta slutnja, ki jo kdaj začutimo, nam lahko pomaga, da vzpostavimo distanco do negativnih čustev in negativnega dogajanja. Ne moremo si zatiskati oči pred negativnim dogajanjem, lahko pa se od njega odmaknemo in pogledamo nanj z razdalje.

V: Ne moreš se dobro počutiti, če izgubljaš dostojanstvo, če postajaš manj solidaren, če si pripravljen biti ubogljiv in upogljiv zato, da preživiš.

O: Upognjenost ni drža, vredna človeka. Škoda mi je vsakega 'upognjenca', ki ga vidim na ulici. Tudi v težjih časih, kot so današnji, so mnogi ljudje ohranili človeški ponos in dostojanstvo. Izginjanje solidarnosti? Neveselo spoznanje je, da sodobna civilizacija vzgaja narcistične ljudi. Ljudi, ki krožijo okrog sebe, vidijo samo sebe, čutijo samo sebe, ker je njihov občutek lastne vrednosti nizek in ga hočejo nadkompenzirati z zunanjimi efekti, z zunanjimi potrditvami in ne z vključenostjo v družbeno okolje, s solidarnostjo do širše družbene skupnosti. Ker je vendarle dejstvo, kar so včasih morda bolj čutili kot danes, da nam največ zadovoljstva prinašajo dobri medsebojni odnosi, in drža solidarnosti. Zdaj pa prevladuje prepričanje, da je usodno pomembno, kako daleč bom prišel, koliko materialnega bom »nahrčkal«, in ne, kako človeški bom do sebe, do bližnjih, do širše skupnosti. Alfred Adler modro ugotavlja, da je merilo duševnega zdravlja človekov čut za skupnost in tega je premalo. Imamo selfie je, kajne? Narcistična motnja je postala čisto družbeno sprejemljiva, celo zaželena in življenjski cilj mnogih mladih ljudi, ki iščejo svoje vzore, je postati tak »uspešnejš«, še sploh, če je medijsko uspešnejš. Poslušam: Če te ni v medijih, te ni. Grozno mi je ob tem. Če namreč tako razmišljaš, potem te tudi sicer ni. Če ti popkovina z mediji zagotavlja tvojo bit, kaj si potem ti, kje si potem ti?

V: Pred televizijskim zaslonom spremljam Kmetijo, Gostilna išče šefa, Bognedaj, da bi crknil televizor ...

O: Ne zavedamo se minljivosti, živimo v nevednosti, trdi indijska duhovnost. Od tod klic, da preideš iz nevednosti v zavedanje, v ozaveščenost. Kdo sem jaz? Kaj hočem narediti z življenjem, ki mi je dano? In če nimam z njim nič pametnega početi, ker se nisem niti potrudil, da bi razmišljal o tem, kako svoje življenje osmisli, potem ga pač zapravljam za stvari, ki ste jih naštehi. In se sploh ne zavedam, da je to edino življenje, ki ga imam, da me nikoli več ne bo, da me nikoli ni bilo in da je zdaj edina priložnost, da ga osmislim. In zato učijo duhovni učitelji, da je ozaveščanje cilj našega življenja. Proces ozaveščanja pa se dogaja tudi v psihoterapiji. Kolikokrat slišim pacienta proti koncu psihoterapevtskega procesa: »Saj me doslej sploh ni bilo! Funkcioniral sem kot robot, kot lutka. Zdaj vsaj vem, čutim, kdo sem, kaj hočem, za kaj hočem zastaviti svoje življenje!«

V: ...Ali pa umrem v srečni nevednosti.

O: A se sprašujem, v čem je ta sreča. Ne verjamem v srečno nevednost. Tudi v smrt v srečni nevednosti ne verjamem. Verjamem, da se nam v zadnjih trenutkih svet šele odpre. Mnogo ljudi se dejansko prebudijo šele v finalni fazi življenja, in ostrmijo: Kako čudovit je ta svet! Kako da tega nisem doslej opazil!« In se sprašujejo: »Kako da tega nisem doslej opazil? Za kaj sem zapravil svoje življenje?!« Pred kratkim sem zvedel za zgodbo mlade žene (morda je medtem že umrla), ki je hudo trpela v smrtonosni bolezni, a ni marala nobenih pomirjeval. Vse ponudbe olajšanja trpljenja je zavračala: »Hočem živeti pri polni zavesti do zadnjega trenutka!« In avtor znanih Pisem proti vojni, Tiziano Terzini, je v predsmrtnih pogovorih s svojim sinom dejal: »Imam hude bolečine, a ne trpim.« Dvomim, da bi ju mogel posnemati, a ju občudujem.

<sup>1</sup>Nekoliko dopolnjen intervju, ki je bil objavljen v nedeljski izdaji »Večera«, 2. novembra 2014.



Intervju z Miranom Možino, dr. med., spec. psihiatrom, psihoterapevtom,  
Objavljeno v *Medicina danes*, april 2009, letn. 1, št. 7, str. 8-9

## LOČIMO POKLICNO OD GENERIČNE PSIHOTERAPIJE, PSIHOTERAPEVTE OD ŠARLATANOV IN ZAKONSKO UREDIMO PSIHOTERAPEVTSKO DEJAVNOST.

**Kakšna je razlika med psihiatrijo, psihoterapijo in klinično psihologijo – kako te razlike vidi stroka in kako ljudje, ki potrebujejo to pomoč?**

Pri ljudeh, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč, se pri nas še vedno mešajo predstave o poklicih psihiatra, psihologa in psihoterapevta. Večinoma ne poznajo posebnosti oziroma tistih kvalitet psihoterapije, ki jo definirajo kot samostojno znanost in poklic psihoterapevta kot samostojni poklic. Običajno ljudem zato najprej na kratko pojasnim različne poti izobraževanja do teh treh poklicev. *Psihiater* lahko postane le tisti, ki je najprej doštudiral šestletni študij medicine in potem pet let specializiral psihiatrijo. Štiriletni študij *psihologije* pri nas poteka na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete (FF) v Ljubljani, po zaključku pa so možne tri specializacije: štiriletna za klinično psihologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, specializacija za klinično psihološko svetovanje in specializacija za šolsko psihologijo na FF. Za *psihoterapevta* pa do pred kratkim ni bilo možno študirati takoj po maturi (ta možnost se je na svetu prvič odprla oktobra 2005 v okviru Univerze Sigmunda Freuda (USF) na Dunaju, pri nas pa v sodelovanju z USF oktobra 2006, tako da trenutno vpisujemo že četrto generacijo študentov), ampak le kot drugi poklic, torej je moral kandidat prej imeti visokošolsko (ali vsaj višješolsko) diplomu. Izobraževanje za *psihoterapevta* kot drugi poklic po evropskih kriterijih je po obsegu in zahtevnosti enakovredno fakultetnemu študiju, saj traja okoli sedem let: najprej ti. propedeutika oz. uvodni študij (najmanj 1350 ur, porazdeljenih v času dveh do treh let) in nato specialna edukacija iz enega od terapevtskih pristopov, npr. psihoanaliza, geštalt, sistemska terapija (najmanj 1400 ur, porazdeljenih v času najmanj 4 let).

Razlike v fokusu dela pa ljudem opišem v enem stavku: psihiater zdravi z zdravili, klinični psiholog opravlja psihološko testiranje, psihoterapevt pa zdravi s pogovorom. Seveda tak telegrafski opis marsičesa ne zajame, da npr. lahko tudi psihiatri in klinični psihologi pomagajo pacientom s pogovorom (psihiatrični intervju, klinično psihološko svetovanje). Vendar je dejstvo, da zdravila lahko predpisuje le psihiater, testira pa le psiholog. Kar se terapevtskega pogovarjanja tiče, pa stvari pri nas še niso dobro postavljene oz. zakonsko regulirane. Tako lahko po obstoječi regulativi v zdravstvu danes pri nas opravljajo psihoterapevtske storitve psihiatri in klinični psihologi (in so za to plačani s strani zavarovalnice) in to tudi v primeru, če nimajo celotne psihoterapevtske izobrazbe. Po drugi strani psihoterapevti s popolno psihoterapevtsko izobrazbo, ki po osnovni izobrazbi niso psihiatri ali klinični psihologi, ne morejo priti do koncesije za opravljanje psihoterapevtskih storitev.

**Kakšna je po vaše kakovost teh strok v Sloveniji v primerjavi z razvitimi evropskimi državami, kje so največje težave po vašem? Kako vi vidite kakovostno varstvo duševnega zdravja v Sloveniji?**

Če pogledamo na slovensko **psihiatrijo** iz vidika medicinskega modela, ki ga pri nas v psihiatriji še vedno preveč poudarjajo, je ocena kakovosti pozitivna. Vendar se žal medicinski

model pri obravnavanju hudih, dolgotrajnih in ponavljajočih se duševnih motenj (npr. psihotične motnje) ni obnesel in v razvitih evropskih državah (npr. Italija, Avstrija, Nemčija, Anglija, Nizozemska) so v zadnjih dveh do treh desetletjih izvedli psihiatrično reformo v smeri ti. skupnostnega pristopa v psihiatriji. To pomeni, da so težišče psihiatrične skrbi prenesli iz bolnic v lokalno skupnost. Zdravljenje z zdravili s kratko hospitalizacijo (večinoma ne več v psihiatričnih bolnicah, ki so jih zaprli oz. zmanjšujejo število postelj) je ključno predvsem v akutnih fazah, prevladujejo pa psihosocialne oblike pomoči, ki so pacientom lokalno dostopne (npr. dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja oz. pomoč pri zaposlovanju). V (pre)dolgem procesu sprejemanja zakona o duševnem zdravju se je pokazalo, kako vpliven je pri nas tisti del psihiatrije, ki ne more zares stopiti čez Rubikon iz tradicionalnega, medicinskega v sodobni skupnostni model psihiatrične skrbi. Večkrat lahko v javnih debatah slišimo, da je eden glavnih razlogov za to, vpliv farmacevtske industrije, vendar je ta prav tako močna v drugih evropskih državah, kjer so glede psihiatrične reforme daleč pred nami.

Na področju **klinične psihologije** je v zadnjih letih prišlo do pozitivnega premika v okviru Zbornice kliničnih psihologov v zdravstvu Slovenije, kjer se uveljavlja nova generacija, ki je manj obremenjena s starimi pozicijami in nasprotji in obstaja upanje, da ji bo uspelo povezati vrste. Veliko pa je še težav, ki se vlečejo iz preteklosti. Naj omenim le nekatere:

- psihološka dejavnost v Sloveniji še vedno ni zakonsko regulirana (poskus sprejetja zakona o psihološki dejavnosti je pred 10 leti propadel zaradi nasprotij med psihologi samimi);
- klinični psihologi so v hierarhiji psihiatričnih služb še vedno pod psihiatri, njihova dejavnost je vezana predvsem na psihološko diagnostiko, v zdravljenju imajo premajhno vlogo, še posebno premalo doprinašajo k razvoju skupnostne skrbi za psihiatrične paciente, čeprav njihov interes in usposobljenost za psihoterapijo raste;
- vstop v specializacijo iz klinične psihologije je zaradi majhnega števila mest vedno bolj podoben velikemu zadetku na loteriji (saj mora ustanova, ki pošlje svojega psihologa na štiriletno specializacijo iz klinične psihologije, sama kriti velike stroške specializacije);
- nasprotja med kliničnimi psihologi so dolgo onemogočala njihov enotni nastop navzven.

**Psihoterapija** v Sloveniji ima 40-letno zgodovino in v primerjavi z na področju psihoterapije razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, Nizozemska itn.) močno zaostaja. To je razvidno iz kateregakoli vidika primerjave, saj v Sloveniji:

- primanjkuje psihoterapevtov;
- poklic psihoterapevta ni registriran;
- psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki, je bila registrirana šele pred 5 leti;
- obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe;
- velike so razlike v kvaliteti in ceni ponujenih psihoterapevtskih storitev;
- dostopnost do psihoterapevtskih storitev je slaba;
- za paciente ni preglednega sistema informiranja o vrsti in kvaliteti psihoterapevtskih storitev;
- regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov, tako da obstajajo bele lise;

- psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v okviru javnega zdravstva samo psihiatri in klinični psihologi v velik premajhnem obsegu glede na potrebe;
- zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (kjer ni državne koncesije);
- večina psihoterapevtov, ki so končali izobraževanje po evropskih standardih in kriterijih za poklicnega psihoterapevta, ne dela na področju psihoterapije oz. delajo samo v majhnem obsegu v prostem času;
- v izobraževanju in usposabljanju iz psihoterapije primanjkuje domačih učiteljev;
- od tistih, ki končajo izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije v obstoječih programih po društvih in inštitutih, jih premalo doseže raven poklicnega psihoterapevta, ampak prevladujejo ti. generični psihoterapevti;
- nekateri programi izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije ne upoštevajo evropskih standardov in kriterijev za poklicnega psihoterapevta;
- nimamo registra psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, učnih terapevtov, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen;
- nimamo nacionalne mreže ustanov, kjer bi potekala psihoterapevtska praksa in kjer bi edukanti psihoterapije lahko opravljali supervizirano prakso;
- pravice pacientov niso zaščitene, saj npr. niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni;
- veliko psihoterapevtskih storitev poteka v okviru sive ekonomije;
- publicistična dejavnost je skromna, premalo je prevodov temeljnih del s področja psihoterapije, premalo je kvalitetnih učbenikov. Nimamo psihoterapevtske edicije. Prva slovenska strokovna in znanstvena revija *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo* je začela izhajati šele leta 2007;
- premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko;
- premalo je v Sloveniji kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije;
- raziskovanja na področju psihoterapije praktično ni;
- ni v Sloveniji akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije takoj po maturi, za prvi poklic;
- psihoterapija je premalo integrirana v akademski svet, saj primanjkuje univezitetnih programov iz psihoterapije;
- kvalitetni strokovnjaki iz področja psihoterapije nimajo pogojev za akademske kariere;
- družbeni položaj psihoterapije je marginalen;
- ni fundacij, ki bi zbirale sredstva za razvoj psihoterapije (npr. za štipendije);
- javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo;
- v javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno obremenjen s stigmo.

Za večjo kakovost varstva duševnega zdravja v Sloveniji obstajajo zato še velike rezerve tako v okviru razvoja posameznih strok (psihiatrije, psihologije, psihoterapije) kot tudi v boljšem sodelovanju in dopolnjevanju med njimi. V paleti skupnostne skrbi za duševno zdravje ima psihoterapija gotovo pomembno mesto.

### **Kakšne so povezave med temi strokami in kje se te izključujejo?**

Pred leti je v Angliji žal propadla iniciativa za sprejetje zakona o ti. »talking cures« (zdravljenih s pogovorom), ki bi lahko bil dober zgled za povezanost med temi strokami.

Povezati in hkrati razmejiti so poskušali med lečnimi pogovori, ki jih opravljajo zdravniki oz. psihiatri, psihologi in psihoterapevti. Sodobna nevroznanost je v zadnjih desetih letih s posnetki strukturnih sprememb v možganih prepričala še največje skeptike: pogovor med terapevtom in pacientom je lahko zdravilen, saj spremeni povezave v možganih! Kadar deluje, psihoterapija (in za druge oblike zdravilnih pogovorov velja prav tako) deluje tako, da spreminja možgane. Če ne spremeni možgan, tudi ni učinkovita. V tem smislu psihoterapija izkorišča biološke mehanizme za zdravljenje duševnih motenj. V okviru nevroznanstvenih odkritij zato nastajajo nove povezave med psihologijo in psihoterapijo na eni strani in medicino, psihofarmakoterapijo in psihiatrijo na drugi strani.

Pri psihoterapiji in farmakološki terapiji ne gre zgolj za dva različna načina, kako doseči pretežno enakovreden učinek, pri čemer bi en način deloval preko čutnih zaznav, drugi pa biokemijsko. Njun odnos ni ne alternativen ne zrcalen. Brez čutnih izkušenj, ki zadovoljujejo osnovne človekove potrebe, ne moremo živeti in biti srečni. Možgani so naravnani na doživljanje takšnih izkušenj. Prava mešanica nevrotransmiterjev še ne pomeni formule za srečnega človeka. Vsekakor predstavlja pomemben pogoj, ki je pri večini ljudi na srečo izpolnjen. Če temu iz kakršnegakoli razloga ni tako, je lahko zelo koristno, če moteno ravnotežje vzpostavimo z zdravili. Včasih je to tudi edini način, ki zagotavlja uspeh. S tega vidika je obravnavani pacient (spet) enakovreden ljudem, pri katerih je mešanica nevrotransmiterjev pravilna že po naravi. A samo s tega vidika. O sreči in nesreči tega človeka na ta način namreč še zdaleč ni odločeno. To je še naprej odvisno od njegovih čutnih izkušenj. Tudi za farmakološko obravnavanega človeka velja, da svojih življenjskih izkušenj ne le preprosto doživi, temveč jih v veliki meri povzroča sam.

Možgani ne morejo delovati brez izkušenj, posredovanih preko lastnih zaznav. Te izkušnje vplivajo na možgane tudi, če so slednji pod vplivom psihofarmakov. Če so izkušnje slabe, bodo slabi tudi njihovi učinki. Izkušnje posameznika in njihov pomen zanj so v veliki meri odvisni od tega, kaj ga motivira in kaj počne. Večine izkušenj ne doživimo zgolj pasivno, tudi tistih ne, ki vodijo k duševnim motnjam in ki slednje ohranjajo. Ljudje so od svojega prvega pa do zadnjega diha motivirani, pri čemer lahko gre za približevanje ali izogibanje. Enako velja za ljudi z duševnimi motnjami. Vedno, pa naj bo njihovo farmakološko zdravljenje še tako uspešno, bodo potrebovali tudi navodila in podporo za vzpostavljanje drugih, pozitivnejših in manj škodljivih izkušenj od dotedanjih. Šele s konkretnimi pozitivnejšimi življenjskimi izkušnjami bodo v možganih nastale samoohranjajoče nove, bolj zdrave strukture in procesi. Za zdravljenje duševnih motenj bo kljub velikemu razvoju farmakoloških možnosti zdravljenja vedno potrebna tudi poklicna skupina, ki bo imela dovolj časa in bo specializirana za to, da bo v posameznih primerih poiskala najustreznejšo vrsto izkušenj, ki bi jih moral doživeti posameznik, da bi se njegovo stanje izboljšalo, ter ki ga bo vodila in podpirala, da bo te izkušnje tudi doživel. S proučevanjem možganov psihoterapija torej nikakor ne postaja nepomembna. Ravno nasprotno, njena nujnost izhaja neposredno iz nevroznanstvenega vidika psihičnih motenj. Mnogi, ki so bili do nje skeptični, jo bodo zato postopoma prepoznali kot nujno in pomembno.

### **Kam gre razvoj slovenske psihoterapije? Katere organizacije so na slovenskem psihoterapevtskem zemljevidu ključne?**

V Sloveniji imamo ta trenutek dve ključni organizaciji (obe ustanovljeni leta 1998):

- **Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS)**, ki se je razvilo iz Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva in ki omogoča včlanitev posameznikom in



- **Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP)**, ki je povezala večino slovenskih društev in inštitutov, ki zagotavljajo pestrost psihoterapevtskih izobraževanj in praks.

Obe organizaciji sodelujeta z evropskimi krovnimi strokovnimi združenji (npr. ZPS z EFPO – Evropskim združenjem društev psihologov, SKZP pa je pooblaščen nacionalna krovna organizacija EAP - Evropske zveze za psihoterapijo) in si prizadevata za uveljavljanje psihoterapije kot avtonomne dejavnosti in samostojnega poklica v širšem družbenem prostoru. V okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki je bila pri Ministrstvu za zdravje ustanovljena jeseni 2006, so predstavniki ZPS in SKZP uskladili stališča:

- da se je psihoterapija razvila v samostojno, strokovno in znanstveno disciplino in da predstavlja opravljanje psihoterapevtske dejavnosti samostojen poklic;
- da se psihoterapevtsko izobraževanje opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni v skladu z evropskimi kriteriji in da ni dobro, da bi se zabrisala meja med tistimi, ki so se za svojo izobrazbo iz psihoterapije prizadevali mnogo let in med poskusi enostavnega in nepopolnega vključevanja v stroko;
- da je uspešnost psihoterapije strokovno utrjena in potrjena tudi z novimi nevroznanstvenimi odkritji o delovanju možganov, vse do vpliva genetske strukture;
- da je treba zaščititi psihoterapevtsko dejavnost v Sloveniji in zelo jasno razmejiti poklic psihoterapevta od splošnih in enostavnih psihoterapevtskih vplivanj, ki pa ne izhajajo iz celote mnogoletnega izobraževanja in usposabljanja;
- da je dozorel čas za zakonsko ureditev psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji;
- da je treba jasno definirati naziv psihoterapevta in ga razmejiti od drugih načinov duševnega vplivanja v zdravstvu in/ali drugih podobnih dejavnostih, ki so tudi namenjene izboljšanju človekovega delovanja in njegovega življenjskega ravnotežja ter duševnega zdravja. Osnovna je razmejitev med znanstveno utemeljeno psihoterapijo in raznimi pristopi zdravilstva ter duhovnimi gibanji.

Slovenska psihoterapija, ki se povezuje s sodobnimi evropskimi in svetovnimi tokovi, se danes nahaja na pomembni prelomnici: vedno bolj se namreč uveljavlja kot samostojna znanstvena disciplina in kot samostojen poklic. Na družbeni ravni gre za zahteven prehod od marginalne v avtonomno zdravstveno dejavnost, ki nujno zahteva tudi sodoben zakon o psihoterapevtski dejavnosti in fakultetni študij po bolonjski shemi. Ni več daleč čas, ko se bo v paleti ti. pomagajočih poklicev tudi v Sloveniji (kot se je to že zgodilo po nekaterih evropskih državah) psihoterapevt postavil ob bok poklicem kot so psiholog, zdravnik oz. psihiater, socialni delavec, socialni in specialni pedagog, delovni terapevt idr. Hkrati psihoterapija vse bolj odločno vstopa v akademski svet. Vse te spremembe slovenske psihoterapije so povezane z dogajanjem v evropskem prostoru, še posebej v državah evropske unije, kjer v Bruslju v okviru platform za organiziranje novih poklicev, potekajo tudi aktivnosti za reguliranje poklica psihoterapevt v državah EU.

**G. Branko Franzl je v svojem komentarju zapisal, da imamo v Sloveniji le peščico ustrezno usposobljenih psihoterapevtov, poklic pa sploh formalno ne obstaja in da se za psihoterapevta lahko razglasi kdorkoli? Se strinjate s tem? Je v Sloveniji strokovnjakov s področja psihoterapije preveč ali premalo?**

Strinjam se z vsem. Če so bili prvi psihoterapevti v sedemdesetih letih v Sloveniji zlasti psihiatri in klinični psihologi, pa so se v zadnjih 20 letih vrata do psihoterapevtske izobrazbe,

še posebno odkar omogočata izobraževanje iz psihoterapevtske propedeutike tako SKZP kot ZPS, odprla tudi za predstavnike drugih poklicev (npr. socialni delavci, socialni pedagogi, teologi, sociologi, pedagogi, andragogi, pravniki, ekonomisti), tudi takih, ki ne spadajo med humanistične ali družboslovne (npr. agronomi, inženirji). Psihatri in klinični psihologi v okviru svojih specializacij dobijo določena, vendar omejena psihoterapevtska znanja. Ne glede na to, koliko koristnega dela lahko s tem znanjem opravijo (v okvirih svojih storitev), pa zahtevata naziv psihoterapevta in izvajanje poklicne psihoterapije dodatno izobraževanje v skladu z evropskimi standardi in normativi, ki traja v povprečju (od uvodnega preko osnovnega do posebnega specialističnega izobraževanja in usposabljanja) okoli 5 let.

Pomembno je torej, da zakonsko uredimo področje ti. specialistične, poklicne psihoterapije in ga jasno razmejimo od ti. generične psihoterapije. Strokovnjaki z različnimi poklici lahko v različnih obsegih integrirajo psihoterapevtska znanja in veščine, tako da povečajo kvaliteto svojega dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje storitev v okviru šolskih svetovalnih služb itn.). To je generična psihoterapija. Poklicni psihoterapevt pa lahko postane samo tisti, ki opravi celotno psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje po evropskih kriterijih.

V Sloveniji je ta trenutek okoli 200 ljudi s poklicno identiteto psihoterapevta. Ker nimamo nacionalnega registra psihoterapevtov, so možne le približne ocene. Poleg tega je večina terapevtov zaposlenih v svojem prvotnem poklicu, npr. kot (klinični) psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi in imajo zelo različne možnosti za psihoterapevtsko delo. Običajno posvečajo psihoterapiji samo manjši del svojega delovnega časa ali pa le del svojega prostega časa. To pomeni, da pri večini psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje izboljša njihovo strokovno kompetenco v njihovih primarnih poklicih.

Premajhno število poklicnih psihoterapevtov je v Sloveniji eden največjih problemov. 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.

### **Kakšni so trenutno trendi v svetu na področju psihoterapije? Je v evropskih državah in v ZDA psihoterapevt uraden poklic in kdo lahko opravlja to delo?**

Tako v ZDA kot v Evropi prevladuje pogled, da je psihoterapija samostojen poklic in da je psihoterapija samostojna akademska disciplina. Temeljna razlika med ZDA in Evropo pa je v izobraževanju – v ZDA lahko postaneš psihoterapevt samo, če že imaš neko diplomu, torej je to drugi poklic, medtem ko se v Evropi vedno bolj uveljavlja ideja, da je psihoterapija lahko tudi prvi poklic in se odpirajo možnosti izobraževanja takoj po maturi (npr. v Avstriji, Franciji in pri nas v okviru zgoraj omenjenega sodelovanja z Univerzo Sigmunda Freuda).

Ker psihoterapija na ravni EU (še) ni reguliran poklic, ki bi na ta način užival prednosti avtomatskega priznavanja v okviru EU, za psihoterapevte trenutno velja splošni način priznavanja. Načelno ta splošni način zagotavlja medsebojno priznavanje poklicnih kvalifikacij med članicami EU preko nostrificiranja diplom. Vendar pa država gostiteljica v

okviru tega splošnega načina ohranja pravico, da predpiše minimalno raven kvalifikacije za izvajanje poklica in oceni, ali diploma, ki jo je kandidat pridobil v drugi članici EU, ustreza minimalni kvalifikaciji. Tako lahko vsaka država po svoji presoji naloži kandidatu, ki izvaja na ravni EU nereguliran poklic, določene dodatne pogoje, npr. preverjanje znanja ali obdobje prilagajanja do treh let. Ker ta splošni način priznavanja ovira svobodo prehajanja strokovnjakov med državami EU, so ustanove EU uvedle nov koncept ti. **skupne platforme**, ki naj bi poenostavila postopke priznavanja poklicnih kvalifikacij med članicami EU. Taka poenostavitev zagotavlja večjo legalno varnost in je v interesu držav članic kot tudi v interesu delavcev migrantov.

Skupno platformo predstavlja niz kriterijev za poklicne kvalifikacije, ki za določen poklic omogočajo primerno kompenziranje pomembnih razlik med izobraževalnimi zahtevami v različnih članicah EU. Pomembne razlike ugotovi posebna komisija EU v Bruslju na osnovi primerjave dolžin in vsebin izobraževanja v najmanj 2/3 članic EU, med katerimi pa morajo biti vse, kjer obstaja regulative poklica. Važno je, da so lahko razlike v izobraževanju in usposabljanju posledica pomembnih razlik v obsegu in področjih poklicnih dejavnosti. Kriteriji morajo biti postavljeni na tak način, da zagotavljajo, da članica EU X, ki ima bolj zahtevne pogoje za nek poklic kot članica EU Y, ne more zahtevati dodatnih izpitov ali obdobje prilagajanja o za strokovnjaka, ki se je izobraževal v članici EU Y, ker ustrezajo skupni platformi.

Evropska zveza za psihoterapijo si kot reprezentativna evropska krovna psihoterapevtska organizacija v Bruslju že nekaj let prizadeva za skupno platformo regulativ psihoterapije v EU. Cilj je, da bi po možnosti vzpostavili centralno zakonodajo in licenciranje za države EU. Prednosti take platforme bi bile, da bi:

- po vseh državah EU priznali psihoterapijo kot samostojen poklic;
- psihoterapevti prosto prehajali med državami EU;
- zagotovili enotne standarde izobraževanja in podeljevanja licenc;
- na splošno dvignili kvaliteto psihoterapevtskih standardov.

**Se vam zdi problematično, da ljudje iz ponudbe na trgu 'izluščijo' tistega strokovnjaka, za katerega sami menijo, da jim lahko pomaga?**

Vsekakor je dostopnost do psihoterapevtov in informiranost ljudi o njihovi usposobljenosti in kvaliteti slaba, kar ustvarja veliko problemov, saj je prostora za šarlatane veliko. Pacienti lahko pri nas pridejo do psihoterapevta bodisi na lastno pobudo bodisi na priporočilo osebnega zdravnika ali psihiatra. Psihiatri in klinični psihologi, ki ponujajo psihoterapijo kot del svoje dnevne rutine, so zaposleni večinoma v psihiatričnih bolnišnicah, dispanzerjih za mentalno zdravje in svetovalnih centrih za otroke in mladostnike. Ker pa je povpraševanje mnogo večje od ponudbe, veliko pacientov ostaja brez tovrstne pomoči. Samo manjšina pacientov lahko pride do psihoterapevta, ki dela za javno zdravstvo ali socialno varstvo ali v privatni praksi. Za te je psihoterapija brezplačna, npr. stroški se pokrijejo iz zdravstvenega zavarovanja. Maloštevilni imajo srečo, da imajo dovolj finančnih sredstev in si lahko privoščijo psihoterapevta, ki opravlja psihoterapijo v svojem prostem času. Cena za kliente, ki so samoplačniki, sega od 20 do 80 evrov na uro psihoterapije. Večina klientov si lahko privoščiti najnižjo ceno in večina si ne more privoščiti najvišje.



Miran MOŽINA, Irena KOSOVEL<sup>1</sup>

## ***Minister Gregor pa nič: o predlogu Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028***

### *On the government's proposals for a mental health programme 2018 – 2028*

Potem ko smo leta 2010, po štirih letih zahtevnega usklajevanja v Delovni skupini Ministrstva za zdravje za pripravo predloga Zakona o psihoterapevtski dejavnosti oblikovali za tisti čas dober osnutek zakona, ki je, kot je znano, obležal v predalu, vedno znova trkamo na vrata ministrstva za zdravje, da bi kot samooklicano<sup>2</sup> pristojno ministrstvo znova pokrenilo Delovno skupino za normativo ureditev psihoterapije v novi sestavi. Žal se v smislu znanega zaključka zgodbe o Martinu Krpanu - »minister Gregor pa nič« – tam ni nič premaknilo. Tudi potem ne:

- ko je bil 19. 1. 2017 izdan sklep Odbora za zdravstvo, ki poziva Vlado Republike Slovenije, da aktivira delovno skupino, v katero naj bodo vključeni predstavniki relevantnih organizacij s področja psihoterapije;
- ko je 10. 2. 2017 Ministrstvo za zdravje sicer poslalo relevantnim organizacijam poziv za predlog predstavnikov, ki bodo sodelovali v Delovni skupini in so do 20. 2. morali izpolniti obrazce;
- ko je bila dva meseca po sklepu Odbora za zdravstvo zadeva obravnavana na komisiji Vlade RS za administrativne zadeve in imenovanja in so bile zadolžene za nadaljne korake: ministrica Milojka Kolar Celarc, sekretarka Tanja Mate, generalna direktorica Direktorata za zdravstveno varstvo, in mag. Nadja Čobal.

Od takrat naprej ni bilo z Ministrstva za zdravje nobenega glasu...

3. decembra 2017 pa je bil dan v javno razpravo predlog Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028 (v nadaljnjem besedilu: predlog Resolucije) (glej <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=8871>). Ko sva ga prvič preletela, je na naju po dolgih letih posijal žarek upanja. Bila sva prijetno presenečena, ne le nad omembo psihoterapije na nekaterih mestih, kjer smo si že dolgo želeli, da bi bila vključena, ampak tudi nad bolj ambicioznim konceptom snovalcev dokumenta, ki širi nekatera do sedaj preozka razumevanja varovanja duševnega zdravja v okviru zdravstvenega varstva. Opravili so veliko delo (glej opombo 1).

### **Dobre plati predloga Resolucije**

Ko smo se v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje lotili bolj poglobljenega branja ter pisanja pripomb in predlogov, nam je bil vseč poudarek na preventivi in aktivnostih na področju ozaveščanja, edukacije in destigmatizacije, na obravnavi duševnih motenj na primarni zdravstveni ravni in obljuba o medresorski urejanja

celotnega področja. Pozdravili smo spoznanje, da je duševno zdravje odgovornost cele družbe in vseh njenih resorjev, da se začne skrb za duševno zdravje že z nosečnostjo in dalje, preko vzgoje v vrtcih in v izobraževalnih sistemih, preko preventive vse od rojstva, odraščanja pa do poznih let, preko ustreznega življenjskega sloga in šele, če pride do duševnih motenj, je to stvar kurative in rehabilitacije znotraj zdravstvenega sistema. Tako se nam na primer zdi hvalevredno, da predlog Resolucije uvaja dolgo pričakovano okrepitev primarne ravni zdravstvenega varstva s širitvijo mrež Centrov za duševno zdravje odraslih (CDZO) in še Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CD-ZOM).

Ker smo predlog Resolucije brali s posebnim fokusom na psihoterapiji in psihosocialnem svetovanju, smo se strinjali z ugotovitvami Misije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki so navedene na strani 13 predloga Resolucije, ki kažejo na anomalije povezane s psihoterapijo pri nas in sicer:

- »da področje psihoterapije v Sloveniji ni urejeno;
- da so čakalne dobe za psihoterapijo predolge;
- da ni v redu, da ZZZS prizna strošek psihoterapevtskih storitev samo kliničnim psihologom in psihiatrom ter da je ob tem pomembno dejstvo, da je kliničnih psihologov premalo in da je specializacija iz klinične psihologije odvisna od interesa izvajalcev in ne sloni na dejanskih potrebah populacije.«

Utemeljeni so se nam zdeli predlogi izboljšav, ki jih je na podlagi ugotovitev SZO predlagala Sloveniji:

- »prenos težišča služb in storitev za duševno zdravje na primarno raven in izboljšanje njihove dostopnosti;
- nadaljevanje usposabljanja za strokovno osebje na primarni ravni;
- vzpostavitev urgentnih služb za otroke, ki bo odgovorna za presojo in triažo;
- zmanjšanje trajanja hospitalizacij in števila ponovnih hospitalizacij s skupnostnim spremljanjem oseb s hudimi duševnimi motnjami;
- razširitev števila in zmožnosti skupnostnih timov na podlagi ocene potreb;
- načrtovanje izobraževanja in zaposlovanja strokovnjakov skladno z nacionalnimi potrebami;
- povečanje število kliničnih psihologov;
- omogočanje usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva;
- ocenitev potrebe oskrbovancev socialnovarstvenih zavodov in možnosti za njihovo deinstitucionalizacijo;
- posodobitev zakonodaje in predpisov glede oskrbe forenzičnih bolnikov, ki so lahko nevarni za skupnost;
- vzpostavitev varovanega oddelka za otroke in mladostnike;
- razvoj več sektorskih psihosocialnih timov za otroke in mladostnike;
- podpora postopnemu uvajanju regionalnih interdisciplinarnih centrov za podporo otrokom z učnimi težavami.«

Pozdravili smo tudi predlog SZO dan Sloveniji, naveden na strani 14 predloga Resolucije, da se »omogoči usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva«, kar je korak k boljšemu zagotavljanju potreb po psihoterapevtskih in svetovalnih storitvah, ne nazadnje pa tudi k priznavanju obstoječega stanja v slovenski psihoterapiji.

Na strani 16 predloga Resolucije je zapisano: »V skladu z že opisanimi priporočili SZO mora Slovenija spodbujati skrb ljudi za svoje duševno zdravje, podpirati neformalne oblike pomoči v skupnosti, integrirati službe za duševno zdravje v primarno zdravstveno varstvo ter omejiti sprejeme v psihiatrične bolnišnice in zavode ter preusmeriti sredstva iz institucionalne v skupnostne oblike obravnave. Dolgotrajna institucionalizacija ima namreč škodljive posledice za duševno zdravje.« Žal je v nadaljevanju predlog Resolucije površen in ne razdela, kako naj bi delovala podpora neformalnim oblikam pomoči.

Ko smo v iskalnik vtipkali besedo psihoterapija, je bilo največ zadetkov pod točko 5.3.2 predloga Resolucije, kjer je govora o »Mreži služb za duševno zdravje odraslih«, v podpoglavju 5.3.2.1. »Zagotavljanje preventive, zgodnje diagnostike...« in v okviru 3. specifičnega cilja »Izboljšati dostop do psihoterapevtskih storitev na osnovni ravni zdravstvenega varstva«, kjer je navedeno 5 ukrepov pod pristojnostjo Ministrstva za zdravje:

»Ukrep 1: Normativna ureditev psihoterapevtske dejavnosti in poklica psihoterapevta.

Ukrep 2: Normativna ureditev psihoterapevtskih storitev, ki se financirajo iz javnih sredstev.

Ukrep 3: Normativna ureditev financiranja psihoterapevtskih storitev.

Ukrep 4: Vzpostavitev standardov in normativov za psihoterapevtske storitve za obravnavo duševnih motenj.

Ukrep 5: Zagotoviti dostop psihoterapevtskih storitev z zaposlovanjem vsaj enega psihoterapevta v CDZ. V dveh letih ocena potreb po psihoterapevtskih storitvah v CDZ.«

Ko smo prvič prebrali teh pet ukrepov, je žarek upanja, da bo minister Gregor končno le nekaj ukrenil za normativno ureditev psihoterapije, tu najmočneje zasvetil. Vendar je začela svetloba ponovno bledeti, ko smo v zvezi s petim ukrepom žal kmalu odkrili, da v poglavju »7.1 Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja«, v CDZO in CDZOM psihoterapevt kot član tima ni naveden.

Še bolj je žarek upanja začel usihati, ko smo ugotovili, da v predlogu Resolucije psihosocialno svetovanje kot poklic in kot ena ključnih strok, predvsem na področju primarne preventive, ni vključen nikjer, in da je psihoterapija omenjena premalokrat, poleg omenjenih petih ukrepov, samo še pod:

- točko 5.5 »Preprečevanje samomorilnega vedenja«, kjer naj bi se samomorilno ogroženim omogočila prednostna dostopnost do brezplačne psihoterapevtske obravnave (poleg psihiatrične in klinično psihološke) in
- točko 7.1 »Nove strukture v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja«, kjer naj bi timi za duševno zdravje otrok in mladostnikov nudili z dokazi podprte psihoterapevtske intervencije in Centri za duševno zdravje odraslih psihoterapevtsko individualno, partnersko/družinsko in skupinsko obravnavo.

## Pomanjkljivosti predloga Resolucije

Ob nadaljnjem poglobljanju v predlog Resolucije smo odkrili še veliko pomanjkljivosti in slepih peg. Najbolj neprijetno nas je presenetilo, da je šel predlog Resolucije v javno razpravo **pred medresorsko uskladitvijo**, kar je svojevrsten paradoks in absurd.

Do ključnih izboljšav v nacionalnem programu duševnega zdravja namreč lahko pride-mo le preko medresorskih rešitev. To je sicer jasno poudarjeno v uvodu, a dejansko je šel v javno razpravo torzo, manjkali so mu bistveni deli. V roke smo dobili dokument Ministrstva za zdravje, ki glede na medresorsko problematiko ponuja, čeprav z vidika zdravstvenega varstva razširjeno, veliko preozko zastavljen dokument. Da bi bil absurd še večji, so navodila Ministrstva za zdravje glede predlogov, ki smo jih lahko v okviru javne razprave posredovali, zahtevala, da se lahko odzovemo samo na tisto, kar predlog Resolucije vsebuje. Torej smo lahko komentirali le torzo, ne pa glave in okončin, ki jih ni bilo, so pa bistvene.

Eno ključnih pomanjkljivosti predloga Resolucije vidimo v tem, da ni nikjer eks-plicitno navedeno, kdo je ključni nosilec reforme, torej **kateri strokovni kadri bodo ključni izvajalci novo postavljenega sistema varovanja duševnega zdravja!** Predlog Resolucije sicer prinaša nekaj dragocenih novosti, predvsem nujno širitev varovanja duševnega zdravja odraslih ter otrok in mladostnikov na primarni ravni zdravstvenega sistema, ne prinaša pa dovolj dodelanih bistvenih sprememb na področju varovanja duševnega zdravja ravno zato, ker obide obstoječe stanje in se ne loti natančne analize obstoječih strokovnih kadrov in njihovega razvoja.

Tako v predlogu Resolucije ni razmisleka o umestitvi psihosocialnega svetovanja v primarno preventivo po sektorjih, ki so pomembni za varovanje duševnega zdravja in ki so zato ključni za sodelovanje s sektorjem zdravstvenega varstva. Brez normativne ureditve psihosocialnega svetovanja si po našem mnenju tudi ni mogoče predstavljati bistvenih premikov, ki jih želi predlog Resolucije spodbuditi. Ministrstvo za zdravje ne more biti ključno ministrstvo za normativno ureditev psihosocialnega svetovanja, mora pa sodelovati pri medresorskem usklajevanju z ministrstvi, ki so zadolžena za socialno varstvo, delo in družino, šolstvo, gospodarstvo, pravosodje idr.

Pri predstavitvi zatečenega stanja na področju duševnega zdravja v Sloveniji smo pogrešali jasno predstavitev stanja psihoterapije, ki bi poudarila nujnost njene umestitve v sistem zdravstvenega varstva preko zaposlovanja poklicnih psihoterapevtov. Ker so bili do zdaj in so še ključni strokovnjaki za obravnavo duševnih motenj v okviru zdra-vstva psihiatri in klinični psihologi, se v predlogu Resolucije še naprej ohranja vtis, kot da bodo oni tisti, ki bodo zagotovili tudi psihoterapevtske storitve. To je absurdno, saj jih je premalo že za to, da bi opravili svoje delo, kaj šele, da bi zagotovili velike po-trebe po psihoterapevtskih storitvah, tako za odrasle kot tudi za otroke in mladostnike. Ob tem je potrebno poudariti, da niti psihiatri niti klinični psihologi (v kolikor se niso dodatno izobrazili za psihoterapijo po normativih za samostojen poklic) niso ustrezno educirani za psihoterapevtsko obravnavo, kot način zdravljenja s pogovorom, saj je nji-hovo osnovno poslanstvo predvsem medikamentozno zdravljenje duševnih motenj oz. diagnosticiranje ter klinično psihološko in psihiatrično svetovanje.

Ob kritičnem pomanjkanju strokovnega kadra, zaradi katerega se pazljivemu bralcu predloga Resolucije postavlja pod vprašaj izvedba obljubljenih bistvenih sprememb v sistemu varovanju duševnega zdravja, sta povsem neupravičeno prezrta poklica psiho-terapevta in psihosocialnega svetovalca, ki sta **poleg psihiatra in kliničnega psihologa dva od enakovrednih poklicnih profilov, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem ljudi** in ki bi morala sodelovati v strokovnih timih na tem področju. Dejstvo, da teh dveh



poklicev ni na seznamu poklicev, očitno vpliva tudi na odnos predloga Resolucije do teh poklicev, kot da so nevidni, včasih tudi zakriti pod razne druge poklicne nazive oz. identitete.

Sprejeto je tudi priporočilo SZO, da se omogoči usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol, ki jih je ta trenutek v Sloveniji najmanj okoli 200, psihoterapevtsko delo v okviru javnega zdravstva (glej stran 14 predloga Resolucije). Ti namreč trenutno delajo zunaj sistema javnega in privatnega zdravstva. Prav tako nikjer ni omenjeno, kako bi se v sistem vključili obstoječi psihosocialni svetovalci, ki jih je najmanj dvakrat toliko (lahko tudi precej več, odvisno od normativov, ki bi jih postavili za podeljevanje tega naziva oziroma licence).

SZO priporoča 1 psihoterapevta na 1000 prebivalcev, kar pomeni, da bi Slovenija ta trenutek potrebovala okoli 2000 psihoterapevtov. Glede števila psihosocialnih svetovalcev pa izkušnje v evropskih deželah, kjer imajo to področje normativno urejeno, kažejo potrebo po nekajkrat večjem številu. Moderna evropska ureditev področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bi torej odprla vrata za najmanj 8000 novih strokovnjakov (2000 psihoterapevtov in 6000 psihosocialnih svetovalcev). To pa je po številu že enako močna skupina, kot je število slovenskih zdravnikov.

Morda se bodo komu zdele take številke pretirane, vendar psihoterapevti in psihosocialni svetovalci lahko delujejo na različnih ravneh in sektorjih:

- v neformalnih oblikah pomoči, v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti;
- v zdravstvenem varstvu, npr. v CDZjih, v specialističnih ambulantah in bolnicah, v Spominskih centrih, Svetovalnih centrih za otroke in mladostnike, Centrih za krepitev zdravja, Rehabilitacijskih centrih idr.
- v socialnem varstvu, npr. na centrih za socialno delo in organizacijah civilne družbe, ki nudijo psihosocialno pomoč v obliki skupnostne skrbi osebam z dolgotrajnimi in hudimi duševnimi motnjami, v zakonskih, partnerskih in družinskih zadevah (disfunkcionalnost, spori, ločitev...), pri osebostnem opolnomočenju oseb v duševni stiski, ob izgubah (bližnjega, službe, premoženja, zdravja), v mediaciji pri razvezah idr.;
- v šolstvu, npr. v vrtcih, šolskih svetovalnih službah ter v psihoterapevtskih in svetovalnih službah za študente;
- v gospodarstvu, npr. v gospodarskih organizacijah kot poklicno svetovanje in karierno svetovanje, coaching za time in vodstvene delavce, komunikacijsko svetovanje v timih in timska supervizija;
- v pravosodju, npr. za psihoterapevtsko in svetovalno pomoč obsojencem in zapornikom;
- v zdravstvenem turizmu idr.

### **Psihoterapevti in svetovalci so prezrti v predlogu novih organizacijskih struktur v zdravstvenem sistemu**

Predlog Resolucije v poglavju 7.1. na strani 55 predvideva ustanavljanje novih organizacijskih struktur v zdravstvenem sistemu na področju duševnega zdravja, in sicer:

- Regionalne Centre za duševno zdravje, ki so sestavljeni iz:
  - Centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov in

- Centrov za duševno zdravje odraslih.
- Tri (3) spominske centre za potrebe starejše populacije na področju obvladovanja demence
- Subspecialistične time na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji.

Na strani 53 predloga Resolucije je še zapisano, kako bodo za to uporabljena sredstva iz ZZZS: »Sredstva iz ZZZS pa so namenjena dopolnjevanju obstoječih in vzpostavljanju novih timov v 20 Centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov, vzpostavitvi 20 Centrov za duševno zdravje odraslih z 22,5 timi (dopolnitve obstoječih in vzpostavitve novih) s poudarkom na skupnostni psihiatrični obravnavi, 7 subspecialističnih ambulantnih timov na nacionalni oz. regijski ravni za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in komorbidnimi stanji, ter vzpostavitvi 3 Spominskih centrov za osebe z demenco. Timi se vzpostavljajo enakomerno v obdobju 10 let, stroški novega kadra in njihovega izobraževanja so prikazani v dvoletnih časovnih intervalih.«

Kot že zgoraj omenjeno, pozdravljamo predlog, da se okrepi primarno raven zdravstvenega sistema namenjeno varovanju duševnega zdravja. Vendar pa v predlogu Resolucije še vedno prevladuje predstava, da so strokovnjaki za področje duševnega zdravja v okviru zdravstvenega varstva predvsem psihiatri in klinični psihologi, ki jim pomagajo medicinske sestre in socialne delavke (glej npr. načrtovano sestavo tima za ambulantno obravnavo Centrov za duševno zdravje odraslih na strani 57), in v najboljšem primeru še kakšen izmed zdravstvenih delavcev in sodelavcev (npr. delovni terapevt, v spominskih centrih še specialni pedagog, v Centrih za otroke od 0 do 6 let nevrofizioterapevt, klinični logoped in specialni pedagog, v Centrih za otroke in družine specialni pedagog).

Tako v ključnem delu predloga Resolucije ni psihoterapevtov, niti psihosocialnih svetovalcev, pa tudi psihologov ne, kar glede na stanje v Evropi pomeni vzdrževanje zastarelega načina delovanja. Glede psihoterapije namreč nekateri slovenski psihiatri in klinični psihologi (pa tudi nekateri predstavniki zdravniškega lobija in v preteklih letih nekateri ključni akterji na Ministrstvu za zdravje) zastopajo zastarelo stališče, da je psihoterapija zgolj ena od storitev, ki jih opravljata ta dva poklicna profila, ne pa samostojen poklic in samostojna akademska disciplina. Ti zagovarjajo obstoječe stanje in nočejo sprememb v normativni ureditvi psihoterapije. Druga skupina psihiatrov in kliničnih psihologov vidi rešitev v specializaciji iz psihoterapije (podobno kot obstaja specializacija iz klinične psihologije in psihiatrije) samo za zdravstvene delavce (in morda tudi zdravstvene sodelavce) zaposlene v zdravstvenih ustanovah. To je mnogo preozka rešitev glede na obstoječe stanje, kjer večina poklicno usposobljenih psihoterapevtov deluje zunaj sistema zdravstvenega varstva. Psihoterapijo je glede na obstoječe stanje v Sloveniji (pa tudi glede na stanje psihoterapije v drugih evropskih državah, kjer se le okoli 10% psihoterapije izvaja v okviru zdravstvenega sistema) in kot že enkrat navedeno možno konstruktivno urediti samo medresorsko, saj so poleg zdravstva ključnega pomena še sektorji socialnega varstva, dela in družine, šolstva, pravosodja in gospodarstva ter dobre povezave med njimi.

Če hočemo v Sloveniji korektno normativno urediti področje psihoterapije in svetovanja, potem bodo potrebni veliki premiki, povezani z vključevanjem psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v **vsa prednostna področja** predloga Resolucije, torej

pri zagotavljanju skupnostnega pristopa, pri promociji, preventivi in destigmatizaciji, v mreži služb, na področjih povezanih s problematiko alkohola, duševnega zdravja in preprečevanja samomora ter nenazadnje v izobraževanju, raziskovanju in evalvaciji!

## **Medresorsko usklajevanje bo ključnega pomena tudi za ureditev različnih poti izobraževanja iz psihoterapije in svetovanja**

Da predlog Resolucije tako mačehovsko obravnava poklica psihoterapevt in svetovalca, je nenavadno tudi zato, ker imajo izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije v Sloveniji petdesetletno tradicijo. Začela so se namreč že v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v zdravniških vrstah zaradi spoznanja, da psihiatrom in kliničnim psihologom primanjkuje znanj, da bi bili kos vsem duševnim stiskam pacientov, ki so pri njih iskali pomoč. Tako so se začele prve edukacije najprej predvsem za psihiatre in klinične psihologe, kasneje, od sedemdesetih let naprej, pa so v edukacijski proces prav pionirji psihoterapevtske edukacije pripuščali tudi kandidate z drugačnimi predizobrazbami in ne zgolj zdravnike oz. psihologe. Razvoj psihoterapevtske stroke je napredoval, okvirji, ki so jih tedaj predstavljala strokovna združenja, najprej Psihoterapevtska sekcija v okviru Zdravniškega društva in nato Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS), ki je v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani prvo nudilo interno psihoterapevtsko edukacijo, so postali pretesni, njihove strokovne kapacitete nezadostne, umanjala je vizija nadaljnjega razvoja, ki bi vključevala in povezovala vse ključne psihoterapevtske pristope ter akademsko izobraževanje iz psihoterapije.

Življenje in potrebe družbe pa so same zase trasirale nove poti izobraževanj tako v okviru različnih strokovnih združenj in krovne organizacije, kot je npr. Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, ki trenutno združuje kar enajst različnih psihoterapevtskih društev (geštalt, transakcijsko analizo, logoterapijo, psihodramo, psihoanalitično, realitetno, transpersonalno in dve integrativni terapiji ter psihodinamsko in sistemsko psihoterapijo), kot tudi v okviru v zadnjih 15 letih novo ustanovljenih visokošolskih institucij in v akreditiranih študijskih programih iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (to so magistrski in doktorski študij relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, neposredni študij psihoterapevtske znanosti prve in druge bolonjske stopnje na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani ter študij psihosocialnega svetovanja prve in druge bolonjske stopnje na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici).

Medresorsko usklajevanje bo ključnega pomena tudi za ureditev različnih poti izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije in svetovanja:

- specializacijo iz psihoterapije za zdravstveno osebje znotraj zdravstvenega resorja;
- neakademsko pot izobraževanja in usposabljanja po evropskih kriterijih za psihoterapijo in psihosocialno svetovanje v okviru strokovnih združenj ter
- akademsko pot dodiplomskih in podiplomskih študijev za psihoterapijo in psihosocialno svetovanje.

V normativni ureditvi psihoterapije in psihosocialnega svetovanja bo potrebno ločiti med akademsko izobrazbo in poklicem, podobno kot je npr. na področju socialnega dela, psihologije, medicine idr. Kdor konča magistrski študij socialnega dela, mora za pridobitev licence za opravljanje poklica socialni delavec v okviru socialnega varstva

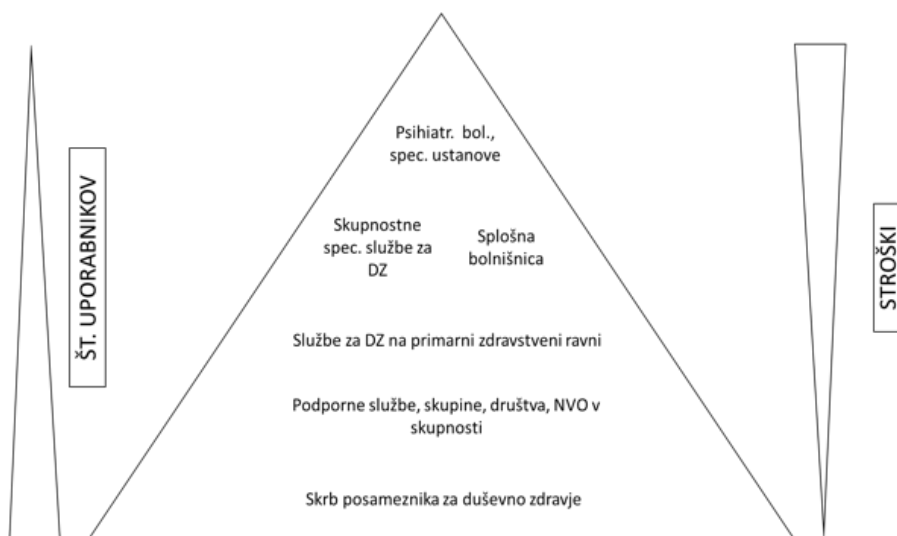
opraviti še pripravništvo in državni izpit. Podobno bo potrebno urediti za pridobitev licence za opravljanje psihoterapije ali psihosocialnega svetovanja. Po končanem neakademskem ali akademskem izobraževanju bo potrebno definirati pogoje za pripravništvo in opravljanje državnih izpitov na področju zdravstva, socialnega varstva, šolstva, pravosodja idr., glede na to, na katerem področju bo želel psihoterapevt ali psihosocialni svetovalec delovati. Tisto, kar bi v Sloveniji odločilno povečalo možnosti zaposlovanja psihoterapevtov in psihosocialnih svetovalcev in kar bi morala biti strategija prihodnosti, je prav ta trojna rešitev: normativna ureditev, registracija poklicev ter težišče izobraževanj iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja prenesti v akademsko sfero.

### **Primarna preventiva, ki predstavlja temelj primarni ravni sistema zdravstvenega varstva, je v Sloveniji najbolj podhranjena**

Še bolj pa pade v oči, da sta poklica psihoterapevt in psihosocialni svetovalec povsem prezrta na tistih področjih primarne preventive za varovanje duševnega zdravja, ki ne sodita v sistem zdravstvenega varstva. Naj posebej poudariva: primarna raven zdravstvenega varstva ni enako primarna preventiva, ampak predstavlja le njen manjši del! Primarna preventiva se mora skoraj v celoti dogajati pod ravnijo primarnega zdravstvenega varstva, na kar opozarjajo tudi strokovnjaki SZO.

V Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje se strinjamo z navedbami na strani 15 predloga Resolucije, da »duševne motnje oz. bolezni možganov (oziroma širše gledano bolezni možganov, kamor spadajo tudi epilepsija, demenca, kap itd.) prepoznamo in zdravimo prepozno«. Zato podpiramo navedbe v predlogu Resolucije, da je »eden od ključnih izzivov okrepiti duševno zdravje celotne populacije, zmanjšati duševne težave in motnje in s tem tudi bremena, ki je povezano s slabim duševnim zdravjem«. To pomeni obrat težišča varovanja duševnega zdravja v primarno preventivo, kar je radikalen premik od sedanjega stanja. To je naloga, ki je ne morejo izpeljati le zdravstveni delavci sami na primarni zdravstveni ravni, pač pa je potrebno medresorsko sodelovanje. K primarni preventivi lahko pomembno prispeva primarna raven zdravstvenega varstva, a le v manjši meri, ključno vlogo imajo tu drugi resorji in sodelovanje med njimi.

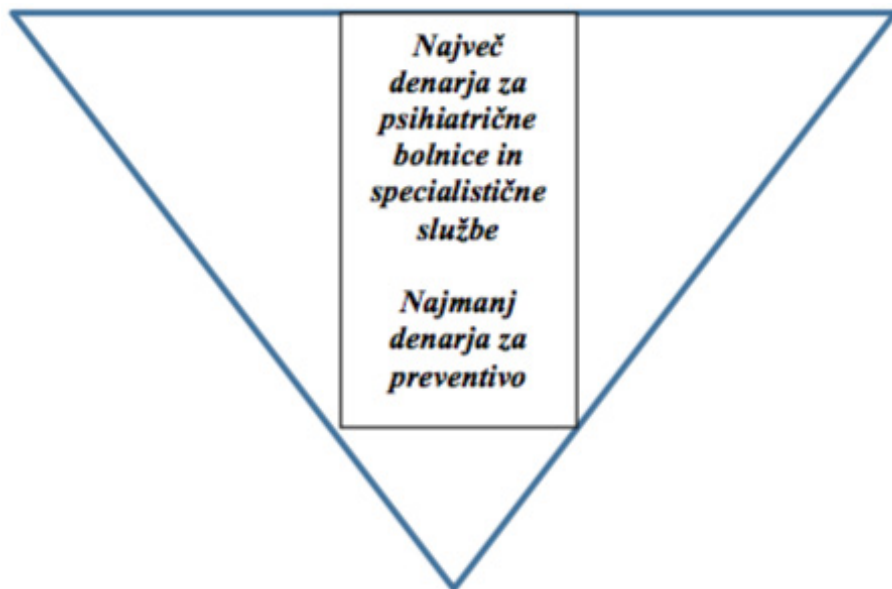
Snovalci predloga Resolucije opozarjajo, da je »SZO oblikovala priporočila za organizacijo služb na področju duševnega zdravja, ki je zasnovana na novi paradigmi: v središču je posameznik in njegove potrebe in na podlagi tega se organizirajo službe in storitve. Kot je razvidno iz slike 1, vsak posameznik sam skrbi za svoje duševno zdravje ob podpori svojcev in ožjega družinskega okolja, pridružujejo se mu neformalne službe za duševno zdravje in okolja v skupnosti (kot so različne civilne skupine, društva, šole, nevladne in verske organizacije). Ko je zaradi resnosti duševnih težav potrebno dodatno strokovno znanje ali podpora, se vključi formalna mreža strokovnih služb. Glede na potrebe se v obravnavo v največji meri vključujejo službe na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva, sledijo formalne skupnostne službe za duševno zdravje in psihiatrične službe, ki delujejo v okviru splošnih bolnišnic, ter šele nazadnje specialistične službe za duševno zdravje in ustanove za dolgotrajno bivanje/zdravljenje.« (predlog Resolucije, stran 9 in 10)



Slika 1: Piramida povezanih služb za duševno zdravje (iz predloga Resolucije, stran 9)

Žalostno in zaskrbljujoče dejstvo, ki ga ugotavljajo strokovnjaki SZO, pa je, da imamo v Sloveniji, kar se financiranja iz javnih sredstev tiče, piramido obrnjeno na glavo (glej sliko 2). Najmanj proračunskih sredstev gre za primarno preventivo, največ pa ga porabijo psihiatrične bolnišnice in specialistične službe, čeprav je število uporabnikov, ki potrebujejo tovrstno oskrbo, najmanjše. To je v nasprotju z možnostmi, ki jih ima posameznik sam v skrbi za duševno zdravje ali v okviru neformalnih služb v skupnosti, kjer so potrebe največje in jih je mogoče zagotavljati z najnižjimi stroški.

Na piramidi je ključna raven varovanja duševnega zdravja skrb posameznika za duševno zdravje in v podpornih službah, skupinah, društvih, NVO v skupnosti. Predlog Resolucije v zvezi s tem navaja »da službe za duševno zdravje organiziramo čim bližje ljudem (vseh starosti), ki jih potrebujejo in jih prilagodimo njihovim potrebam. Poleg tega je pomembno, da na ta način organiziramo tako promocijske in preventivne aktivnosti, kot tudi kurativne in rehabilitacijo.« (resolucija, stran 16) Žal pa predlog Resolucije v svojem ključnem delu, kjer navaja širitev služb, financiranje in akcijski načrt, tega ne upošteva.



*Slika 2: V Sloveniji imamo obrnjeno piramido: najmanj denarja gre tja, kjer bi bil najbolj potreben in kjer bi bili rezultati največji, to je v primarno preventivo, in največ tja, kjer ima najmanj učinka na duševno zdravje populacije.*

Vsekakor je skrajni čas, da začnemo v Sloveniji obračati piramido, tako da ne bo več stala na špici, saj si česa takega niso upali niti faraoni. Za spuščanje piramide na njeno bazo, pa med drugim potrebujemo tudi premik v dojemanju, kdo vse sodi med strokovno osebje, ki skrbi za duševno zdravje ljudi, predvsem še v fazi, ko ne govorimo o duševnih motnjah, pač pa o primarni preventivi in ukrepanju ob blažjih do težjih čustvenih stiskah, stresnih odzivih in preobremenjenosti, o žalovanju ob izgubah vseh vrst itd. Izkušnje zadnjih let kažejo, da se ta premik še ni zgodil, še vedno velja prepričanje, da je skrb za duševno zdravje v glavnem, če ne že izključno, stvar zdravstvenega resorja in zdravstvenih delavcev. Strokovnjaki SZO zato Ministrstvu za zdravje predlagajo »partnerstvo s sektorjem socialnega varstva in drugimi ne zdravstvenimi sektorji.« (stran 10 predloga Resolucije) Podobno je navedeno tudi na strani 16, kjer piše, da je »dokazano, da je mogoče na primarni ravni odgovoriti na večino potreb večine prebivalstva, tako z vidika preventive kot obravnave duševnih motenj vseh starostnih skupin, če zagotavlja primarno zdravstveno in socialno varstvo povezane storitve in programe.«

Zgovoren primer za to trditev je, če pomislimo na depresivne in anksiozne motnje, ki skupaj zajamejo že okoli 30 procentov populacije in bodo po napovedih SZO do leta 2020 najpogostejši svetovni zdravstveni problem. Nemogoče je, da bi sistem zdravstvenega varstva sam ustrezno odgovoril že samo na to hitro razširjajočo se pandemijo, kaj šele na druge duševne motnje, katerih številne so tudi v zaskrbljujočem porastu. Iz izkušenj zadnjih let vemo, da predstavniki Ministrstva za zdravje in zaposleni v sistemu zdravstvenega varstva v javnosti kljub temu ponavljajo, da lahko primarna raven zdravstva odgovori na večino potreb večine prebivalstva. Umanjka uvid, da se v Sloveniji

že dolgo časa večji del ljudi z duševnimi težavami in motnjami ne obrača na zdravnike, psihiatre in klinične psihologe, ki jih že sicer po obstoječih normativih primanjkuje, ampak da v glavnem iščejo pomoč pri alternativcih, svetovalcih in psihoterapevtih, ki delujejo v piramidi pod primarno ravniyo zdravstvenega sistema. Ta segment ni reguliran, je kaotičen in že dolgo čaka na normativno ureditev, ki bi spodbudila njegov razvoj v smeri večje dostopnosti in kvalitete, na kar že dolgo opozarjajo tudi uporabniki sami (kot primer glej Peticijo Društva DAM na povezavi [http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1446&Itemid=1](http://www.nebojse.si/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=1446&Itemid=1)).

Normativna ureditev psihoterapije in psihosocialnega svetovanja ni majhna sprememba, ki naj bi po viziji predloga Resolucije dodala na primarno zdravstveno raven v najboljšem primeru nekaj deset psihoterapevtov, ampak mora ključno pripomoči k tektonskemu premiku v razumevanju in organizaciji varovanja duševnega zdravja, tako da se bo piramida postavila na svojo bazo. Poklicna profila psihoterapevt in psihosocialni svetovalci s svojim področjem delovanja presegata okvire zdravstvenega sektorja. Njun glavni doprinos je na področju neformalnih oblik pomoči in primarne preventive (glej opombo 2), čeprav sta se uveljavila tudi na področjih sekundarne in terciarne preventive. Da bi zasukali piramido, bi rabili več tisoč psihoterapevtov in svetovalcev, katerih večina ne bo zaposlenih v sektorju zdravstvenega varstva, ampak v neformalnih službah, v sektorju socialnega varstva in drugih nezdravstvenih sektorjih (npr. šolstvu, gospodarstvu, pravosodju, turizmu idr.).

## Epilog

Tik preden je šel ta prispevek v tisk, je vlada RS 25. 1. 2018 po hitrem postopku določila besedilo Predloga Resolucije in ga poslala Državnemu zboru (glej <https://e-uprava.gov.si/drzava-in-druzba/e-demokracija/predlogi-predpisov/predlog-predpisa.html?id=8871>). Za natančno analizo bi potrebovali več časa, a prvi vtis pušča grenak priokus, da pripombe iz javne razprave niso bile upoštevane in da je bila medresorska uskladitev zaradi naglice pomanjkljiva in površna.

Hkrati pa po naši hitri oceni predlog Resolucije, kot ga je določila vlada RS, ne preprečuje dobre bodoče normativne ureditve psihoterapevtske dejavnosti. Prvič v zgodovini slovenske države v zavezujočem pravnem aktu piše, da se bo omogočalo usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru služb socialnega varstva in zdravstva (str. 19 Resolucije). Nadalje je zapisano, da poleg psihološke obstoji tudi psihoterapevtska dejavnost, da bosta obe v določenem delu financirani iz javnih sredstev, da bo treba obe normativno urediti in da bosta obe vključeni v mrežo služb za duševno zdravje (str. 48 Resolucije). Ločeno se navaja prednostna dostopnost do brezplačne klinično psihološke, psihiatrične in psihoterapevtske obravnave (str. 51 Resolucije). Piše pa tudi, da bo v naslednjih dveh letih pripravljena normativna ureditev psihološke in psihoterapevtske dejavnosti s tem, da bodo pri njenem nastajanju k sodelovanju pozvane upoštevane izobraževalne ustanove ter strokovna združenja s področja psihologije in psihoterapije ter pristojna ministrstva (str. 102 Resolucije).

Psihoterapevti in svetovalci imamo znova odlično priložnost, da strnemo vrste in postanemo (še bolj) politično prepoznavna skupina pritiska. Od državnih institucij moramo zahtevati, da naše predstavnike vključijo v delovni proces celovite normativne

ureditve področja psihoterapije in svetovanja. Glede na Akcijski načrt, ki je sestavni del Resolucije, naj bi se to dogajalo že v drugi polovici leta 2018 in v letu 2019!

## Opombe

Odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost predloga Resolucije so bile:

- Jožica Maučec Zakotnik, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- mag. Nadja Čobal, sekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- dr. Agata Zupančič, podsekretarka, Ministrstvo za zdravje,
- Tonija Črnigoj, svetovalka III, Ministrstvo za Zdravje.

Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva predloga Resolucije, so bili:

- dr. Maja Roškar, Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- dr. Saška Roškar, NIJZ, Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- dr. Helena Jeriček Klanšček, NIJZ, Center za proučevanje in razvoj zdravja,
- Nuša Konec Juričič, NIJZ, OE Celje, Center za upravljanje programov preventive in krepitev zdravja,
- dr. Marija Anderluh, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika,
- dr. Vesna Švab, Zdravstveni dom Novo mesto, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Psihiatrična bolnišnica Ormož,
- dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani,
- Sladjana Jelisavčič, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Vloga psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v primarni preventivi je preprečevati pojavljanje duševnih motenj. Že Freud je vključeval to dimenzijo, saj se je pokazalo, da ima lahko vsak človek, ki je motiviran za izboljšanje kvalitete življenja, korist od psihoanalize preden se pri njem ali njej pojavi kakšna duševna motnja. Freudovo sporočilo je še vedno moderno: »Živite bolj ozaveščno! Bolj se zavedajte kompleksnosti lastne duševnosti in uresničite svoje potenciale v delu in ljubezni!« V zadnjih 50 letih se je to sporočilo razširilo med milijone ljudi preko različnih psihoterapevtskih in svetovalnih pristopov, predvsem v delu s skupinami, npr. »sensitivity« treningi ali »encounter« skupine, in v delu z ogroženimi in ranljivimi skupinami (npr. adolescenti, nosečnice, nezaposleni, hendikepirani, starostniki itn.). Mnogi psihoterapevti in svetovalci so razvili programe, ki se kombinirajo s psihoedukativnim pristopom: za otroke in družine; za matere z dojenčki za podporo po rojstvu s svetovanjem in praktično pomočjo; za skupine, kjer se člani učijo obvladovanja stresa in večje asertivnosti v vsakdanjih življenjskih situacijah; za povečevanje osveščenosti v zvezi z zlorabami otrok in preventivne programe na tem področju; za preventivo nasilja; za preventivo telesnih bolezni, ker kronične telesne bolezni povečujejo verjetnost duševnih motenj; za preventivne programe na področju alkohola in drog za ogrožene skupine itn.

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, ustanovni član Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [miranmozina.slo@gmail.com](mailto:miranmozina.slo@gmail.com); 041748812

Irena Kosovel, univ. dipl. pravnica, psihoterapevtka, ustanovna predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, [irena.kosovel@gmail.com](mailto:irena.kosovel@gmail.com); 040230491

<sup>2</sup> Namerno sva napisala samooklicano, ker v Slovenskem združenju za psihoterapijo in



*svetovanje Ministrstva za zdravje, glede na dolgoletno inertnost v zvezi z normativnim urejanjem psihoterapije, ne vidimo več kot pristojnega za to nalogo. Veliko bolj ustrezno se nam zdi Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Do podobnega zaključka so prišli tudi hrvaški psihoterapevti, ki so v okviru ministrstva, ki ureja socialno varstvo, tik pred obravnavo zakona o psihoterapiji v parlamentu (glej <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2017/12%20prosinac/70%20sjednica%20VRH//70%20-%202.pdf>).*

---



Irena KOSOVEL

## ***Naša psihoterapevtska realnost - od besed k dejanjem***

### *Our psychotherapy reality – from words to acts*

Področje psihoterapije je v Sloveniji neurejeno. Kaj to pomeni? Poklic psihoterapevt uradno ne obstaja, pogoji za njegovo izvajanje niso določeni, zahteve za edukacijo niso predpisane, nadzora nad izvajalci ni, prostor za šarlatane je odprt. Te in podobne trditve slišimo ali beremo vse pogosteje v različnih medijih in javnih občilih. A dejstvo je, da je psihoterapija dejansko našla svoje mesto v obravnavi ljudi s psihičnimi, osebnostnimi in čustvenimi problemi, njena učinkovitost je dokazana in nesporna, ljudje jo potrebujejo. Potrebe po psihoterapevtski obravnavi so velike, dodatno jih generira vse hitrejši in vse bolj stresen način življenja. Ob tem imam v mislih psihoterapijo v širšem pomenu besede, ki vključuje tudi različne oblike psihosocialne pomoči.

### **Kakšne možnosti imamo v Sloveniji, ko potrebujemo psihoterapevtsko pomoč?**

Ljudje se pod bremenom vsakodnevnih težav zatekajo po pomoč v zdravstvene domove, kjer jim splošni zdravnik z zdravili umiri psihosomatsko simptomatiko, v najboljšem primeru jim odmeri nekaj bolniškega staleža in jih na tak način odpravi. Če je simptomatika bolj trdovratna oziroma gre za težjo psihiatrično patologijo, se ljudje obračajo po pomoč k psihiatru. Ta ima za posameznega pacienta na voljo le kratek čas, predpiše mu zdravila, naroči na naslednjo kontrolo čez mesec ali več in tu se delo s pacientom tudi konča. V redkih specializiranih psihoterapevtskih zdravstvenih enotah so pacienti deležni skupinskih psihoterapevtskih obravnav, ki so vezane predvsem na hospitalno zdravljenje, po odhodu iz bolnišnične oskrbe pa so pacienti že spet prepuščeni predvsem samim sebi. Izostane torej vsakršna psihoterapevtska obravnava, ki bi pacienta ozavestila in ojačala za nadaljnje življenje. Na tem mestu opravijo nekaj volonterskega dela različna društva za bolnike in svojece.

Potrebe po psihoterapevtskih storitvah torej nesporno so, možnosti za primerno psihoterapevtsko obravnavo v okviru zdravstvenega sistema pa praktično ni. Skrb za duševno zdravje ljudi je v našem zdravstvenem sistemu v rokah psihiatrov in kliničnih psihologov, ki pa se v okviru svoje osnovne edukacije ne usposobijo za psihoterapevtsko obravnavo, niti nimajo za te vrste obravnavo čas. Paradoks trenutnega stanja je, da sta to edina poklica, ki jima zdravstvena zavarovalnica priznava tudi ure psihoterapevtske obravnave, kar pomeni, da so te dostopne pacientom brezplačno.

V čem je problem? Psihoterapija je v Sloveniji vzniknila in se razvijala v okviru psihiatrije in klinične psihologije, ki se primarno ukvarjata s področjem duševnih motenj in osebnostne problematike ljudi, a je njen razvoj prerasel okvire teh poklicev in se zdiferenciral v avtonomen poklic. Vzpostavil je lasno strokovno identiteto in potrebo po posebni edukaciji, ki vključuje poleg teoretičnega znanja in kliničnega dela pod supervizijo predvsem in tudi lastno psihoterapevtsko izkušnjo, preko katere se usposobi za prepoznavanje lastnega kontratransfera v terapevtski obravnavi. Psihoterapevt in pacient/klient v varnem in zaupnem terapevtskem odnosu s pogovorom in preko asociacijskega materiala pacienta odkrivata globlje plasti psihičnega delovanja, njegove zakoreninjene načine funkcioniranja, čustvovanja, njegov vrednostni sistem, predstavo o sebi in drugih itn.

## Od kod psihoterapevtsko znanje v Sloveniji?

Potreba po psihoterapevtski znanju in obravnavi, ki naj prevzame obravnavo klienta tam, kjer psihiatrični in psihološki stroki zmanjka orodij, je bila že zgodaj prepoznana. Že v poznih šestdesetih letih prejšnjega stoletja so se začela različna izobraževanja s področja psihoterapije za psihiatre in psihologe najprej v okviru Slovenskega zdravniškega društva, Sekcije za psihoterapijo, kasneje pa tudi znotraj različnih psihoterapevtskih strokovnih združenj. Posamezni strokovnjaki so se že v šestdesetih in sedemdesetih letih educirali v tujini in svoje znanje prenašali domov.

Na pragu novega tisočletja je v slovenskem psihoterapevtskem prostoru vzniknilo kar nekaj strokovnih psihoterapevtskih društev. Nekatera med njimi so se povezala v Slovensko krovno zvezo za psihoterapijo (v nadaljnjem besedilu: SKZP), psihoterapevtsko sekcijo v okviru zdravniškega društva iz šestdesetih let pa je nasledilo Združenje psihoterapevtov Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPS). Tako ZPS kot društva v okviru SKZP so vsak zase izvajala različne oblike psihoterapevtske edukacije in razvila lastne edukacijske poti. Spoznanje o potrebi po celostni psihoterapevtski edukaciji, ki naj oblikuje nov poklicni profil psihoterapevta, je vodilo k prvim zahtevam po zakonski ureditvi področja.

Žal psihoterapevtska strokovna združenja v Sloveniji niso našla skupne poti, da bi združila znanje in prizadevanja za vzpostavitev konsistentnega sistema psihoterapevtske pomoči. Šele v letih 2006 do 2010 so relevantni nosilci psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji uspeli svoj pogled na ureditev psihoterapije poenotiti v Delovni skupini za pripravo zakona o psihoterapiji, ki jo je imenoval minister za zdravje. To štiriletno sodelovanje je prispevalo k poenotenju stališč in k oblikovanju predloga zakona, ki naj bi urejal to materijo. Žal so pri naslednjih korakih tako politika kot tudi stroka zatajili in predlog zakona je obležal v ministrovem predalu. Snovalci zakona pa so se ponovno umaknili vsak k sebi in zdi se, kot da enkrat že vzpostavljenega sodelovanja nikoli ni bilo. Navkljub temu pa so poenotena spoznanja o poklicnem profilu psihoterapevta in potrebni edukaciji ostala in našla pot v večino strokovnih društev in drugih strokovnih organizacij.

## Kaj se dogaja danes?

Od leta 2010, ko so bile aktivnosti za zakon zaustavljene, so bile na Ministrstvo za zdravje naslovljene z različnih strokovnih sredin številne pobude, da se področje psihoterapije uredi, a ministrstvo ni naredilo nič. Zavzelo je stališče, da poseben zakon, ki bi urejal področje psihoterapije, ni potreben in da se bo to področje uredilo v sistemskem zakonu o zdravstveni dejavnosti, ki ga je vsaka vlada začela pisati znova, a ga nobena dokončno ni spisala, da bi ga državni zbor lahko sprejel.

V psihoterapevtske anale leta 2016 bomo zagotovo zabeležili povečane aktivnosti civilne družbe in akademske sfere za normativno ureditev psihoterapije. Na začetku leta 2016 sta SKZP in ZPS sklenili Memorandum o sodelovanju, v katerem sta se dogovorili za sodelovanje v prizadevanjih za zakonsko ureditev psihoterapije. Nekaj mesecev kasneje je prišlo do ustanovitve Kolegija fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja (v nadaljnjem besedilu Kolegij), v katerem so tri fakultete, ki v Sloveniji edine izvajajo akreditirane izobraževalne programe s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, in nekaj strokovnih združenj povezanih z akademsko sfero. Julija 2016 so člani Kolegija podpisali Dogovor o sodelovanju za normativno ureditev psihoterapije.

Čeprav se vsi ti akterji zavzemajo za »domnevno« isti cilj, to je za normativno ureditev psihoterapije, tečejo aktivnosti dvotirno. A Slovenija je premajhna, da bi si za uspešen razvoj lahko privoščili tolikšno razklanost, enako velja tudi za psihoterapevtsko dejavnost. Kolegij si je prav zato med vodila svojega delovanja zastavil odprtost, transparentnost, sodelovanje in povezovanje vseh deležnikov na področju psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji, zato vabi k sodelovanju tudi SKZP in ZPS ter druga strokovna združenja. Vendar ostajajo psihoterapevti, ki so se kot prvi rekrutirali iz zdravniških vrst in se večinoma kasneje povezali v ZPS, zaprti v svoj krog in še danes ne sprejemajo aktualnih razmer v psihoterapevtskem prostoru. Še zlasti ne sprejemajo akademizacije na področju psihoterapije, ki se je razmahnila v zadnjem desetletju in postala realnost slovenskega prostora. Argumenti proti so diskvalifikatorne narave, nočejo se poučiti in biti seznanjeni z realnostjo, po principu: česar ne vidim in ne vem, tega ni! Takšna drža, ki je pretežno lastna tako psihoterapevtski stroki znotraj zdravstva kot tudi Ministrstvu za zdravje, naravnost ohranja neurejeno stanje na tem področju. Gre pa zato, da se v interesu vseh, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč, v Sloveniji vzpostavi transparenten, strokovno ter etično konsistenten in vsem dostopen sistem psihoterapevtske pomoči.

## Kaj prinaša Kolegij fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja?

Kolegij je odločen preiti od besed k dejanjem. Želi opozoriti, da je akademizacija psihoterapije realnost in neizogibna smer nadaljnjega razvoja. Dopušča različne edukacijske poti – tako dodiplomski študij kot tudi študij za drugi poklic. Za strokovno in etično kvalitetno delo psihoterapevta je pomembno predvsem, s kakšnimi kompetencami edukant psihoterapije zaključi svoj proces edukacije vključno s supervizirano klinično prakso in lastno psihoterapevtsko izkušnjo, saj prav ta dva pogoja največkrat izostaneta pri sicer običajno teoretično in praktično dobro usposobljenih psihiatrih in psihologih oziroma kliničnih psihologih.

Zavzemanje za normativno urejanje psihoterapije širi Kolegij tudi na psihosocialno svetovanje, v svoj fokus pa vnaša tudi preventivo, ki ni nujno zdravstvena dejavnost. Ker pa vendarle gre za enoten strokovni prostor, je sodelovanje z vsemi deležniki, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem ljudi, NUJNA! Kolegij si zato prizadeva za čim širšo informiranost in ozaveščanje ljudi, zato v svoje vrste vključuje tudi uporabnike psihoterapevtskih storitev. Da bi jim olajšali izbor ustrezne psihoterapevtske oziroma psihosocialne pomoči in boljšo orientiranost med delujočimi psihoterapevti, so člani Kolegija kot samostojne fizične osebe ustanovili posebno strokovno asociacijo, kot predhodnico strokovne zbornice psihoterapevtov, saj zanjo trenutno še ni kvalitetnih pravnih podlag. To je Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje, ki je bilo ustanovljeno 6. 12. 2016, njegova registracija pa je že v teku.

### **Kaj je Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje in kaj je njegovo poslanstvo?**

Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje (v nadaljnjem besedilu Združenje) je strokovno združenje, organizirano pa pravilih Zakona o društvih, ki pod eno streho povezuje delujoče psihoterapevte oziroma svetovalce in edukante pod supervizijo na eni strani ter uporabnike psihoterapevtskih storitev in simpatizerje ter podpornike psihoterapije na drugi strani. Člani Združenja bodo predvidoma že v januarja 2017 na prvi konstitutivni seji občnega zbora po predhodnem kandidacijskem marcu volili organe in predsednika Združenja.

Namen Združenja je strokovno-izvajalskemu delu članstva zagotoviti večjo strokovno kredibilnost ter skupno zavzemanje in zastopanje njihovih strokovnih interesov. Uporabniškemu delu članstva in drugim uporabnikom psihoterapevtskih storitev pa želi ponuditi verodostojne informacije o delujočih psihoterapevtih vključno z relevantnimi podatki o njih kot strokovnjakih in o psihoterapevtskem pristopu, ki ga izvajajo. Ažurne informacije, dostopne na spletni strani Združenja, bodo omogočile lažji izbor ustreznega psihoterapevta oziroma svetovalca. Združenje bo oblikovalo tudi častno razsodišče, ki bo obravnavalo morebitne pritožbe na delo članov, pa tudi odgovarjalo na različna vprašanja uporabnikov, kar bo dalo Združenju in njegovim članom - izvajalcem večjo strokovno kredibilnost. Biti član Združenja bo za člana, ki je delujoči psihoterapevt ali svetovalec, znak kakovosti, saj se bodo člani prostovoljno povezali in vnaprej dopustili obravnavo na častnem razsodišču v primeru pritožbe na njihovo delo.

Kdo lahko postane redni in kdo pridružen član Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje?

Redni člani lahko postanejo tisti, ki:

- dejavnost psihoterapije ali psihosocialnega svetovanja že opravljajo v okviru veljavne pravno formalne organizacijske oblike kot npr. zavod, društvo, s.p., d.o.o. in podobno;
- so registrirani za to dejavnost po veljavni zakonodaji;
- imajo doseženo drugo stopnjo visokošolskega študija po bolonjskem sistemu oziroma univerzitetno izobrazbo sedme stopnje po pred bolonjskem sistemu;
- so strokovno usposobljeni za psihoterapevtsko oziroma svetovalno delo,

kar dokazujejo z listinami, da so zaključili enega od izobraževalnih programov s področja psihoterapije oziroma psihosocialnega svetovanja, ki obsega za psihoterapevte najmanj 500 ur teoretskih vsebin, najmanj 250 ur osebne izkušnje in najmanj 500 ur psihoterapevtske prakse, ki je bila supervidirana z najmanj 150 urami supervizije; za svetovalce pa najmanj 450 ur teoretskih vsebin, najmanj 250 ur svetovalne prakse, najmanj 100 ur supervizije in 50 ur osebne izkušnje.

Redni člani lahko postanejo tudi strokovne osebe, ki delujejo na akademskem področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja in torej niso delujoči psihoterapevti oziroma svetovalci.

Pridruženi člani lahko postanejo edukanti in specializanti s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, če so vključeni in aktivno delujejo v enem od programov edukacije za psihoterapijo in svetovanje in delajo pod supervizijo. Pridruženi člani Združenja so lahko tudi uporabniki psihoterapevtskih in svetovalnih storitev ter tudi drugi podporniki psihoterapevtske dejavnosti, kot so sponzorji, donatorji in simpatizerji s področja psihoterapije in psihosocialnega svetovanja. O vključitvi kandidata v Združenje odloča posebna komisija za članstvo, saj je preveritev včlanjevanja ključnega pomena za strokovno kredibilnost članstva v Združenju.

Zaradi poenostavitve postopka včlanjevanja so od preverjanja izpolnjevanja včlani-tvenih pogojev izvzeti tisti edukacijski programi, ki so javno bolj znani in uveljavljeni, zato se zanje vnaprej šteje, da izpolnjujejo pogoje za včlanitev. Gre za kandidata, ki je pridobil oziroma opravil:

- Evropsko diplomo iz psihoterapije (EDP), ki jo podeljuje Evropska zveza za psihoterapijo (EAP);
- Slovensko diplomo, ki jo podeljuje Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP);
- študij psihoterapevtske propedeutike in pridobil diplome evropskih akreditiranih združenj posameznih psihoterapevtskih pristopov;
- magistrsko diplomo psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana);
- magistrski študij ali program izpopolnjevanja iz relacijske družinske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani z zaključenim stažem iz relacijske družinske terapije v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije;
- naziv psihoterapevt, ki ga podeljuje Združenje psihoterapevtov Slovenije;
- specialistično diplomo iz psihoterapije EFPA za psihologe;
- diplomo na dodiplomskem ali podiplomskem študiju psihosocialne pomoči na Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici.

## Vabilo za včlanitev v Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje

Vse, ki že delujete samostojno kot psihoterapevti ali svetovalci in tisti, ki ste še edukanti in že delate pod supervizijo, vabljeni v naše vrste. Z združevanjem delujočih psihoterapevtov in svetovalcev bomo oblikovali urejen in pregleden psihoterapevtski prostor, v katerega bomo vnesli strokovno, etično in transparentno delo psihoterapevtov in svetovalcev, ki se bodo pripravljene prostovoljno podrediti častnemu razsodišču v primeru morebitne pritožbe na njihovo delo. To je garancija tudi klientom, da lahko zaupajo v strokovno in etično neoporečno delo izbranega izvajalca kot člana Združenja.

Vzpostavitvi delovanja Združenja bo namenjeno posebno strokovno srečanje v prvi polovici februarja 2017, kjer bomo detajlno predstavili idejo Združenja, njegove cilje in vzajemne koristi vseh sodelujočih v Združenju kot win-win situacijo. Predstavili pa bomo tudi nadaljnje aktivnosti za izvolitev organov Združenja in način kandidiranja za posamezne zadolžitve. Želimo, da je to Združenje naše skupno, kjer bomo soodločali in delovali vsi po vnaprej konsenzualno določenih pravilih. Morebitno članstvo v drugih strokovnih združenjih ni ovira. Poudarek našega združevanja je na zagotavljanju pogojev za neposredno delo, vzpostavitvi mreže psihoterapevtov in svetovalcev, ki jo bomo tvorili člani sami. Z mreženjem in ozaveščanjem ljudi bomo znatno zmanjšali delo šarlatanom, ljudem pa olajšali iskanje strokovnih in kredibilnih izvajalcev.

### Zaključek

Čas je za aktivno državljanstvo. Kaj pomeni ta besedna zveza? To, da ob neurejenem stanju v našem psihoterapevtskem prostoru ne le tarnamo in kritiziramo, pač pa, da kot ozaveščeni in odgovorni posamezniki, kot civilna družba in kot strokovna asociacija podobno mislečih prevzamemo iniciativo in se v okviru dopustnega samoorganiziramo v novo ustanovljenem Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje.  
DOBRODOŠLI!







---

Irena KOSOVEL, Irma HUS

***O ustanovitvi »zbornice« psihoterapevtov in svetovalcev :  
Intervju z Ireno Kosovel***

***About the establishment of the »Chamber of psychotherapists and counselors«: Interview with Irena Kosovel***

Znotraj zdravstva psihoterapijo lahko opravljajo klinični psihologi in psihiatri, zunaj zdravstva pa se po sedanji ureditvi za psihoterapevta lahko okliče kdorkoli, ne glede na to ali ima za sabo sploh kakšno edukacijo. V novem združenju želijo vzpostaviti enotno evidenco delujočih psihoterapevtov in psihoterapevtskih pristopov, ki naj bi zmedo vsaj deloma odpravila.

Irena Kosovel je bila v letih 2006 do 2010 predsednica delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri ministrstvu za zdravje. Zakon je leta 2010 obležal v predalu, delovna skupina je prekinila z delovanjem. Trenutno ministrstvo za zdravje oblikuje novo delovno skupino, ki bo zadolžena za pripravo predloga normativne ureditve področja psihoterapije v Sloveniji.



(Foto: Anže Petkovšek)

V zadnjem času se v medijih precej poroča o neurejenem področju psihoterapije v Sloveniji. A pri ministrstvu za zdravje pravijo, da to ne drži ali vsaj ne povsem, saj je področje zakonsko urejeno v okviru zakona o zdravstveni dejavnosti. V čem je težava?

Začne se že s tem, da imajo tako mnenje. Če bi se bolj zavedali problematike, bi kaj naredili. A se je dejansko ne zavedajo v polni meri. Izhajajo iz stališča, da je psihoterapija metoda zdravljenja, ki jo izvajajo klinični psihologi in psihiatri, a to je že daleč preseženo stanje. Če pogledate zakon, v njem ne boste zasledili besede psihoterapija. Vztrajajo pri tej ureditvi, kot da psihoterapevtov izven zdravstva ni. A življenje je šlo svojo pot, oblikovala so se različna združenja, različne oblike edukacije in različni psihoterapevtski pristopi. Vsi ti pristopi imajo povezave z mednarodnim prostorom, od koder tudi pridobivajo strokovnjake, predavatelje in z njihovo pomočjo izobražujejo slovenske edukante.

### **Kolikšen delež psihoterapije se v Sloveniji izvaja v okviru zdravstva in kolikšen zunaj njega?**

To je zelo težko reči, popolnih podatkov v resnici nimamo. Težko je priti že do podatka o vseh združenjih oz. asociacijah, ki se ukvarjajo s psihoterapijo. Kaj šele, da bi natančno vedeli, koliko ljudi izvaja psihoterapijo izven zdravstva. Vsekakor pa se večji delež opravlja izven zdravstva.

### **Kaj to pomeni za ljudi, ki se poslužujejo psihoterapevtskih storitev?**

Veliko zmedo. Vzbuja dvom, kaj je tisto, kar zares koristi. Zdravstvo ima v tem oziru prednost. Zdravnikom, kliničnim psihologom, ki delujejo v okviru zdravstva, ljudje a priori zaupamo, medtem ko je pri raznih oblikah psihoterapije izven zdravstva laikom težko presoјati, kaj je v redu. Tudi zato je potrebno, da država, ki je pristojna za normiranje družbenih procesov, reče, kdo je lahko psihoterapevt, kakšne pogoje mora izpolnjevati, kakšno edukacijo mora imeti in kakšne kompetence mora doseči.

Na tak način bodo tudi že uveljavljeni psihoterapevtski pristopi vedeli, kaj morebiti morajo še vgraditi v svoj edukacijski program. To je smisel naših prizadevanj, o tem razmišljamo. Delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti je postavila kriterije, upošteva je stanje v Sloveniji in tudi v mednarodnem prostoru. Ne odkrivamo nič novega, zgleđujemo se po mednarodnem prostoru. Že to, da so različni pristopi povezani z istovrstnimi v tujini, je pot, po kateri prihajajo v slovenski prostor določena, že uveljavljena pravila in načini organiziranosti delovanja in izobraževanja. Ena od podlag je Štrassbourška deklaracija o psihoterapiji kot platforma, ki daje osnovna izhodišča za ureditev psihoterapije. Po njej je psihoterapija znanstveno utemeljena disciplina in samostojen poklic, ki obsega tri stebre edukacije, to je teorijo, supervizirano prakso in lastno psihoterapevtsko izkušnjo. Dovoljeno je mnoštvo pristopov, ne le npr. psihoanalitični ali vedenjsko-kognitivni, saj mnoge raziskave potrjujejo, da bolj kot teorija, ki je v ozadju posameznega pristopa, deluje terapevtski odnos.

### **Kako so pacienti oz. klienti v takšnem sistemu zaščiteni?**

V zdravstvenem sistemu pacienta ščiti ureditev po zakonu o pacientovih pravicah, izven njega pa le splošna civilnopravna ureditev, npr. tožba v civilnem postopku.

## **Kaj daje garancijo uporabniku, da je nek pristop, za katerega se odloča, učinkovit?**

Rekla bi, da posamezna združenja, ki psihoterapevte izobražujejo, stojijo za svojim izobraževanjem, predvsem pa je za svoje delo odgovoren psihoterapevt sam. Polne garancije ni.

## **Beseda terapija govori o tem, da gre za zdravljenje, v primeru psihoterapije za zdravljenje duše oz. psihe, kar gre v prid urejanju področja znotraj zdravstva. Kako je v tujini?**

Ko smo pripravljali zakon, smo imeli različne primerjalne študije različnih ureditev v Evropi. Te študije so sedaj stare deset in več let, od takrat se je marsikaj spremenilo, razlike med posameznimi ureditvami so bile. Psihoterapija deluje tako znotraj zdravstva kot zunaj njega, obstajajo rešitve, kjer se s psihoterapijo ukvarjajo samo zdravniki in klinični psihologi oz. psihologi in rešitve, kjer so psihoterapevti samostojen poklicni profil. V okviru Kolegija treh fakultet smo se odločili, da bomo na novo izdelali analizo tujih ureditev, da posodobimo podatke, ki jih imamo izpred nekaj let, ter organiziramo kongres na temo normativne ureditve psihoterapije v svetu. Želimo vedeti, kaj se dejansko dogaja, saj se tovrstni podatki velikokrat zlorablajo. Ljudje, ki hočejo nekaj dokazati, izpostavljajo le tiste podatke, ki njim ustrezajo. Poleg tega ne poznamo vsi vsega in običajno je tako, da se sklicujemo na tisto, kar bolj poznamo. Potrebno je izvesti objektivno analizo in se nasloniti nanjo. To je naša želja. Želimo biti prepričani v to, kar zagovarjamo.

## **V preteklosti so že bili poskusi, da bi se to področje drugače uredilo. Vi ste bili predsednica posebne delovne skupine pri ministrstvu za zdravje, ki je v letih 2006 do 2010 pripravljala osnutek zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Zakaj zakon takrat ni bil sprejet?**

Bili smo v fazi, ko naj bi šel zakon v medresorsko usklajevanje. Tedaj je prišel nov minister in postavil nove prioritete dela ministrstva, tako je ta zakon, kakor tudi zakon o psihološki dejavnosti, izvzel iz programa dela vlade. Oba zakona sta bila predvidena za obravnavo v decembru 2010. Člani delovne skupine smo dobili obvestilo, da se prekinja z delom, ker zakon ni prioriteta ministrstva za zdravje. Tu se je zadeva na ministrstvu ustavila in tu smo še danes. S strani delovne skupine kot tudi Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS) in Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (SKZP) so prizadevanja za zakon tekla ves čas, še najdlje smo prišli pri ministru Gantarju, ki nas je tudi sprejel. A stališče ministrstva je bilo, da ne rabimo samostojnega zakona, da se bo področje uredilo znotraj zakona o zdravstveni dejavnosti.

## **ZPS in SKZP, ki v mnogočem stojita na nasprotnih bregovih, sta takrat dosegli nek sporazum, konsenz ...**

Potrebno je nekoliko poznati zgodovino razvoja psihoterapije v slovenskem prostoru, da lažje razumemo razmere. ZPS je naslednik medicinskega društva in sicer sekcije za psihoterapijo, iz katere se je formiralo samostojno združenje za psihoterapijo. Znotraj združenja so se povezali prvi psihoterapevti, ki so začeli delovati že konec 60-ih in

v 70-ih letih in so izobraževali svoje naslednike - mlajše generacije v 80-ih in 90-ih letih. Prav slednji so še vedno ključni akterji znotraj ZPS. Praviloma so zdravniki oz. psihologi in prav slednji so v svojem združenju uvedli psihoterapevtsko izobraževanje zunanjih, nemedicinskih in nepsiholoških profilov. Zato smo tudi taki, kot sem jaz, ki sem po osnovnem poklicu pravnik, lahko prišli v edukacijo iz psihoterapije. Prav ti strokovnjaki znotraj ZPS so v Sloveniji odprli prostor in si tudi ves čas prizadevali, da bi psihoterapevti lahko izšli iz različnih predhodnih izobrazb. V letu 1998 se je formirala SKZP kot zveza različnih psihoterapevtskih društev različnih psihoterapevtskih pristopov. ZPS jim je očitala, da so neprofesionalni in neakademski. Od tod odklonilno stališče, ki intimno obstaja še danes. Delovna skupina za zakon je bila prva velika prelomnica v sodelovanju obeh strani, ki je rodila konsenz v pogledu na ureditev psihoterapije na Slovenskem.

### **S kakšnimi argumenti je bila psihoterapija odprta drugim profilom?**

To je spoznanje, da je psihoterapija takšno področje delovanja, za katerega ne potrebujemo nujno zdravniške ali psihološke edukacije. Posamezna področja iz psihologije, kot so psihologija osebnosti ali razvojna psihologija itd. ali psihopatologija iz psihiatrije, so nujno potrebne teoretične podlage, na katerih gradi svoj način delovanja tudi psihoterapija. Niso pa edine, ker je že paradigma delovanja psihoterapije drugačna kot je zdravniška. Zdravnik se osredotoča na simptom in ga skuša z zdravljenjem odpraviti, psihoterapevt pa skuša dojeti človeka v celoti, z vso njegovo problematiko in bolečino. Poskuša razumeti, kaj se z njim dogaja, povezuje njegovo stisko s trenutnim dogajanjem in specifičnostmi njegove geneze. Zanima ga, kako funkcionira, kakšne življenjske izkušnje ima in kaj ga je v življenju zaznamovalo. Ne gre nujno za to, da je v ozadju huda patologija. Lahko gre za trenutne stiske, preobremenitve, izgorelosti, morda izgube, npr. službe, zdravja, bližnjega. To so vse obremenjujoča dogajanja, ki ustvarjajo stisko. Včasih je dovolj, da človek živi z zelo rigidnimi, zamejenimi življenjskimi vzorci, zaradi katerih se težko prebija skozi življenje. Življenje je pokazalo, da je potreba po psihoterapiji bistveno večja od tega, kar zajame s svojim delovanjem medicinski krog strokovnjakov.

### **Pa vendar, mediji so poročali o primerih, ko so ljudje obiskovali neke terapije zunaj zdravstva, a se jim je zdravstveno stanje tako poslabšalo, da so na koncu pristali na psihiatriji ...**

Verjetno so takšni primeri in korektno bi jih bilo na ustrezen način identificirati, saj sicer meče slabo luč na vse. So pa tudi obrnjene situacije. Tudi k psihoterapevtom prihajajo ljudje, ki so dolgoletni psihiatrični bolniki. V vsem tem dolgem obdobju znotraj zdravstva niso imeli priložnosti, da bi se kdo z njimi pogovarjal po človeško, pogledal genezo njihove bolezni skozi prizmo družinske dinamike, ki stalno generira nevralgicne točke, te pa pogojujejo težave. Ti primeri gredo v obe smeri.

### **Kdo so šarlatani, o katerih se je v teh kontekstih pisalo?**

Ne vem. Veliko se govori o šarlatanih. Jaz osebno nimam izkušnje s takimi ljudmi. Gotovo obstajajo. Drugače o tem ne bi govorili. Vendarle moramo izhajati iz tega, da je populacija psihoterapevtov, ki se pojavlja izven zdravstvenega kroga relativno dobro educirana, saj gre skozi obsežne izobraževalne programe. Mnogi so se šolali znotraj

strokovnih združenj, ki imajo tradicijo in imajo znanje, ki ga posredujejo edukantom. Morda je to znanje včasih parcialno, nimajo širine, ampak znanja so. Ko se pogovarjam s psihoterapevti različnih pristopov, vidim, da ljudje vedo, kaj delajo. Pa niso psihiatri in psihologi. Morda nimajo dovolj izkušenj ali znanja s področja psihopatologije ali iz vsebin s področja psihologije, a ravno zato, da se ti dvomi razblinijo, bi morali najbolj kompetentni ljudje v tej državi povedati, kakšen je nabor znanja, ki ga mora psihoterapevt res obvladati.

Poleg teoretskega znanja mora vsak terapevt skozi lastno osebno izkušnjo, da lahko prepozna svoje lastno odzivanje na pacienta/klienta in da v terapevtskem odnosu loči, kaj je njegov in kaj pacientov delež. To pomeni, da ne projicira svojih stisk, nepredelanih travm v pacienta. To je zelo pomembno. In, kar jaz vidim, pa morda v našem strokovnem prostoru ni dovolj poudarjeno, je, da morajo imeti terapevti stalno supervizijo. Vsi imamo sive pege, še tako dobri strokovnjaki. So situacije, kjer sami ne prepoznamo lastne udeležbe, zato je zelo pomembno, da supervizorju predstaviš, kaj se v terapiji dogaja. Nekdo, ki od zunaj opazuje odnos in ni udeležen v odnosu psihoterapevt-pacient, lažje zazna, v katero smer proces teče. Supervizija je ena od varovalk za kvalitetno delo psihoterapevta, ki je ljudje, ki delajo v zdravstvu, pogosto nimajo, ker se zdi, da je že sama medicinska stroka garant za kvaliteto dela.

Šarlatani, ki so bili v teh prispevkih omenjeni, so najbrž osebe, ki resnično nimajo nobene uspešno zaključene edukacije znotraj posameznih strokovnih združenj, a se vseeno proglašajo za psihoterapevte.

### **Ali to pomeni, da tudi v zdravstvu psihoterapijo delajo ljudje, ki nimajo psihoterapevtske izobrazbe?**

Seveda. Kaj pa sploh je ustrezna edukacija? Ne vemo, ker je nismo predpisali. Predpisana je znotraj posameznih združenj, ki delajo po svojih internih pravilih. Tudi psihiatri nimajo psihoterapevtske izobrazbe, če se posebej niso šolali za to v strokovnih društvih. Včasih so imeli v okviru psihiatrične specializacije enoletni študij iz psihoterapije na Medicinski fakulteti, ki so ga kot obveznega že pred leti ukinili in so število ur, namenjenih psihoterapiji, zreducirali. To pa seveda ne pomeni, da ni v zdravstvu mnogo kvalitetnih, predanih strokovnjakov, ki so z dolgoletno prakso pridobili bogata znanja za delo z osebami z duševnimi motnjami oz. v duševni stiski.

### **Če se vrneva k zakonu, ki ste ga pripravljali, kakšno strinjanje je že bilo doseženo med ZPS in SKZP?**

Takrat smo se dogovorili, da bi vso edukacijo za psihoterapijo strnili v okvir specializacije v zdravstvu, s tem, da bi razširili možnost vključitve v specializacijo tudi zunanjim kandidatom, torej širše kot to ureja pravilnik o specializaciji zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Rekli smo, da lahko specializacijo iz psihoterapije pod določenimi pogoji opravljajo tudi volonterji – samoplačniki, saj se pri zdravniških specializacijah po navadi zatakne pri plačilu, ki bremeni zdravstvene zavode.

Edukacijo iz psihoterapije smo želeli umestiti v obstoječ sistem s čim manj pretresi. Rešitev smo videli v tem, da postane psihoterapevt tretji poklicni profil, ob psihiatru in kliničnem psihologu, ki ima visoko izobrazbo in specializacijo. Postavili smo pogoj, da

morajo tisti, ki nimajo znanja iz psihopatologije in posameznih področij iz psihologije, kot pogoj za vpis na specializacijo, opraviti enoletni uvodni študij iz predpisanih vsebin. Ob vsem tem smo še določili, da se ob vstopu v specializacijo, že dosežena znanja upošteva, s čemer bi upoštevali vsa že dosežena relevantna znanja v predhodnem obdobju.

### **Kakšno je stanje danes?**

Aktivnosti so bile v letu 2016 živahne, najprej sta se ZPS in SKZP dogovorili za Memorandum, poleti smo ustanovili Kolegij fakultet, ki si je zadal za cilj obsežen program aktivnosti. Eden od njih je bil posvet na temo normativne ureditve psihoterapije v Državnem svetu oktobra 2016, kjer je bilo dogovorjeno, da bodo poslanci dali pobudo Odboru za zdravje v Državnem zboru za sklic nujne seje, na kateri se bo razpravljalo o tej problematiki. Na odboru so poslanci sprejeli sklep, da se ministrstvu za zdravje priporoči, naj skliče oz oblikuje delovno skupino za zakon, kar se je dejansko zgodilo. Ministrstvo je povabilo k sodelovanju večino akterjev na področju psihoterapije ter oba razširjena strokovna kolegija, za psihiatrijo in klinično psihologijo. Na odboru za zdravje sem prvič slišala, kako ozko, preživeto stališče imajo uradni predstavniki psihiatrične in klinično-psihološke stroke do psihoterapije ter kako ozko, sovražno, napadalno in izključevalno držo imajo do akademske sfere.

### **Kaj to pomeni, da imamo sedaj poleg ZPS in SKZP še tretjega akterja, fakultete?**

ZPS in SKZP sta povezani z memorandumom o sodelovanju na področju normativne ureditve psihoterapije, Kolegij fakultet pa se je povezal iz potrebe po sodelovanju, ker niso slišani, videni, čeprav imajo šole in programe, ki so akreditirani.

### **Zakaj enostavno ne potegneta starega zakona iz predala?**

Lahko bi ga, če bi ga ažurirali na današnje stanje, saj je današnje stanje drugačno kot pred desetimi leti. Takrat smo izhajali iz situacije, ko je tekla edukacija iz psihoterapije predvsem kot študij za drugi poklic. Predvidevali smo, da bo potekal študij psihoterapije v okviru sistema zdravniških specializacij, ki predvideva že doseženo akademsko izobrazbo, poleg psihološke in zdravniške je bila dopuščena tudi druga, predvsem humanistična in družboslovna smer. Danes je akademizacija psihoterapije že zelo razpoznavna. Imamo že tri fakultete, ki so v slovenski prostor pripeljale že nekaj generacij diplomantov.

### **Dva očitka se pogosto pojavljata ob tem. Da so ti diplomanti premladi ter da 3 plus 2 leti, kolikor traja bolonjski študij, ni enako 4 ali 5 (dodiplomski študij) plus 4 (specializacija) ...**

Vsi se potegujemo za samostojen poklic psihoterapevta. Samostojen poklic pa praviloma dosežemo skozi dodiplomski študijski proces, po verificiranem programu, ki je javno priznan, kar dokazuješ z diplomo kot javno listino. To je nekaj, kar je v tem svetu normalno. To velja za vsak poklic, ne vem zakaj bi bilo pri psihoterapevkih drugače. Ne nazadnje gredo tudi zdravniki in psihologi v študij po srednji šoli, do samostojnega dela pa je še zelo, daleč. Res pa je, da gre pri psihoterapiji za poklic, ki se



je razvijal po specifični poti iz poklicnega profila psihiatra in kliničnega psihologa, se iz njiju izdvojil, ločil in zaživel samostojno življenje. To razvojno pot je treba prepoznati kot realnost in jo upoštevati, časa nazaj pa ni mogoče zavrteti.

Pa še nekaj je pomembno, potrebno je ločiti zaključeno edukacijo in pridobitev licence za izvajanje psihoterapije. Tu imamo manevrski prostor, da zreguliramo morebitne pomanjkljivosti, ki bi jih zgodnji študij lahko prinesel. A obstajajo raziskave, ki govorijo v prid takemu študiju. Jutta Fiegl, dekanica fakultete za psihoterapijo na Univerzi Sigmunda Freuda na Dunaju, je napisala knjigo o empiričnih raziskavah o neposrednem akademskem študiju, v kateri ugotavlja, da je za dobro delo psihoterapevta marsikaj bolj pomembno kot samo starost psihoterapevta.

**Pa vendar imamo na eni strani kliničnega psihologa, ki ima fakultetno izobrazbo, specializacijo iz klinične psihologije in zraven še psihoterapevtsko edukacijo, na drugi strani pa človeka, ki gre direktno v študij psihoterapije po gimnaziji. Poleg tega imajo različne psihoterapevtske šole različno obsežne edukacije in kriterije, ki jih mora edukant izpolnjevati, preden lahko začne z delom. Kako naj se nekdo, ki išče psihoterapijo zase ali za svojo družino znajde v vsej tej „ponudbi«?**

Resnično težko, a to je prehodna faza. Ta situacija o izobrazbi kliničnega psihologa govori dvoje, da klinični psiholog nima dovolj znanja iz psihoterapije, če se ob specializaciji iz klinične psihologije dodatno educira iz enega od psihoterapevtskih pristopov, in da bo ta dvojnost s sprejetjem normativne ureditve psihoterapije odpadla, ker ne bo potreben študij za drugi poklic, kot je bil do sedaj, v prehodni in razvojni fazi uveljavljanja psihoterapije kot samostojne vede in poklica. V kolegiju smo razmišljali o tem, kako to zatečeno stanje vsaj do neke mere urediti čim prej. Odločili smo se, da bomo organizirali posebno združenje, ki bo povezovalo delujoče psihoterapevte, ne glede na psihoterapevtski pristop. Vzpostavili bomo javno dostopno evidenco delujočih psihoterapevtov, ki se bodo predstavili skupaj s psihoterapevtskimi pristopi. Tako bo vsakdo dobil kompletno, relevantno informacijo o posameznem psihoterapevtskem pristopu in terapevtih, ki ga izvajajo in to na enem (spletnem) mestu. Odločitev pa bo seveda še vedno stvar vsakega posameznika. Svoje naredi seveda tudi glas, ki se širi od ust do ust.

### **Za kakšno združenje gre?**

Gre za Slovensko združenje psihoterapevtov in svetovalcev, v katerega želimo vključiti delujoče psihoterapevte različnih psihoterapevtskih pristopov, ki izpolnjujejo minimalne kriterije, kot so: da imajo eno od pravno formalnih organizacijskih oblik delovanja, kot je s. p., zavod, društvo ali d. o. o., da lahko kot pravni subjekti sploh nastopajo na trgu, da imajo visoko izobrazbo in zaključen program edukacije iz psihoterapevtskega pristopa, za katerim stoji uveljavljeno strokovno psihoterapevtsko društvo, lastno osebno izkušnjo in opravljen določen obseg supervizirane prakse s pacienti/klienti. Pri tem so upoštevani količinski kriteriji po predlogu zakona. Izhajamo iz prepričanja, da psihoterapevti, ki so vse to opravili, torej pridobili določena teoretska znanja, prakso in opravili delo na sebi, izkazujejo kompetentnost za delo, ne glede na to, kateremu psihoterapevtskemu pristopu pripadajo.

Realno gledano zakona verjetno še dolgo ne bo, a življenje teče dalje, zato je v tem prehodnem obdobju, tukaj in sedaj, potrebno področje urediti, kolikor je le mogoče. Gre za to, da se civilna družba organizira sama, če mati država zaspi.

### **Zakaj to ne bo le še eno od združenj, ki jih je kar nekaj. Zakaj bi imeli psihoterapevti, predvsem tisti, ki že delujejo pod okvirom SKZP in ZPS, interes, da se vključijo?**

Zato, ker je motiv ustanovitve povsem drugačen. V posameznih društvih se povezujejo psihoterapevti enega pristopa in ozko v svojem krogu organizirajo razna izobraževanja in usposabljanja. Mi želimo ta okvir preseči in združiti delujoče psihoterapevte, ki izvajajo psihoterapijo po pravilih svojega združenja in zraven izpolnjujejo še minimalne kriterije, kot so visoka izobrazba, lastna osebna izkušnja, supervizirana praksa ter ne nazadnje spoštovanje etičnih kriterijev za delo.

Človek, ki dela strokovno korektno in etično in verjame v svoje delo, se bo v primeru pritožb brez pomisleka pripravljen podvreči obravnavi Častnega razsodišča. Že dejstvo, da je pripravljen delati transparentno, vzbuja določeno kredibilnost. Želimo si, da bi vključenost v združenje pomenila znak kakovosti, zato ni pomembno, iz katerega pristopa psihoterapevt prihaja. Združenje vidimo kot nekakšen zametek zbornice, ki bi po zakonu enkrat morda lahko nastala.

### **Vabite tudi uporabnike ...**

Da, ker je eden od ciljev društva odpreti vrata tudi njim. Želimo vzpostaviti pregledno in javno dostopno evidenco delujočih psihoterapevtov in svetovalcev s transparentnimi informacijami, ker nam je mar za ljudi. Predstavniki uporabnikov so prvi glas, ki bo povedal, ali je nekaj v redu ali ni. Zato takšna povezava, ki je v obstoječi zdravstveni organiziranosti ne boste srečali. Poleg temeljite evidence je drugi cilj permanentna edukacija, za utrjevanje poklicnega profila psihoterapevta. Ocenjujemo, da se bo vključilo veliko mladih, oni so tisti, ki so izstreljeni v ta prostor in jim manjka podpore, prakse, izkušenj ter stalnega izobraževanja. Za najbolj zahtevne funkcije v združenju je pogoj deset let delovanja v psihoterapiji.

### **Koga ste že privabili zraven?**

Že kar nekaj združenj je sodelovalo na naših srečanjih, da bi se seznanili s cilji novega združenja in vključitev priporočili svojim članom, predvsem pa so za vključitev zainteresirani posamezniki. Mislim, da bomo člane pridobili z dobrim delovanjem in cilji, ki jih zasledujemo. Sem optimist.

### **V ozadju je verjetno ves čas tudi vprašanje dostopnosti in financiranja psihoterapije?**

Vsekakor bi zakon, če bi bil sprejet, dal podlago tudi za to, da bi se lahko vsaj nekaj psihoterapevtske pomoči financiralo iz zdravstvenih zavarovalnic. V povezavi s tem seveda obstaja strah, kdo vse bi lahko „napadel« zdravstveno blagajno. Tudi zato je potrebno doreči, kaj je psihoterapija, kdo je do nje upravičen in kdo ima prioriteto. Druge države imajo to različno urejeno, ponekod je tako, da se plača določena kvota ur,

drugje se ure subvencionirajo. Kam bo šel razvoj pri nas, je težko reči. Je pa cilj, da se to vprašanje odpre in razreši v maksimalno korist ljudi.

### **Rekli ste že, da v svetu obstajajo različne ureditve. Komu smo najbolj podobni in kam se pomikamo?**

Težko je reči, komu smo podobni, ker so pri nas razmere tako zelo neurejene. Krog ljudi, ki delujemo v okviru Kolegija, se zavzema za psihoterapevta kot samostojen poklicni profil, za dostopnost psihoterapije in za širšo ureditev, ki bo presegla okvire zdravstva in zapolnila potrebe po psihoterapevtskih in svetovalnih storitvah tudi v širšem družbenem okolju. Žal lahko iz dogajanja prav v tiskanih medijih v zadnjih mesecih ugotovimo, da se ob rob uveljavljanju akademizacije psihoterapije in svetovanja pojavljajo stališča o zapiranju psihoterapije v okvir zdravstva, predvsem v delokrog kliničnih psihologov in psihiatrov.

## **Opombe**

<sup>1</sup> Irena Kosovel, pravnica, družinska mediatorica in psihoterapevtka.

Intervju z naslovom *Ustanavljajo »zbornico« psihoterapevtov* je bil objavljen v spletnem časopisu *Žurnal* 19. 3. 2017 <http://www.zurnal24.si/sedanja-ureditev-pomeni-velikozmedo-clanek-287201>



MiranMOŽINA

**Študent psihoterapije naj bo<sup>1</sup>***Let Him Be a Student of Psychotherapy*

V aprilski številki Ampak leta 2006 je bil objavljen intervju Janka Bohaka z rektorjem privatne Univerze Sigmunda Freuda (USF) iz Dunaja ([www.sfu.ac.at](http://www.sfu.ac.at)) prof. dr. Alfredom Pritzem. Kot prvi na svetu so jeseni 2005 odprli možnost študija psihoterapije takoj po maturi po sodobnem bolonjskem tristopenjskem programu (tri leta prva, dve leti druga, dve leti tretja stopnja) in pod isto streho ponudili veliko različnih psihoterapevtskih pristopov (npr. psihoanalizo, sistemski družinski pristop, geštalt, logoterapijo, transakcijsko analizo idr.). Glavni povod za objavo intervjuja je bil začetek fakultetnega študija psihoterapije v sodelovanju z USF v Sloveniji oktobra 2006, ki smo ga takrat navezali na študij propedeutike v okviru Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. V tem članku podajam nekaj utrinkov, ki niso samo informativni, ampak posredujejo tudi nekaj duha našega projekta.

Odločil sem se, da bo prikaz oseben, saj je to največji in najzahtevnejši projekt, ki sem ga do zdaj vodil v življenju, tako da se v njem temeljito brusim tudi kot oseba ne samo kot strokovnjak. Ko sem se jeseni 2005 praktično brez pomišljanja odločil za ta veliki izziv, mi je prof. Pritz v svojem značilnem navihanem in hkrati resnem tonu dejal: »Miran, to ni projekt, s katerim boš postal priljubljen. To bo trening asertivnosti, saj se boš moral neprestano soočati tudi z bolj ali manj odkritim nasprotovanjem.« Prav je imel. Bilo je in še vedno je precej bolj zahtevno, kot sem si predstavljal na začetku, a mi ni žal, kljub temu da sem lani spomladi doživel nekajmesečno najhujšo krizo v svojem življenju. Poleti 2006 sem za revijo Dialogi napisal članek Slovenska psihoterapija na prelomnici, kjer sem med drugim poln začetnega entuziazma predstavil tudi projekt fakultetnega študija psihoterapije. Lani spomladi pa se mi je utrnila misel – ne vem, če je slovenska psihoterapija v zadnjih letih doživela prelomnico, vsekakor sem jo pa jaz. In to tako, da v mojem življenju ni nič več tako, kot je bilo prej.

In kaj je drugače? Postal sem bolj miren, bolj sam svoj in hkrati bolj povezan z ljudmi, ki me imajo radi oz. so mi naklonjeni, s katerimi lahko dobro sodelujem in se tudi družim. Prijeten trenutek mirne izpolnjenosti in ponosa sem doživel pred kratkim, 23. maja na Dunaju, ko je prvih sedem študentk in en študent psihoterapije diplomiralo na USF, saj so uspešno opravili diplomski izpit na prvi stopnji. Pridobili so naziv bakalavreus oz. bakalavrea psihoterapevske znanosti. Vsi so najprej študirali propedeutiko in nato dopolnili svoj študij z vsebinami tretjega letnika.

V šolskem letu 2008/9 smo celoten projekt vpeli v novo ustanovljeni Slovenski inštitut za psihoterapijo ([www.psihoterapija-institut.si](http://www.psihoterapija-institut.si)). Ta trenutek je vpisanih 118 študentov (78 študentov

<sup>1</sup>Članek je bil objavljen v poletni dvojni številki revije Ampak (2009) pod naslovom Študent psihiatrije naj bo! Žal sem zvedel za to napako šele potem, ko je šla revija v tisk.

Zamenjevanje psihoterapije in psihiatrije med laiki je še vedno zelo pogosto. Pred par leti je novinarka Večera prišla na Roglo na Študijske dneve Slovenske krovne zveze za psihoterapijo in nato napisala kratko poročilo pod naslovom Študijski dnevi Slovenske krovne zveze za psihiatrijo. Tako se vedno znova znajdem na začetku, ko moram ljudem razlagati temeljne razlike med psihoterapijo, psihiatrijo in psihologijo. Naš študij psihoterapije zato utira pot v javno mnenje tudi v tem čisto temeljnem smislu razlikovanja in je pomemben za uveljavljanje psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomnega akademskega področja.

MAG.MIRANMOŽINA,DR.MED.,PSIHATERINPSIHOTERAPEVT,SLOVENSKIINŠTITUTZAPSIHOTERAPIJO,TRGMDBsLJUBLJANA,MIRAN.MOZINA@GUESTARNES.SI

psihoterapije v treh letnikih, od teh je 18 maturantov, in 40 študentov propedeutike v dveh letnikih). Seveda kot v vseh pomagajočih poklicih prevladujejo ženske (moških je 26 - 22 na fakultetnem študiju, 4 na propedeutiki). Študij propedeutike, ki traja dve leti in je vsebinsko usklajen s prvima dvema letnikoma fakultetnega študija, je namenjen tistim, ki želijo po njem nadaljevati s specialnim študijem psihoterapije v določenem psihoterapevtskem pristopu po neakademski poti v raznih društvih in inštitutih. Fakultetni študentje pa izberejo enega od možnih psihoterapevtskih pristopov v tretjem letniku prve stopnje in z njim nadaljujejo na drugi. Predavanja, seminarji in vaje na fakultetnem študiju potekajo delno v Ljubljani, delno na Dunaju, iz propedeutike pa samo v Ljubljani. Za študij psihoterapije je vstopni pogoj matura, za propedeutiko pa univerzitetna izobrazba.

## Ganjen na brucovanju študentov psihoterapije

7. marca letos so študentje drugega letnika pripravili brucovanje. Kot na prvem pred letom dni sem bil prijetno presenečen, kako skrbno so pripravili program. Nastopajoči so uspeli povezati šaljive z resnimi toni, skeče in trenutke, ko smo prišli v stik z zahtevnostjo našega projekta oz. šole, ki si počasi ustvarja prostor pod slovenskim soncem. Študent tretjega letnika mag. Igor Okorn je napisal Zgodbo o šoli, ki jo je prebral ob svečah in s katero me je prav ganil:

*»Nekega hladnega jesenskega jutra so se odprla vrata stavbe, ki je spominjala na staro šolo. Vonj, ki se je širil po hodnikih, je bil takšen, kot da bi v njej še pred nedavnim kuhali šolska kosila in malice. Enak je bil občutek fanta, ki je po toliko letih ponovno sedel v zadnjo šolsko klopo. Spomnil se je, kako ga je mati pred davnimi leti pripeljala v prvi razred v prav takšno učilnico. Poln upov in pričakovanj je fant sedel v šolsko klopo z željo, da čim prej izve in se nauči čim več. Da nadomesti vse zamujene ure, dneve in leta, ko ni mogel sedeti v teh klopeh in ni imel možnosti hoditi v takšno šolo.*

*Ker to ni bila čisto navadna šola. Bila je posebna šola. Fantu so se zdeli učitelji, učiteljice in učenci prav posebni. Mislil si je: 'Končno sem prišel nekam, kjer me bodo razumeli in tudi jaz bom lahko razumel njih.'*

*Z občudovanjem je fant gledal na tiste, za katere so mu povedali, da so se spomnili ustanoviti takšno šolo. V njegovih očeh so bili pravi heroji. Sam je pomislil: 'Res so pogumni, vztrajni, izkušeni in modri, da so se lotili tega. In toliko vedo o tem, kaj pomeni biti človek.'*

*Fant se je počutil neobgljenega in odločil se je, da se kar prepusti poslušanju in učenju. Vse ga je zanimalo in veliko je spraševal. Vedno bolj je spoznaval šolo, učence, učitelje in tudi tiste, ki so bili 'očetje' šole. Več je videl, bolj se je počutil del te posebne šole.*

*A vendarle je včasih šlo kaj tudi drugače, kot bi si fant želel. Kot da bi se za trenutek zazdelo, da ta šola sploh ni takšna, kakršno so mu obljubili in takrat je pomislil, da tudi 'očetje' šole niso tako močni, pametni in pogumni, kot se mu je zdelo na začetku.*

*A odločil se je, da vztraja. Vztraja tako, kot je čutil, da so vztrajali tisti, ki so se borili za to, da je ta šola nastala. Da bo pogumen in solidaren, kot so ga učili prav v tej šoli. In vedel je, da so vsi tisti, ki so vztrajali v tej šoli, iskali skupaj z njim pot do sebe, pot do človeka.*

*Fant je verjel, da bo prišel dan, ko bo lahko s sošolci stopil pred vse tiste, ki so skupaj z njim na tej poti in pred tiste, ki so 'očetje' te šole ter jim povedal:*

*'Hvala vam za to, da ste vztrajali in še vztrajate na tej poti. In naj se vam zahvalim tudi v imenu tistih, ki jih ni tukaj z nami, pa ste jim polepšali življenje. Zaradi VAŠE- NAŠE šole.'*«

Igor je eden od mnogih študentov, ki me s svojo predanostjo študiju in človeško držo navdihujejo. Ob njih se krepi občutek, da sodelujemo v nečem, kar ima globok smisel. Igor je magister gradbeništva in ko je oktobra 2006 skupaj s 70 kolegi in kolegicami prve generacije začel s

študijem, je bil direktor podjetja Istrabenz Hoteli Portorož d.o.o. in je vodil prenovo in dozidavo hotela Palace. Od takrat je v njem postopno dozorela odločitev, da bo menjal poklic in se popolnoma posvetil psihoterapiji. Danes zaključuje tretji letnik in pod supervizijo že dela s pacienti. Njegovo odločitev so podprli tudi bližnji in sam pravi, da ima občutek ponovnega rojstva, saj je na gradbeništvu pristal, ker mu ni uspelo priti na medicino. Zdaj pa vidi, da tudi medicina ne bi bila tisto, kar je iskal in zdaj končno našel.

### Študiraj in spremenil se boš

Igorjeva zgodba mi med drugim kaže, kaj zame pomeni šola v pravem pomenu besede. Prava šola zame ni tista, ki temelji na »študiraj in naučil se boš«, ampak na »študiraj in spremenil se boš«. Igor je opisal, da se je v treh letih študija spremenil sam, da so se spremenili kolegi in kolegice. In seveda sem se spremenil tudi sam kot učitelj in spremenili so se naši odnosi: od začetne idealizacije preko razočaranj in treznenj do bolj zrelega, enakopravnega odnosa. Seveda se ti dve temeljni usmeritvi med seboj ne izključujeta, pomembno pa je, na čem je v šoli glavni poudarek. Na zapomnjevanju vedno bolj obsežnih študijskih gradiv, tekmovalnosti, doseganju ciljev, individualizmu ali na spreminjanju samega sebe ob rednem študijskem delu v smeri večje osebne širine, odprtosti srca in sposobnosti za povezovanje jaz z mi.

Verjetno se redko kdo od tistih, ki se vpišejo v naš študij, zaveda, da se bo v letih študija najbolj spremenil on sam. V okviru zahodne miselnosti večinoma delujemo na predpostavki, da medtem ko »jaz« študira knjige, se udeležuje predavanj, se uči teorij in veščin (podobno kot lahko »jaz« prime kladivo in zabije žebelj), pri tem ostaja isti. »Jaz« uporablja znanje in orodja za to, da doseže nek cilj, ne za to, da bi se spremenil. Spremeniti se mora svet, ne pa jaz. Duhovno izročilo vzhoda pa nas opozorja na pasti egocentričnosti, na pomen prakse, vadbe same po sebi, v kateri se najbolj spreminjamo sami in ne toliko tisto, kar v praksi uporabljamo, npr. določeno tehniko in znanja. Vzhodnjaška modrost ima večji poudarek na – spremeni se in svet se bo spremenil. Npr. v zenu obstaja kup zgodb, kjer učitelji opozarjajo učence na pomen vztrajnega in rednega prakticiranja, vadenja samega. Ko učenci sprašujejo, kako doseči razsvetljenje skozi meditacijo, jim učitelji večkrat zabrusijo kaj presenetljivo preprostega, npr. vadiš lahko vsak trenutek, vadiš lahko medtem ko zajtrkuješ, pomivaš posodo, brišeš prah... Ni pomembno, kaj vadiš, ampak kako. Pomembno je, opozarjajo svoje učence, ali si pri tem, kar počneš, prisoten, čuječ, predan, skromen, vztrajen, saj le tako lahko spremeniš sebe, tako da razvijaš svojo sposobnost za stik z vsem, kar te obdaja, da presežeš svojo narcisoidnost. Psihoterapija je v tem smislu bolj podobna vzhodnjaškim duhovnim praksam, ko poudarja – spremeniš lahko le sebe.

Že kot študent sem v načelih visokošolske didaktike prebral, da šola vstane in pade z učiteljem. Torej je pomembno, da se vprašam, ali sem kot vodja projekta, ko npr. sedim na sestankih, in kot učitelj, ko predavam, demonstriram, pa tudi ko odgovarjam na stotine mejlov študentov ali ko berem njihove izpite, tam s celo dušo. Sem predan in v prvi vrsti služim študentom ali pa gre za megalomanski narcisoidni trip, za fakulteto za psihoterapijo MIRANA MOŽINE? Sem prisoten, čuječ, predan in hkrati skromen? Se moj jaz napihuje kot balon ali pa postaja bolj ekološki, bolj pretočen, kontakten in vpet v del večje zgodbe in pomemben samo toliko, kolikor je del te večje zgodbe, ki jo soustvarjam skupaj s študenti, kolegi učitelji in vsemi, ki podpirajo ta projekt?

Jasno mi je, da sem v naši psihoterapevtski šoli kot učitelj lahko zgled s svojo držo in manj z znanjem. To je itak tako pomanjkljivo, da mi ni težko priznati globoke resnice Sokratovega reka – več kot vem, manj vem. Študentje in študentke me vedno znova razgaljajo v mojem neznanju in prav je tako. Tega že dolgo ne skrivam več. Toda ali sem jim lahko s svojim omejenim znanjem

vseeno v navdih? Jih lahko s svojimi predavanji, na vajah in v demonstracijah dela s pacienti ali ko sami za nekaj časa vstopijo v vlogo pacienta, prebujam v njihovi radovednosti? Torej rado vednosti in manj vednosti? Če poleg večanja vednosti sam in moji študentje ne ostajamo radovedni, potem nam je spodletelo. In zaenkrat nam ni.

Npr. prejšnji teden sem se popoldne srečal s skupino petnajstih študentov in študentk v okviru ti. psihoterapevtske prakse na našem Centru za psihoterapijo. Najprej se eno uro skupaj pripravljamo na seanso s pacientom, nato me opazujejo pri delu, tako da spremljajo seanso v živo prek videa v drugi sobi (ki običajno traja uro, uro in pol), sledi analiza srečanja. Smo prvi v Sloveniji, ki sistematično razvijamo tako obliko psihoterapevtske prakse in študentje so navdušeni, saj terapevtsko delo res neposredno doživijo. Zaupanje, iskrenost in odprost, s katero pacienti in pacientke sodelujejo v pogovorih z menoj, se prenese na študente. Tako analize v skupini študentov in študentk po terapevtskih srečanjih niso toliko intelektualne, »iz glave«, ampak so osebne, človeško tople, »iz srca«. Sam in študentje se odpremo in spregovorimo tudi o lastnih izkušnjah, ki so zazvenele ob terapevtskem srečanju s pacienti. Tako smo se v analizi prejšnji teden spustili v vprašanja zvestobe v zakonskih oz. partnerskih odnosih, saj se je pokazalo, da pacientkin mož skače čez plot in ji poskuša to prikriti. Ker psihoterapija temelji na zaupanju med terapevtom in pacientom oz. pacienti, je seveda za terapevta zahtevno, kako postaviti mejo skrivanju in lažem, v kolikor je cilj terapije izboljšanje zakonskega oz. partnerskega odnosa. Ko mi je ob koncu srečanja študent prvega letnika prijazno pomagal pospravljati sobo, je rekel: »Kar mi je všeč pri študiju, je, da se res učimo in odkrito pogovarjamo o življenjskih stvareh. Ne trpamo v glave nekih podatkov in teorij samo zato, da bi položili izpite. Danes sem se spomnil na izkušnjo lastne ločitve, ko ženi enostavno nisem več mogel prikrivati, da sem se zaljubil v drugo in sem po obdobju skrivanja prišel s pravimi barvami na dan. Skupaj sva se potem odločila za ločitev. Terapevtsko srečanje me je kar pretreslo. Podoživel sem svoje stiske in hkrati ponos, da sem se odločil za odkritost. Zavedam se, da skrivnosti in laži v bližnjih odnosih onemogočijo intimnost. Saj ne mislim, da bi si morali biti vsi pari zvesti. Lahko se dogovorijo tudi drugače, ampak da se dva dogovorita, da je pregledno, kaj hočeta in kaj počneta. Da je možen nek demokratični fair-play... Čeprav Lenin pa ta na to ne bi pristal.«

»Kaj pa je bilo z Leninom?« sem vprašal.

»Lenin je rekel, da mu brez ljubice živeti ni. Kajti, ko nisi z ženo, ta misli, da si z ljubico, ko nisi z ljubico, ta misli, da si pri ženi, ti pa lahko v miru delaš in delaš in delaš...«

Sva se nasmejala. Bil je živ trenutek srečanja med nama ob pospravljanju, zadnje darilo študentov, ki sem ga prejel tisti dan. Seveda pa njihova darila niso vedno tako prijazna in božajoča. V zadnjih treh letih sem predvsem s prvo generacijo, ki je orala ledino in bila deležna mnogih nepričakovanih sprememb v organizaciji študija (vsebinsko je bil okvir dunajskega programa jasen in smo ga korektno in po ocenah študentov kvalitetno izvedli) s posledično veliko nejasnosti in zmede, doživel tudi veliko trenutkov dvomov, omahovanja, nezaupanja, kritičnosti. Zaupanje, ki je med nami zdaj, smo zgradili skupaj z veliko potrpežljivosti in vztrajnosti. Večkrat se mi zdi, kot da smo na Kolumbovi ladji, da plujemo skupaj v neznano, povezani v veliki avanturi.

### **Spoznavaj samega sebe**

Zavezanost stalnemu spodbujanju osebnega zorenja naj bi krasila vsakega psihoterapevta, saj je kot oseba svojim pacientom glavno zdravilo. Freud je učno analizo postavil za enega od treh stebrov (poleg teorije in prakse pod supervizijo) usposabljanja za terapevta. Tej tradiciji, ki jo danes bolj označujemo z besedami »osebna izkušnja« in »učna terapija«, sledimo tudi v okviru fakultetnega študija psihoterapije. Seveda je osebna izkušnja v času študija neke vrste iniciacija,



po kateri naj bi terapevt razvil stil življenja, za katerega je značilna večja pripravljenost za samo-razkrivanje in spoznavanje samega sebe. Ni ga poklica razen poklica psihoterapevt, v katerega izobraževanje in usposabljanje bi bilo vgrajeno spoznavanje samega sebe kot pogoj in nujni sestavni del, čeprav bi bilo kaj podobnega priporočljivo tudi za zdravnike, socialne delavce, socialne pedagoge, teologe, policiste, morda celo učitelje in še za kakšen drug poklic.

Po normativih Evropske zveze za psihoterapijo je potrebno za pridobitev Evropske diplome iz psihoterapije zbrati najmanj 250 ur osebne izkušnje. Isti obseg osebne izkušnje se predvideva v osnutku predloga zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki je še v pripravi na Ministrstvu za zdravje. Od tega naj bi najmanj 150 ur bilo opravljenih pri istem terapevtu, kar naj bi zagotovilo izkušnjo dovolj dolgega in kontinuiranega osebnega terapevtskega procesa. V okviru študija zagotavljamo študentom v prvem letniku 50 ur osebne izkušnje v skupini. Pomembno se nam namreč zdi, da že takoj na začetku študija študentje izkusijo ta pomembni steber psihoterapevtskega izobraževanja oz. usposabljanja in tudi na ta način preverijo, ali so izbrali pravilno poklicno pot. Za ostali del osebne izkušnje morajo študentje v nadaljevanju študija poskrbeti in tudi plačati sami.

Osebna izkušnja je predvsem na začetku za študente in študentke večkrat pretresljiva. Ena od študentk je na seminarju osebne izkušnje takole zapisala v svoj dnevnik: »Danes, ko takole zvečer sama sedim v svoji sobi in razmišljam o dogodkih preteklega dne, je v mojih spominih veliko žalosti, jeze, panike in strahu. Slike iz demonstracij osebne izkušnje, ki jih je izvajal naš učitelj, se mi kar vrstijo pred očmi... Ni in ni konca. Tako majhna skupina smo, pa toliko težkih, hudih stvari se je v njihovem otroštvu dogajalo. Le sprašujem se lahko, kako hudo so te travme zaznamovale njihovo življenje, saj jih spremljajo še danes. In o njih so spregovorili, želijo jih razrešiti. Istočasno pa so tudi nam drugim dali možnost, da smo skupaj z njimi, kot nekdo, ki podoživlja z njimi in kot nekdo, ki je vključen v proces učenja. Občudujem jih. Nosim tudi sama v sebi podobne rane in občutljivosti?

Še posebej močno se me je dotaknila demonstracija z Blaženko. 'Knedl' v grlu je kar sam od sebe postajal večji, solze so mi kar same od sebe tekale po licu. Ko sem se ozrla po svojih kolegih, se je z vsemi dogajalo nekaj podobnega. In naš učitelj je delal naprej – le kako mu uspe, da ga vse to dogajanje, ta močna čustva, ne potegnejo za sabo.«

Iz etičnega vidika je pomembno, da je osebna izkušnja študentov v krogu zaupnosti, kar pomeni, da o njej učni terapevti ne poročajo navzven, npr. učnemu osebju ali vodstvu fakultetnega študija (ti. »non-reporting« sistem). Učni terapevt izda samo potrdilo o obsegu opravljene osebne izkušnje. Po tej logiki naj bi se namreč kvaliteta osebne izkušnje kazala posredno v tem, kako študent napreduje v supervidirani praksi s pacienti. Z drugimi besedami, študentovo osebno zorenje se posredno kaže v njegovem načinu dela s pacienti. Supervizor je za razliko od učnega terapevta dolžan poročati o študentovemu napredku (ti. „reporting“ sistem). V primeru da študent v superviziji ne napreduje v skladu s študijskimi standardi, mu supervizorji lahko predlagajo: dodatni študij neke teorije, dodatno prakso pod supervizijo ali dodatno osebno izkušnjo.

Zahtevnemu novemu izzivu, kako študentom psihoterapije zagotoviti dovolj velik obseg in hkrati dobro kvaliteto osebne izkušnje, bomo slovenski psihoterapevti kos samo, v kolikor bomo povezani in v kolikor bomo dobro sodelovali. Projekt fakultetnega študija psihoterapije je klic k povezovanju in sodelovanju različnih psihoterapevtskih pristopov in izziv za razvoj pod skupno streho. Zahteva napor, da pogledamo širše, vsak preko plota svojega vrtička, na katerem sicer rastejo krasne rože pristopa, s katerim se vsak od nas najbolj identitira.

## Fakultetni študij psihoterapije na širšem ozadju slovenske psihoterapije

Psihoterapija v Sloveniji ima 40-letno zgodovino in v primerjavi z na področju psihoterapije razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, Nizozemska itn.) močno zaostaja. To je razvidno iz kateregakoli vidika primerjave. Poglejmo si jih nekaj.

Glavno je, da primanjkuje psihoterapevtov, regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov, tako da obstajajo bele lise. Poklic psihoterapevta ni registriran, psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki, pa je bila registrirana šele pred 5 leti. Obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe, slaba je dostopnost do storitev, velike so razlike v njihovi kvaliteti in ceni (večina jih poteka v okviru sive ekonomije) in za paciente ni preglednega sistema informiranja o njih. Psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj jo trenutno lahko opravljajo v tem okviru samo psihiatri in klinični psihologi v veliko premajhnem obsegu glede na potrebe. Zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (kjer ni državne koncesije). Večina psihoterapevtov, ki so končali izobraževanje po evropskih standardih in kriterijih za poklicnega psihoterapevta, ne dela na področju psihoterapije oz. delajo samo v majhnem obsegu v prostem času. Nimamo registra psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, učnih terapevtov, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen. Nimamo nacionalne mreže ustanov, kjer bi potekala psihoterapevtska praksa in kjer bi edukanti psihoterapije lahko opravljali supervizirano prakso. Pravice pacientov niso zaščitene, saj npr. niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni.

V izobraževanju in usposabljanju iz psihoterapije primanjkuje domačih učiteljev. Nekateri programi izobraževanja iz psihoterapije ne upoštevajo evropskih standardov in kriterijev za poklicnega psihoterapevta. Od tistih, ki končajo izobraževanje iz psihoterapije v obstoječih programih po društvih in inštitutih, jih premalo doseže raven poklicnega psihoterapevta, ampak prevladujejo ti. generični psihoterapevti, to so strokovnjaki z različnimi poklici, ki lahko v različnih obsegih integrirajo psihoterapevtska znanja in veščine, tako da povečajo kvaliteto svojega dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje storitev v okviru šolskih svetovalnih služb itn.). Poklicni psihoterapevt pa lahko postane samo tisti, ki opravi celotno psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje po evropskih kriterijih.

Publicistična dejavnost je skromna, premalo je prevodov temeljnih del s področja psihoterapije, premalo je kvalitetnih učbenikov. Nimamo psihoterapevtske edicije. Prva slovenska strokovna in znanstvena revija Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo (<http://marela.uni-mb.si/skzp/>) je začela izhajati šele leta 2007. Premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko. Premalo je kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije. Raziskovanja na področju psihoterapije praktično ni. Ni fundacij, ki bi zbirale sredstva za razvoj psihoterapije (npr. za štipendije).

Ni v Sloveniji akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije takoj po maturi, za prvi poklic. Naš študij je zaenkrat akreditiran samo v Avstriji in v Franciji. Psihoterapija je premalo integrirana v akademski svet, saj primanjkuje univezitetnih programov iz psihoterapije. Kvalitetni strokovnjaki iz področja psihoterapije nimajo pogojev za akademske kariere.

Brez težav lahko torej ugotovimo, da je družbeni položaj psihoterapije pri nas marginalen. Javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med

psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo. Obisk pri psihoterapevtu je podobno kot pri psihiatru še vedno obremenjen s stigmo.

Glede na obstoječe stanje ni presenetljivo, da je projekt fakultetnega študija velik zalogaj in da vzbuja tudi razne odpore in strahove, ker vnaša veliko spremembo na zemljevid slovenske psihoterapije. Strahovi pogosto ne temeljijo na dobri informiranosti in razgledanosti, ampak prav obratno. Npr. ko smo se pred kratkim pogovarjali o študiju psihoterapije in zakonu o psihoterapevtski dejavnosti, je izkušen kolega psihoterapevt rekel, da se boji, da bo zakon o psihoterapevtski dejavnosti (osnutek pripravljamo v okviru Ministrstva za zdravje) favoriziral fakultetni študij psihoterapije, ker ga bo Ministrstvo za zdravje po sprejemu zakona financiralo in da bodo s tem izobraževanja iz psihoterapije, ki se odvijajo po društvih in inštitutih, v podrejenem položaju. Tudi ko ga je bolje informirani kolega vprašal, če je kdaj slišal, da bi Ministrstvo za zdravje financiralo študij medicine, se oblak skrbi na njegovem čelu ni razkadir.

Prof. Pritz me je že na začetku opozoril, da bo veliko nasprotovanja projektu fakultetnega študija prav s strani obstoječih društev in inštitutov različnih psihoterapevtskih pristopov, ki izvajajo neformalna izobraževanja iz psihoterapije, ker se bodo ustrašili konkurence akademske poti do psihoterapevtskega poklica. To se je zgodilo in se še dogaja v Avstriji. Pri nas prvo leto to ni bilo izrazito, saj v primerjavi z Avstrijo naša društva in inštituti, ki predstavljajo različne psihoterapevtske pristope, s svojimi programi izobraževanja ne obračajo velikih denarjev in niso tako vplivna kot avstrijska. V zadnjem letu pa je v povezavi z nasprotovanji zakonu o psihoterapevtski dejavnosti vedno bolj jasna tudi zadržanost do projekta fakultetnega študija. V besedah sicer večina izraža načelno podporo, a v dejanjih je drugače. Tako da mojega asertivnega treninga še ne bo tako kmalu konec! Pa vendar – študent psihoterapije naj bo!



Jasna Možina in Sara Žvikart<sup>1</sup>

## **E pur si muove: Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani dobila nove prostore v središču mesta**

*E pur si muove: Faculty of Psychotherapy Science of the Sigmund Freud University in Ljubljana has moved to the new rooms in the centre of the town*

24. maja 2019 je Fakulteta za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani (SFU Ljubljana) za širšo javnost uradno odprla vrata v svoje nove prostore na Trubarjevi cesti 65, v centru Ljubljane (glej sliko 1). 11 večjih in manjših predavalnic s skupno kapaciteto 412 sedežev, 8 prostorov za psihoterapevtsko in psihološko ambulanto, v katerih s preko 100 klienti dela okoli 50 študentov psihoterapije pod supervizijo, 5 prostorov za pisarne ter prostori za knjižnico in za druženje študentov omogočajo, da se prvič, odkar se je SFU projekt študija psihoterapevtske znanosti začel leta 2007 (Možina, 2007), vse aktivnosti fakultete, v katere je trenutno vključenih okoli 210 študentov, odvijajo na enem mestu (glej sliko 2).

---

<sup>1</sup> As. Jasna Možina je vodja študentskega referata SFU Ljubljana, [jasna.mozina@sfu-ljubljana.si](mailto:jasna.mozina@sfu-ljubljana.si)  
Sara Žvikart je koordinatorka Psihoterapevtske ambulante SFU Ljubljana, [sara.zvikart@sfu-ljubljana.si](mailto:sara.zvikart@sfu-ljubljana.si)



Slika 1: Nova zgradba Fakultete za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani na Trubarjevi 65 v Ljubljani.

Umestitev SFU Ljubljana (nakup objekta je omogočila matica SFU Dunaj) v središče Ljubljane ni samo lokalno, temveč tudi mednarodno priznanje učiteljem in študentom pa tudi vsem slovenskim psihoterapevtom in psihologom za dolgoletno solidno delo pri uresničevanju ideje psihoterapije kot samostojnega poklica in akademske študija psihoterapije takoj po maturi, ki ga je septembra 2019 z novim zakonom uvedla tudi Nemčija (Možina in dr., 2018a). SFU Ljubljana postaja tako še bolj prepoznavna članica evropske mreže SFU, ki poleg matice na Dunaju povezuje podružnice v Parizu, Milanu, Berlinu in Linzu, ki poleg študija psihoterapije omogočajo študije različnih akreditiranih programov (npr. psihologije, medicine, prava, novinarstva idr.).



Slika 2: Eden od osmih prostorov psihoterapevske in psihološke ambulante SFU Ljubljana.

## Svečana otvoritev nove zgradbe SFU Ljubljana 24. 5. 2019

Pred svečanim delom otvoritve je potekala novinarska konferenca, na kateri sta mag. Miran Možina, direktor SFU Ljubljana in prof. dr. Alfred Pritz, rektor SFU Dunaj, med drugim predstavila tudi knjigo *Osnove klasične psihoanalize*, ki je v maju 2019 izšla pri založbi SFU Ljubljana Vienna Press (glej sliko 3). Gre za slovenski prevod učbenika, v katerem se prepletajo razlage izkustvene ravni vsakdanjega življenja s psihoanalitično teorijo in ki tako predstavlja pomembno pridobitev strokovne psihoterapevtske literature ne le za študente, temveč tudi za vse tiste, ki se želijo spoznati z osnovnimi znanji psihoanalize.



Slika 3: Prof. dr. Alfred Pritz (levo) in mag. Miran Možina na novinarski konferenci ter predstavitvi nove knjige Založbe SFU Ljubljana Vienna Press *Osnove klasične psihoanalize*.

Uradne otvoritve, ki se je odvijala na ploščadi pred novo stavbo SFU Ljubljana, se je poleg vodstva SFU Dunaj - rektorja prof. dr. Alfreda Pritza, prorektorice in dekanice Fakultete za Psihoterapevtsko znanost na SFU Dunaj, prof. dr. Jutte Fiegl, in kanclerja mag. Heinza Laubreuterja (glej sliko 4) ter drugih predstavnikov SFU Dunaj, udeležilo več pomembnih predstavnikov tako psihoterapevtske stroke kot sorodnih strok v Sloveniji, sodelavcev SFU, podpornikov psihoterapije ter študentov.



Slika 4: Rektor in dekani SFU na uradnem delu otvoritve. Od leve proti desni v prvi vrsti: Heinz Laubreuter, kancler SFU, doc. dr. Jutta Fiegl, dekanica Fakultete za psihoterapevtsko znanost SFU, prof. dr. Alfred Pritz, rektor SFU, predsednik SKZP Tomaž Flajs (v drugi vrsti) in mag. Miran Možina, direktor in dekan SFU Ljubljana.

V uvodnem pozdravu sta obiskovalce nagovorila mag. Miran Možina, direktor SFU Ljubljana in prof. dr. Alfred Pritz, rektor SFU Dunaj, ki nista skrivala navdušenja in ponosa, da je zgodba SFU Ljubljana s skupnimi močmi in trdim delom preseгла mnoge ovire, ki so se še pred nekaj leti zdele nepremostljive.

»SFU Ljubljana bo v boljših in bolj prepoznavnih prostorih v središču Ljubljane še povečala svoj prispevek k razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene discipline, se lažje vključevala v življenje širšega kroga ljudi ter še bolj spodbujala povezovanje in združevanje strokovnjakov s področja psihoterapije, psihologije, medicine, socialnega dela in pedagogike ter sorodnih strok, ki igrajo ključno vlogo v uresničevanju Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, ki je bila marca 2018 sprejeta v slovenskem parlamentu,« je med drugim v svojem govoru poudaril direktor in dekan SFU Ljubljana mag. Miran Možina.

Omenil je tudi, da je SFU Ljubljana leta 2016 dala tudi iniciativo za ustanovitev *Kolegija fakultet in strokovnih združenj na področju psihoterapije in psihosocialnega svetovanja*, v okviru katerega skupaj s Teološko fakulteto Univerze v Ljubljani in Fakulteto za uporabne družbene študije v Novi Gorici, ki edine v Sloveniji izvajajo akreditirane visokošolske študijske programe iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja, stremijo k ureditvi pravne podlage za opravljanje psihoterapevtske in svetovalne dejavnosti zaradi:

- uveljavitve psihoterapije in svetovanja kot akademskih znanstvenih disciplin in samostojnih poklicev;
- ureditve področja psihosocialnega svetovanja v okviru tako zakonsko urejene psihoterapije;
- zaščite psihoterapevtov, svetovalcev in uporabnikov psihoterapevtskih in



svetovalnih storitev;

- urejanja trenutnih razmer na področju psihoterapije in svetovanja še pred sprejetjem Zakona o psihoterapevski dejavnosti.

Prostorski premik, ki poleg zagotavljanja kvalitetnejšega okolja za izobraževalno in psihoterapevsko/psihološko dejavnost SFU Ljubljana hkrati predstavlja obogatitev intelektualnega in kulturnega življenja v središču Ljubljane, saj bodo vrata fakultete odprta za obiskovalce strokovnih in kulturnih dogodkov, ki bodo pomagali v javni zavesti utrjevati podobo psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene discipline, sta pohvalila Dejan Crnek, podžupan Mestne občine Ljubljana (MOL), ter mag. Miran Gajšek, vodja oddelka za urejanje prostora MOL. Kulturni svetnik Avstrijske ambasade, Andreas Pawlitschek, pa je besede namenil uspešnemu sodelovanju med Avstrijo in Slovenijo na področju izobraževanja in doprinosu privatnih univerz v akademski sferi.

Naklonjenost pomembnemu razvojnemu koraku psihoterapije v slovenskem prostoru sta izkazala tudi predsednik Slovenske krovne zveze psihoterapije Slovenije, Tomaž Flajs, in predstavnik študentov SFU Ljubljana, Pascal Brlečič.

V okviru otvoritve sta priznanji za posebne zasluge za razvoj SFU Ljubljana prejela mag. Janko Bohak in Katarina Možina, oba dolgoletna sodelavca SFU Ljubljana (glej sliko 5).



Slika 5: Podelitev posebnega priznanja mag. Janku Bohaku in Katarini Možina. Od leve proti desni prof. dr. Alfred Pritz, mag. Miran Možina, mag. Janko Bohak in Katarina Možina.

Uradni del otvoritve je zaokrožila akademska slikarka in vsestranska likovna umetnica Ejti Štih s predstavitvijo svoje stalne slikarske razstave *Migracije - Beg v življenje*, ki obiskovalce stavbe SFU Ljubljana nagovarja s svojimi aktualnimi in družbeno angažiranimi slikami. Le te v svet pošiljajo klic k več človečnosti, kar je del vizije, ki jo skozi svojo dejavnost želi uresničevati tudi SFU Ljubljana.

Svoj govor je Ejti Štih zaključila s spodbudno mislijo za vse prisotne, da se bo namesto bančni poslov - »...od sedaj naprej tukaj skrbelo za človeško dušo«.

## **E pur si muove – in vendar se premika na bolje**

Kljub oviram, ki so v glavnem povezane s tem, da v Sloveniji še ni registriran in reguliran poklic psihoterapevta, tako da so aktivnosti v okviru zgoraj omenjene Resolucije ponovno zastale (Možina in dr., 2018b), SFU Ljubljana v slovenski visokošolski prostor prinaša več novosti, ki bogatijo obstoječe javno in privatno visokošolsko izobraževanje (Možina, 2016). Med njimi lahko posebej izpostavimo:

- neposredni akademski študij psihoterapije takoj po maturi;
- novo študijsko področje t. i. "psihoterapevtske znanosti", ki omogoča novo raven integracije psihoterapevtske klinične prakse, stroke in psihoterapije kot znanstvene discipline;
- študij in povezovanje različnih psihoterapevtskih pristopov pod eno streho, saj SFU Ljubljana ponuja tudi specialistično izobraževanje iz psihoanalize, sistemske terapije, gestalt terapije, jungovske psihoterapije in psihoterapije otrok in mladostnikov. Tako SFU Ljubljana omogoča izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic in drugi poklic;
- dodiplomski (začel se je s šolskim letom 2018/19) in magistrski študij psihologije (ki se bo začel v šolskem letu 2021/22), katerega težišče je, v primerjavi z drugimi študiji psihologije v Sloveniji, bolj na družbenih in kulturoloških vidikih in je hkrati poseben tudi po tem, da edini (po zgledu študija psihoterapije) omogoča študentom osebno terapevtsko izkušnjo;
- razvijanje nacionalne mreže psihoterapevtskih in psiholoških ambulant po Sloveniji;
- mednarodno izmenjavo študentov v mreži matice in podružnic SFU;
- razvijanje raziskovanja na področju psihoterapije in psihologije.

V Sloveniji obstaja velik primanjkljaj poklicnih psihoterapevtov, ki si ga SFU Ljubljana prizadeva vsaj malo omiliti. Trenutno jih je okoli 300, ki izpolnjujejo evropske kriterije, glede na priporočila in standarde Svetovne zdravstvene organizacije, ki predvidevajo enega psihoterapevta na 1000 prebivalcev, pa bi jih potrebovali najmanj 2000.

Po akreditaciji je SFU Ljubljana maja 2013 po zgledu matice na Dunaju odprla **Psihoterapevtsko ambulanto**, v kateri izvajajo psihoterapevtsko dejavnost

uveljavljani psihoterapevti (večina učitelji na fakulteti) in študentje pod njihovo supervizijo. V ambulanti, ki vključuje tri enote - Enoto za starejše, Enoto za odrasle in Enoto za otroke in mladostnike - je trenutno vključenih okoli 50 specializantov psihoterapije pod supervizijo in okoli 120 klientov, ki se redno udeležujejo psihoterapevtskih srečanj. Ambulanta deluje po samoplačniškem principu, vendar brezplačno ali za simbolično ceno sprejemajo tudi socialno ogrožene paciente. Novost, ki jo na Trubarjevi ulici prinaša še več prijetno urejenih terapevtskih sob in čakalnica, pa je sistem naročanja na uvodni razgovor. Dosedanjemu naročanju preko telefona in elektronskega sporočila so dodali možnost t. i. "walk-in" naročanja. Mimoidoči lahko na Trubarjevi ulici zanimanje za psihoterapevtsko obravnavo izkažejo tudi z izpolnjeno prijavnico, ki jo najdejo v čakalnici Ambulante. SFU je tako tudi edina izobraževalna ustanova v Sloveniji, ki študentom in študentkam poleg teoretičnega izobraževanja pod isto streho omogoča tudi praktično usposabljanje. V šolskem letu 2020/21 se bo delo ambulante razširilo še na Psihološko ambulanto, v kateri bodo tudi študenti psihologije lahko nabirali praktične izkušnje pod supervizijo.

Po dolgi šestletni poti do akreditacije SFU Ljubljana od leta 2006 do leta 2013 (Bohak, 2013), je bilo potrebnih nadaljnjih šest let do umestitve celotne izobraževalne in klinične dejavnosti v samostojno, funkcionalno zgradbo. Naj nadaljnjih šest let prinese nove premike na bolje, ki bodo še naprej prispevali pomemben delež k razvoju področij psihoterapije in psihologije v Sloveniji.

## Viri

- Bohak, J. (2013). Dolga pot do akreditacije Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 7, številka 3-4: 181-184.
- Možina, M. (2007). V Sloveniji se je začel fakultetni študij psihoterapije. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 1, 1-2: 83-103.
- Možina, M. (2016). Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevtske znanosti na Fakulteti za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani. V Fiegl, J. *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije*. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018a). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4, 245-272.
- Možina M., Flajs T, Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018b). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4, 7-20.



Miha Drevenšek<sup>1</sup>

## **V Nemčiji z novim zakonom redefinirali poklic psihoterapevta in uvedli študij psihoterapije po maturi**

*Germany with the new law redefined the profession of psychotherapy and introduced psychotherapy study after secondary school*

Namen tega prispevka je predstaviti nedavne spremembe v zakonski ureditvi psihoterapije v Nemčiji v zvezi z na novo definiranim poklicem psihoterapevta, ki se nanaša na strukturo in izbiro posameznih poklicnih profilov pri različnih motnjah. Obravnaval bom tudi možne dolgoročne učinke zakonodajne spremembe na zdravstveni sistem. Osredotočil se bom na nudenje psihoterapevtske pomoči odraslim od 21. leta naprej, ne pa otrokom in mladostnikom. Na koncu podajam priporočilo, katere točke in spremembe nemške reforme bi bilo možno prenesti v slovenski prostor, saj se pri nas soočamo s podobnimi izzivi glede uradnega priznanja poklica psihoterapevta in normativne ureditve psihoterapije.

### **Potrebe po psihoterapevtskih storitvah v Nemčiji**

V Nemčiji obstaja velika potreba po psihoterapevtski pomoči in svetovanju kvalitetno usposobljenih strokovnjakov. Glede na raziskavo, ki sta jo opravila Jacobi in Höfler (2016), 27,8 % prebivalstva v Nemčiji trpi zaradi duševnih motenj, vendar jih poišče pomoč le dve tretjini. Čeprav se je ponudba kvalificiranih strokovnjakov v zadnjih letih znatno povečala, še zdaleč ne zadošča potrebam. V Nemčiji je trenutno 26.693 psiholoških psihoterapevtov (Statista Psychologische Psychotherapeutengruppen, 2019). Poleg njih obstajajo še drugi psihoterapevti z različnimi osnovnimi poklici.

Zanimanje za ureditev razmer na tem področju je veliko. Vsak trpi na svoj način; v prvi vrsti pacienti, njihovi sorodniki in sodelavci, ki so pogosto preo-

---

<sup>1</sup> Miha Drevenšek, International Management M. Sc. (MBA bras.), študent dodiplomskega študija psihoterapevtske znanosti Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, [miha.drevensek86@gmail.com](mailto:miha.drevensek86@gmail.com)

bremenjeni s situacijo in kliničnimi simptomi, na drugi strani pa zdravstvene zavarovalnice in delodajalci, ki jih pestijo bolniški staleži. V Nemčiji ima vsak zavarovanec pravico do psihoterapevtske obravnave v primeru, da je duševna motnja diagnosticirana in da je možno zdravljenje ter omilitev simptomov ali da bi se preprečilo poslabšanje. Pod temi pogoji zavarovalnica v celoti krije stroške terapevtske obravnave. V ostalih primerih zavarovalnica stroškov ne krije in tako klient lahko samostojno izbere psihoterapevtski pristop ter s tem povezan poklicni profil terapevta, kjer sam krije stroške zdravljenja (PsychThG, 2019).

Namen tega prispevka je predstaviti nedavne spremembe v zakonski ureditvi psihoterapije v Nemčiji v zvezi z na novo definiranim poklicem psihoterapevta, ki se nanaša na strukturo in izbiro posameznih poklicnih profilov pri različnih motnjah. Obravnaval bom tudi možne dolgoročne učinke zakonodajne spremembe na zdravstveni sistem. Osredotočil se bom na nudenje psihoterapevtske pomoči odraslim od 21. leta naprej, ne pa otrokom in mladostnikom. Na koncu podajam priporočilo, katere točke in spremembe nemške reforme bi bilo možno prenesti v slovenski prostor, saj se pri nas soočamo s podobnimi izzivi glede uradnega priznanja poklica psihoterapevta in normativne ureditve psihoterapije.

## **Reforme nemškega zdravstvenega sistema**

Eden glavnih argumentov za zgoraj navedeno potrebo po spremembah regulative so dolge čakalne dobe. Težava je prisotna že daljši čas, zato je Nemčija pred več kot desetimi leti začela jemati resno in kot prvi korak 1. aprila 2017 do določene mere reformirala zakon o psihoterapiji. Reforma je stekla na podlagi rezultatov znanstvenih raziskav. Kot rezultat se je čakalna doba do začetka zdravljenja skrajšala za 3,5 tedna, vendar je število psihoterapevtov še naprej premajhno, saj je trenutna čakalna doba do začetka zdravljenja še vedno v povprečju malo manj kot 20 tednov (Medical Tribune, 2019).

Spremembe zakona so vplivale na povečanje dostopnosti psihoterapevtov s t. i. »aprobacijo« – uradno odobritvijo in registracijo terapevtov s strani zdravstvenega sistema. Uvedli so t. i. posvetovalne ure v obsegu 100 minut na teden, ki so namenjene pacientom, ki pridejo prvič (en posvet traja 25 minut). Dodatno mora biti terapevt telefonsko dostopen svojim klientom 200 minut na teden. Poleg tega je bilo spremenjeno število možnih terapevtskih ur na bolnika glede na posamezni psihoterapevtski pristop, ki jih krijejo zdravstvene zavarovalnice. Določenim pristopom je bilo odobreno več psihoterapevtskih ur, zato so se posledično zmanjšale kapacitete za sprejem novih klientov. Na terapevte, ki niso v registru, ta reforma ne vpliva (Buehring, 2018). Zaradi navedenih razlogov glavni problem dolgih čakalnih dob ni bil odpravljen.

## Ponudba psihoterapevtskih storitev v Nemčiji

V Nemčiji obstajajo različne poklicne skupine, ki nudijo psihoterapevtske storitve, in jih lahko razdelimo v dve skupini: na tiste z univerzitetno izobrazbo (npr. s področja medicine, psihologije, pedagogike idr.) in na tiste z neformalnimi oblikami izobraževanja ne glede na izobrazbo.

### Medicinski psihoterapevti in psihiatri

Najdaljše in najobsežnejše trajanje usposabljanja imajo medicinski psihoterapevti in psihiatri. Medicinski psihoterapevt mora po uspešno zaključenem šestletnem študiju medicine opraviti še petletno psihoterapevtsko izobraževanje. Za pridobitev licence psihiatra pa je po končani medicinski fakulteti potrebno opraviti specializacijo iz psihiatrije, ki traja najmanj pet let. Zaradi te izobraževalne podlage in osredotočenosti na človeško telo ta dva poklicna profila lahko predpisujeta zdravila. Do integracije psihoterapije v podiplomsko izobraževanje za zdravnike in s tem do integracije v zdravstveni sistem je prišlo v devetdesetih letih prejšnjega stoletja. Leta 1992 so se odločili za uvedbo nove skupine specialistov (zdravnike za psihoterapevtsko medicino) in psihoterapija je postala obvezen del specializacije iz psihiatrije. Tako so nastali novi specialistični profili: specialist za psihiatrijo in psihoterapijo ter specialist za psihiatrijo otrok/mladostnikov in psihoterapijo. Psihoterapevtska medicina je postala samostojna disciplina, podobno kot psihiatrija, dermatologija ali ortopedija. Zdravnik, ki hoče postati specialist za psihiatrijo in psihoterapijo ali za psihoterapevtsko medicino, mora opraviti petletno podiplomsko izobraževanje, od tega tri leta v bolnici.

Vsi zdravniki, ki želijo opravljati psihoterapijo in pridobiti naziv psihoterapevt ali »psihoanalitik«, morajo poleg svoje specializacije iz splošne medicine, ginekologije, ortopedije, urologije, interne medicine itd. opraviti še triletni program iz psihoterapije, ki eno leto poteka na oddelku za psihiatrijo in psihoterapijo. Lastna učna izkušnja mora trajati vsaj 100 ur v individualni ali skupinski obliki, za psihoanalitika pa je potrebnih vsaj 250 ur (Pobrach, 2019).

### Psihološki psihoterapevti

Za razliko od psihiatrov in medicinskih psihoterapevtov, psihološki psihoterapevti lahko zdravijo duševne motnje, kjer vzroki niso biološkega ali medicinskega izvora. Podlaga za ta naziv je dokončan študij psihologije (10 semestrov) in dokončana specializacija iz psihoterapije, ki traja tri do pet let. Potrebnih je vsaj 120 ur lastne učne izkušnje (Pobrach, 2019). Če diplomanti psihologije ne nadaljujejo

s specializacijo iz psihoterapije, lahko nudijo obravnavo osebam, ki ne ustrezajo pogojem za zdravljenje boleznih ali motenj, kot je na primer »svetovanje za pare«.

### **Praktiki zdravilci (Heilpraktiker)**

Strokovni naziv »Heilpraktiker« (praktik zdravilec) sega v 1939 in je opredeljen v zakonu za alternativno zdravljenje (Heilpraktikergesetz). Praktik zdravilec lahko izvaja "vsako poklicno ali komercialno dejavnost za odkrivanje, zdravljenje ali omilitev bolezni, trpljenja ali telesnih poškodb pri ljudeh." (Bundesamt für Justiz, 1939) V teku časa je to privedlo do številnih različnih poklicnih področij in dodatnih oznak. Leta 1999 je bilo sprejeto dopolnilo za priznanje poklicnega naziva praktik zdravilec za psihoterapijo. V nasprotju z regulativo že prej omenjenih poklicev je zakon o praktikih zdravilcih zelo kratek in nespecifičen.

Da bi bil nekdo priznan kot praktik zdravilec, mora opraviti izpit na zdravstvenem uradu. Osnovni pogoj je zaključena osnovna šola, potrdilo o nekaznovanosti in starost najmanj 25 let (BDH-Online, 2019). Izpit je sestavljen iz testa s 60 vprašanji in ustnega izpita. Osnovno znanje je mogoče pridobiti na seminarjih na različnih šolah za praktike zdravilce, vendar zdravstveni uradi potrdil o dokončanju teh šolanj ne zahtevajo, kar pomeni, da je izobraževanje prepuščeno samoiniciativnosti zdravilcev.

Če se lahko dokaže, da je potreba po zdravljenju akutna in da ni prostih mest za zdravljenje ob pomoči medicinskega psihoterapevta ali psihološkega psihoterapevta, sklad za zdravstveno zavarovanje prevzame tudi stroške psihoterapevtske obravnave praktikov zdravilcev. Razmejitve med boleznimi oziroma motnjami, ki jih lahko zdravi psihoterapevt ali zdravilec, ni jasna.

Oktober 2019 je nemško ministrstvo za zdravje podalo iniciativo za temeljito spremembo zakona o alternativnem zdravljenju, torej točno po 80 letih, odkar je stopil v veljavo. Omejili naj bi predvsem prekomerno svobodo pri opravljanju alternativnih metod, možno pa je celo, da ga bodo v celoti ukinili, saj se vedno znova pojavljajo primeri škodljivega delovanja raznih terapevtov (Das Erste, 2019).

### **Novosti psihoterapevtske reforme v letu 2020 – na novo definiran poklic psihoterapevta in nova pot akademskega izobraževanja takoj po maturi**

V letu 2019 je bil storjen nov zakonodajni korak, ki naj bi na podlagi vseobsegajočega reformnega načrta Evropske unije vodil k poenotenju poklicnega profila psihoterapevt in povečanju obsega možnosti psihoterapevtskega zdravljenja. To pobudo je neposredno sprožilo nemško ministrstvo za zdravje in ne posamezniki



različnih poklicnih profilov. Sedanja reforma tako vključuje na novo registriran poklic in nove univerzitetne izobraževalne poti takoj po maturi (triletni diplomski in dvoletni magistrski študij psihoterapije). Nov zakon bo implementiran leta 2020 (Deutscher Bundestag, 2019), kar bo omogočilo učinkovitejše izobraževanje in s tem boljšo razpoložljivost klientom. Nova ureditev naj bi prinesla prestrukturiranje ponudbe in povpraševanja, kar naj bi skrajšalo čakalne dobe.

Nova definicija poklica psihoterapevt je bila potrjena s strani nemškega parlamenta 26. septembra 2019. Usposabljanje za poklic se uspešno zaključi z opravljenim univerzitetnim magistrskim študijem. Za vpis v uradni register psihoterapevtov je treba opraviti državni izpit in dodatno specializacijo. S študijem psihoterapije se lahko začne po opravljeni maturi. Prvič bo vpis možen v zimski semester leta 2020 (bachelor).

Študij medicine ali psihologije ni več potreben. Pridobitev licence za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti bo možna po pridobitvi magistrski diplomi iz psihoterapije. Študij obsega vsaj 5200 ur ter vsebuje teoretično izobraževanje in praktično usposabljanje. Pogoj za podelitev licence je uspešno opravljen strokovni izpit, ki je razdeljen na dva dela. Drugi del strokovnega izpita se opravlja na koncu študija. Študenti, ki ne želijo delati v zdravstveni oskrbi pacientov, se lahko odpovejo opravljanju strokovnega izpita in po opravljenem visokošolskem izpitu (nemško »Hochschulprüfung«) zaposlijo na področju izven zdravstva (Možina in dr., 2018). Dodatna specialistična izobraževanja psihoterapevtov, ki se bodo razlikovala glede na regijo, se bodo financirala iz sklada zdravstvenega zavarovanja v višini 1.000 evrov na mesec. To naj bi spodbudilo psihoterapevte k dodatnemu izobraževanju. V tem času bo posameznik pridobil naziv »psihoterapevt v izobraževanju« (PiA).

Zaradi povečanja števila psihoterapevtov v nemškem zdravstvenem sistemu zdravstvena zavarovalnica pričakuje, da se bodo od leta 2026 stroški psihoterapije povzpeli na trimestno milijonsko število. Ta podatek izhaja iz dejstva, da bodo čakalne dobe kratke in bo več pacientov deležnih ažurnega in kvalitetnega zdravljenja (Deutscher Bundestag, 2019).

## **Kakšna bo prihodnost psihoterapije v Nemčiji?**

Pred morebitnim prenosom nemškega zgleda v slovenski prostor bi rad podal svoje mnenje o nemškem zdravstvenem sistemu v zvezi z zdravljenjem duševnih motenj, saj sem v Nemčiji veliko let študiral in živel. Že priznanje, da ima duševno zdravje močan vpliv na ljudi in njihovo dobro počutje ter potrditev kritja sredstev iz naslova zdravstvenega zavarovanja, je zelo pohvalno. Podpiram uvedbo novega zakona, ki je redefiniral poklic psihoterapevta in uvedel izobraževanje takoj po

srednji šoli. Prednost te reforme je, da se bo lahko več ljudi odločalo za psihoterapevsko poklicno pot, saj študij medicine ali psihologije nista več potrebna kot predpogoj. V Nemčiji sta ta dva študija dostopna le relativno majhnemu številu ljudi zaradi stroge selekcije na podlagi zahtev po zelo visokih šolskih ocenah. Ob dejstvu, da bo trajalo vsaj nadaljnjih pet let, da bodo prvi diplomanti dokončali študij, bo srednjeročno na voljo večja ponudba zdravljenja. To bo bistveno zmanjšalo čakalno dobo in čas do začetka zdravljenja.

Vprašanje je, kako se bo spremenil delež posameznih poklicnih profilov, ki bodo nudili psihoterapevsko pomoč. Po mojem mnenju reforma na medicinske psihoterapevte in psihiatre ne bo imela velikega vpliva, največje spremembe pa bodo seveda pri profilu psiholoških psihoterapevtov, saj bo nova pot do poklica psihoterapevt veliko krajša.

Kot sem že omenil zgoraj, ima veliko pomanjkljivosti zakon o alternativnem zdravljenju iz leta 1939, tako da je zaradi tega neurejeno tudi področje licenciranja praktikov zdravilcev, ki opravljajo psihoterapijo. Ob povečanju števila psihoterapevtov bo potrebno urediti tudi področje praktikov zdravilcev. Trenutno se lahko vsaka nemška regija sama odloči, katero osnovno znanje je potrebno za opravljen izpit, posameznik pa se lahko sam odloči, ali se želi pripraviti za izpit ali udeležiti izobraževanja na izobraževalni ustanovi z vnaprej določenim kurikulumom. Z minimalno zahtevo po dokončani osnovnošolski izobrazbi se lahko s psihoterapijo ukvarja veliko ljudi, ki za to niso primerni. Vprašanje je na primer, ali lahko praktik zdravilec prepozna psihološko stanje klienta in potrebo po ustrezni obravnavi. Po mojem mnenju lahko naziv sicer ostane, vendar je treba usposabljanje prestrukturirati in zagotoviti kvaliteto. Ena od možnih rešitev bi lahko bila obvezna propedeutika s specializacijo. Obstoječim posameznikom, ki prakticirajo alternativni pristop k psihoterapevskemu zdravljenju, je potrebno ponuditi možnost, da se izobrazijo do neke zahtevane stopnje v določenem časovnem obdobju, brez takojšnje izgube svojega poklicnega naziva. V primeru, da opisane stopnje znanja ne dosežejo, posledično izgubijo naziv zdravilec praktik za psihoterapijo. Opisani sistem bi lahko prinesel standard, ki je na ravni psihoterapije kot samostojnega poklica. Zlasti bi bilo treba razpravljati o tem, katere motnje bi lahko zdravil praktik zdravilec – na ta način bi imeli vsi poklicni profili svoje področje zdravljenja.

### **Bo nova nemška zakonska ureditev služila Sloveniji kot zgled?**

Slovenska psihoterapija ima že več kot 50 letno zgodovino. Začelo se je leta 1968 s prvim sistematičnim izobraževanjem iz psihoterapije za psihiatre in klinične psihologe (Možina, 2011). Na žalost pa še vedno ni uspelo, da bi se psihoterapevti

dovolj učinkovito povezali za normativno ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica, tako da do danes poklic psihoterapevta ni registriran (Možina, 2010a). Tudi v številnih državah Evropske unije zaradi različnih smernic, ciljev in interesov, ki jih zagovarjajo različne poklicne skupine (npr. psihoterapevti, psihologi, psihiatri), še ni prišlo do poenotenja poklicnih standardov za psihoterapevtsko dejavnost in izobraževanje na evropski ravni (Možina, 2010b).

Ko je bila marca 2018 v slovenskem parlamentu sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja, se je vzbudilo upanje, da bo Slovenija končno le naredila odločilni korak k normativni ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica. Žal se je na Ministrstvu za zdravje zapletlo že na prvi seji Delovne skupine za pripravo predloga zakona, saj sta se soočili dve skupini z nasprotujočimi stališči: na eni strani nekateri predstavniki kliničnih psihologov in psihiatrov, ki bi radi ohranili monopol nad izvajanjem psihoterapevtske dejavnosti v okviru zdravstva, na drugi strani pa predstavniki fakultet (ki izvajajo akreditirane programe iz psihoterapije in psihosocialnega svetovanja), Društva psihologov Slovenije in psihoterapevtskih strokovnih združenj, ki si prizadevajo za uveljavitev psihoterapije kot samostojnega poklica in akademske discipline. Kljub nasprotovanjem je druga skupina septembra 2018 oddala predlog zakona in osnutke vseh podzakonskih dokumentov vodji Delovne skupine v upanju, da bo ministrstvo sledilo akcijskemu načrtu, ki je bil predviden v Resoluciji. Ta je določal, da naj bi bil predlog zakona dokončan do konca leta 2018, do konca leta 2019 naj bi šel skozi procedure javne razprave in sprejema v parlamentu, v letu 2020 pa naj bi bil implementiran. Od oktobra 2018 pa se je Ministrstvo za zdravje zagnilo v molk in ignoriranje vseh poskusov za nadaljevanje dela članov Delovne skupine, ki so v predvidenem roku oddali svoj predlog zakona in vsa potrebna spremljajoča gradiva (Možina in dr., 2018).

Za normativno urejanje poklic psihoterapevta v Sloveniji bi se morali najprej dogovoriti glede standardov poklicne dejavnosti in izobraževanja. Tega se dobro zaveda skupina, ki si prizadeva za samostojnost poklica psihoterapevt in je zato pripravila smiseln predlog (Možina, Flajs in Kotnik, 2019), v katerem je definirala rešitev, ki vključuje akademsko pot neposrednega izobraževanja po maturi (kot jo je zdaj uzakonila Nemčija), edukativno pot za poklicno izobrazbo iz psihoterapije (študij propedeutike in edukacijo iz različnih psihoterapevtskih pristopov po verificiranih psihoterapevtskih društvih in inštitutih) ter kombinacijo obeh poti.

Z akreditacijo Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani je Nacionalna agencije za kakovost v visokem šolstvu RS (NAKVIS) že leta 2013 odprla možnost za neposredni študij psihoterapije (Možina, 2016), ki ga je šest let kasneje uzakonila Nemčija. Slovensko ministrstvo za zdravje bi lahko sledilo zgledu nemškega ministrstva za zdravje, ki je podprlo to

spremembo na osnovi znanstvene študije o tem, kaj omogoča večanje kvalitete izobraževanja za poklic psihoterapevta in tudi omogočanje večje dostopnosti do kvalitetnih psihoterapevtskih storitev, namesto da se izgovarja na to, da bi se morali vsi poklicni profili, ki so povezani s psihoterapijo in svetovanjem, zediniti glede svojih strokovnih izhodišč. Že dolgo je namreč jasno, da določene klinične psihologe in psihiatre, ki ovirajo normativno ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica, ne vodijo strokovni, temveč politični interesi, ki so namenjeni ohranjanju lastnih privilegijev. Ministrstvo za zdravje bi moral voditi interes in odgovornost za dobrobit ljudi, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč.

## Viri

- BDH-online (28.10.2019). Heilpraktikergesetz und seine Durchführungsverordnung, <https://www.bdh-online.de/heilpraktiker/praxismanagement/gesetze/hpg-und-dvo/>
- Buehring, P. (2018). *Arztblatt: Neue Geschaeftsmodelle in der Psychotherapie - Bedarf auf beiden Seiten*. PP 17. Ausgabe Januar 2018. s. 19.
- Das Erste (2019). Bundesregierung zieht Abschaffung des Heilpraktiker-Berufs in Betracht. *Das Erste Panorama*, 31.10.2019. <https://daserste.ndr.de/panorama/aktuell/Bundesregierung-zieht-Abschaffung-des-Heilpraktiker-Berufs-in-Betracht,heilpraktiker126.html>
- Deutscher Bundestag (2019). Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung Drucksache 19/9770 30.04.2019.
- Bundesamt für Justiz, (1939). Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz), s.1.
- Jacobi F., Höfler M. in Strehle J. (2016). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 87: 88–90.
- Medical-Tribune (24.10.2019). 20 Wochen Wartezeit: Kammer fordert 7000 zusätzliche Psychotherapeuten-Landsitze (24.10.2019) <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/20-wochen-wartezeit-kammer-fordert-7000-zusaetzliche-psychotherapeuten-landsitze/>
- Možina, M. (2010a). Psihoterapija v Sloveniji danes in jutri. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, letnik 4, 1-2: 133-166.
- Možina, M. (2010b). Za psihoterapijo kot samostojen poklic: Kaj se dogaja po Evropi?. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 4, 3-4: 63-104.
- Možina, M. (2011). Kratka zgodovina psihoterapije na Slovenskem. V Žvelc, M., Možina, M. in Bohak, J. *Psihoterapija*. Ljubljana: IPSA: str. 11-55.
- Možina, M. (2016). *Tako mladi pa že psihoterapevti: Akademizacija psihoterapije v Sloveniji in neposredni študij psihoterapevske znanosti na Fakulteti za psihoterapevsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani*. V Fiegl, J. Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem študiju psihoterapije. Ljubljana Vienna: Sigmund Freud University Press: 165-190.
- Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4, 245-272.
- Možina M., Flajs T, Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018). Čas za zakon je dozorel: Uvodnik o novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 12, 3-4, 7-20.
- Možina, M., Flajs, T. in Kotnik, R. (2019). Standardi poklicne psihoterapevske dejavnosti in izobraževanja iz psihoterapije. *Slovenska revija za psihoterapijo Kairos*, 13, 3-4, v tisku.
- Pobrach, F. (Stand 25.10.2019). So wird man Psychotherapeut. <https://www.therapie.de/psyche/info/psychotherapie-ausbildung/wissenswertes/ausbildungstabelle/>
- PsychThG (2019). Paragraph 1 Absatz 3, Zuletzt geändert durch Art. 18 G v. 15.8.2019 I 1307 <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>
- Statista Psychologische Psychotherapeutengruppen insgesamt in Deutschland nach Bundesland 2018 (Stand 29.10.2019) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/430234/umfrage/anzahl-der-psychotherapeuten-in-deutschland-nach-bundesland/>



Miran Možina<sup>1</sup> in Lucija Kavčič

## **Poklic psihoterapevta v Sloveniji še ni registriran, zato je zakonska ureditev nujna<sup>2</sup>**

O duševnem zdravju otrok in mladostnikov v Sloveniji pred in med epidemijo ter o tem, kako dosegljiva je pomoč, ko pride do težav, smo se pogovarjali z mag. Miranom Možino, psihiatrom in psihoterapevtom, direktorjem ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja.

### **1. Kakšno je bilo stanje na področju varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov pred epidemijo in kaj se je pokazalo v času epidemije?**

Za strokovno korektno primerjavo še nimamo opravljenih dovolj raziskav in zato povsem primerljivih podatkov. Imamo podatke iz leta 2018 za mladostnike stare 11 in 15 let in iz leta 2020, ko so bili isti mladostniki stari 14 in 17 let. Samoocenjenih težav je več, vendar le te tudi sicer s starostjo naraščajo in jih zato težko pripišemo samo pandemiji. Število obiskov zdravstvenega sistema je upadlo, vendar težko rečemo, da gre za upad problematike, ampak gre to verjetno predvsem na rovaš slabše dostopnosti, izogibanja iskanju pomoči itn..

### **2. Kakšni so podatki o duševnem zdravju otrok in mladostnikov pri nas?**

Če začnemo na pozitivni strani, je raziskava NIJZ iz leta 2018 ugotovila, da je večina otrok in mladostnikov duševno zdravih, torej niso imeli znakov in simptomov duševnih motenj, kar pa ne pomeni, da so imeli visoko stopnjo pozitivnega duševnega zdravja, saj o tem pokazatelju nimamo na voljo dovolj podatkov. Večina jih je bila zadovoljnih s svojim življenjem, po podatkih iz mednarodne raziskave HBSC (Health Behavior in School-Aged Children) so bili slovenski mladostniki bolj zadovoljni z življenjem kakor njihovi vrstniki iz drugih držav. Po raziskavi Mladina 2013 je ocenilo svoje duševno zdravje kot zelo dobro ali odlično 59 % mladostnikov v starosti 16–19 let. V raziskavi EHIS (European Health Interview Survey) je poročalo o visoki ravni vitalne energije 79 % mladostnikov v starosti 15–19 let, kar pomeni, da so se pogosto čutili polni življenja, polni energije in redko zdelani, utrujeni ali izžeti. Na podlagi podatkov iz raziskave HBSC se je

1 Mag. Miran Možina, psihiater in psihoterapevt, direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani

2 Intervju je izšel v časopisu Demokracija, 8/XXVII, 24. februarja 2022

tudi pokazalo, da je imelo 60 % mladostnikov povprečno ali visoko z zdravjem povezano kvaliteto življenja, ki podobno kot zadovoljstvo z življenjem upada s starostjo in nižjim socialno-ekonomskim statusom. Kot zaskrbljujoč se je pokazal vpliv neenakosti – o višjem zadovoljstvu z življenjem so poročali mladostniki, ki so zaznavali, da gre njihovi družini finančno dobro, in ki so imeli dobro podporo staršev, vrstnikov in učiteljev.

### **3. Kako pa izgleda duševno zdravje otrok in mladostnikov pri nas s problematičnega vidika?**

V zadnjih 25 letih je pri otrocih in mladostnikih prišlo do 60-odstotnega porasta duševnih motenj. Od leta 2008 do leta 2015 se je število prvih obiskov otrok in mladostnikov zaradi duševnih in vedenjskih motenj izrazito povečalo, na primarni zdravstveni ravni za 26 %, na sekundarni za 70 %. Otroci do 5. leta so bili najpogosteje obravnavani zaradi specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju, vedenjskih in čustvenih motenj ter hiperkinetične motnje. Otroci med 6. in 14. letom so bili poleg tega obravnavani še zaradi specifičnih motenj pri šolskih veščinah in tikov. Mladostniki med 15. in 19. letom so bili najpogosteje obravnavani zaradi odziva na hud stres in prilagoditvenih motenj, drugih anksioznih motenj, depresivnih epizod in motenj hranjenja. Med 15. in 19. letom se je povečevala tudi poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj, samomor pa je bil v tem starostnem obdobju drugi najpogostejši vzrok smrti (za smrtmi zaradi prometnih nezgod). Število bolnišničnih obravnav otrok in mladostnikov do 19. leta zaradi duševnih in vedenjskih motenj se je med letoma 2008 in 2015, predvsem zaradi manjšega števila hospitalizacij otrok do 5. leta, zmanjšalo, medtem ko so bile obravnave otrok in mladostnikov od 6. do 19. leta enako pogoste oziroma jih je bilo celo nekoliko več. Naj omenim, da so duševne motnje pri otrocih in mladih veliko družbeno in finančno breme, saj po nekaterih raziskavah posameznik z vedenjsko motnjo v zgodnjem otroštvu do svojega 27. leta za družbo pomeni 10-krat večje finančno breme v primerjavi z vrstniki.

Tisto, kar zelo pade v oči, je, da se je poraba zdravil za zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj pri osebah, mlajših od 20 let, v obdobju od leta 2008 do leta 2015 povečala kar za 48 %. Najbolj se je povečala med mladostniki med 15. in 19. letom starosti, saj je bila leta 2015 za 73 % večja kot leta 2008. Povečanje porabe zdravil je bilo predvsem zaradi velikega porasta porabe antidepressivov in psihostimulansov v starostni skupini od 15. do 19. let.

### **4. In kje smo zdaj, v korona obdobju?**

Če se je med prvim in drugim valom epidemije povpraševanje po pomoči psihologov in pedopsihiatrov zmanjšalo, se je povečal naval v urgentnih ambulantah



zaradi anksioznih motenj, depresivne simptomatike in samomorilnega vedenja z znižano motivacijo za šolsko delo in aktivnosti na splošno, motenj hranjenja ter pretirane rabe zaslonov. Otroci, mladostniki in njihovi starši so odlašali z iskanjem pomoči, potem pa so se težave poslabšale do te mere, da je bilo potrebno iskati urgentno pomoč. Šolanje na daljavo, omejevanje socialnega življenja, negotovost glede lastnega zdravja in zdravja bližnjih, negotove finančne razmere v marsikateri družini - je le nekaj dejavnikov, ki so pomembno vplivali na spremenjeno življenje družin. V raziskavi, ki so jo v okviru NIJZ izvedli oktobra 2020 med učenci 9. razredov in dijaki 4. letnikov, vključenih je bilo 3052 mladostnikov, pa se je pokazalo, da so med mladostniki iz manj premožnih družin in tistimi iz bolj premožnih pomembne razlike v doživljanju pandemije, duševnem zdravju, tveganih vedenjih in drugimi z zdravjem povezanimi vedenji, zato jim je potrebno nameniti več pozornosti. V tretjem valu po vrnitvi otrok v šole se je povpraševanje po pomoči začelo povečevati in čakalne vrste so se podaljševale. Strokovnjaki v javni mreži niso mogli zadovoljiti potreb po pomoči niti niso mogli več slediti strokovnim standardom. Takšno stanje je še danes.

#### **5. Kaj se še kaže kot problem?**

Ob vse večji medikalizaciji obravnav otrok z duševnimi motnjami je bil že pred korono problem veliko pomanjkanje in slaba dostopnost do svetovalnih in psihoterapevtskih storitev. Če teh ni in otrokom ter mladostnikom dajemo večinoma le zdravila, je to tudi strokovno škodljivo in etično sporno. Da morajo otroci in njihovi starši čakati na psihološko svetovanje in psihoterapijo leto do dve, je preprosto rečeno, nacionalna sramota. Take čakalne dobe pomenijo, da dejansko teh oblik pomoči v javnem zdravstvenem sistemu ni, saj velja »delayed is denied«.

#### **6. Torej primanjkuje psihologov in psihoterapevtov? Zakaj je tako? Gre za sistemsko težavo?**

Ja, gre za sistemske težave. Na to je v svojem poročilu leta 2015 opozorila tudi ekspertna skupina Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je pod drobnogled vzela stanje na področju varovanja duševnega zdravja v Sloveniji. Poudarili so, da je na primarni zdravstveni ravni premalo strokovnjakov s področja psihiatrije, klinične psihologije in psihoterapije ter da je dostopnost do služb za duševno zdravje na vseh ravneh slaba. Med drugim so opozorili, da zaradi neurejenosti področja psihoterapije ZZZZ prizna strošek te storitve samo kliničnim psihologom in psihiatrom, medtem ko se številnim psihoterapevtom, ki so po evropskih kriterijih poklicno usposobljeni za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti, preprečuje delovanje v okviru sistema zdravstvenega in socialnega varstva ter šolstva.

7. **Kako bi sistem pomoči bolje uredili in težave reševali pravočasno, še preden pride do najhujšega?**

Ekspertna skupina SZO je Sloveniji med drugim predlagala prenos težišča služb in storitev za duševno zdravje na lokalno raven in izboljšanje njihove dostopnosti, vzpostavitev urgentnih služb za otroke, ki bodo odgovorne za presojo in triažo, povečanje števila kliničnih psihologov in psihoterapevtov ter omogočanje že usposobljenim strokovnjakom iz priznanih psihoterapevtskih šol psihoterapevtsko delo v okviru služb socialnega varstva in zdravstva.

8. **Kakšna je vloga šole pri prepoznavanju stisk otrok?**

Ekspertna skupina SZO je že leta 2015 opozorila na veliko obremenjenost šolskih svetovalnih služb in na prednost organizacije pomoči otrokom s specifičnimi učnimi težavami v sklopu svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in njihove starše, ki pa niso enakomerno regijsko zastopani, saj jih imamo le v Ljubljani, Mariboru in Kopru. Ob povečanje duševnih stisk, težav in motenj otrok v korona obdobju šolske svetovalne službe še bolj pokajo po šivih. Hkrati za obravnavanje duševnih motenj niso dovolj usposobljeni, napotiti pa nimajo kam, saj so psihoterapevtske storitve dostopne le samoplačnikom.

9. **Torej je zakonska ureditev psihoterapije ena od prioritet tudi za izboljšanje varovanja duševnega zdravja otrok in mladostnikov?**

Ja, zakonska ureditev bi psihoterapijo regulirala kot samostojen poklic in psihoterapevti bi se lahko zaposlovali tudi v šolskih svetovalnih službah, svetovalnih centrih za otroke ter zdravstvenih domovih v centrih za duševno zdravje otrok in mladostnikov (CDZOM). Odkar je bila namreč v parlamentu marca 2018 sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-28, raste po celi državi 25 regijskih CDZOM z multidisciplinarnimi timi za skupnostno obravnavo, v katerih pa zaenkrat psihoterapevtov ni, saj ta poklic v Sloveniji še ni registriran. Ministrstvo za zdravje, ki naj bi v skladu s smernicami in akcijskim načrtom Resolucije skupaj z Ministrstvom za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti ter Ministrstvom za šolstvo že v letu 2020 implementiralo zakon o psihoterapiji, je na celi črti odpovedalo. Tudi opozorilo Varuha človekovih pravic o hudi kršitvi proceduralnih pravil in nalog, ki jih je ministrstvom naložila Resolucija, žal ni zaleglo. Vendar pa psihoterapevti ob zavedanju naraščajočih potreb vseh skupin prebivalcev po psihoterapevtskih storitvah še naprej iščemo poti za zakonsko ureditev psihoterapije, ki edina lahko zagotovi boljšo kvaliteto in hkrati večjo dostopnost do te oblike pomoči.





Irena Kosovel in Kim Germ<sup>1</sup>

## **Psihoterapija mi je pomagala osmisliti življenje: Intervju z Ireno Kosovel<sup>2</sup>**

### *Psychotherapy helped me to make sense of my life: Interview with Irena Kosovel*

#### **1. Se mi lahko na kratko predstavite?**

Po osnovnem poklicu sem diplomirana pravnica s pravosodnim izpitom. Vse življenje sem delala v državni upravi na relativno zahtevnih vodstvenih mestih. Vodila sem različne organizacijske enote in splošne sektorje, kjer smo se ukvarjali s finančno-materialnimi, kadrovskimi, socialnimi in pravnimi zadevami. Področja dela so bila različna, od notranjih zadev in kmetijskih trgov pa do zadnjega obdobja, ko sem delala na vladni službi za zakonodajo. Zanimali so me predvsem odnosi z ljudmi, kako vzpostaviti konstruktivne, sodelujoče odnose, ki bi bili v zadovoljstvo vseh. To je rdeča nit mojega življenja. Že na področju notranjih zadev sem začela ugotavljati, da me je omejenost sistema začela iritirati, zato sem iskala nove izzive in se vpisala v magistrski študij civilnega prava.

Po dvajsetih letih sem prvič zamenjala službo in zajadrala v odvetništvo. Tu pa sem kmalu ugotovila, da ne zmorem zastopati kogarkoli. Del mene je stalno presojal, kaj koristi skupnosti. Ob nekaterih strankah se je v meni prebudil močan socialni čut in začutila sem potrebo te ljudi zaščititi. Eden takšnih primerov, ko je po pomoč prišla mamica s triletno hčerko, me je dobesedno razsvetlil. Hotela je vložiti tožbo za priznanje očetovstva. Med pogovorom mi je punčka zlezla v naročje in vsa moja pozornost se je usmerila nanjo, namesto da bi se ukvarjala z mamico in pravnimi vprašanji. Tako sem spoznala, da odvetništvo ni zame.

Vrnila sem se v državno upravo, kjer sem se počutila domače, tokrat na Ministrstvo za kmetijstvo. V tem času sem že začela s študijem psihoterapije, potem ko sem v času moje ločitve imela z njo dobro izkušnjo kot klientka. Že takrat sem

- 
- 1 Irena Kosovel, pravnica in psihoterapevtka, irena.kosovel@gmail.com  
Kim Germ, študentka psihoterapevtske znanosti na Ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja (SFU Ljubljana), kimgerm@gmail.com
- 2 Intervju je bil opravljen aprila 2022 v okviru predmeta Zgodovina psihoterapije na Ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja (SFU Ljubljana), ko študenti izvedejo intervju z znanim slovenskim psihoterapevtom ali psihoterapevtko.

se zavedala, da je ob življenjskih težavah potrebno ugotoviti, v čem je problem in poiskati rešitev. Tako sem na lastni koži izkusila pozitivne učinke psihoterapije. Moje navdušenje ob tem je bilo neizmerno in zaželela sem si bolje spoznati to področje. Tako sem začela prebirati strokovno literaturo in se začela zanimati, kako bi lahko ostala v stiku s tem področjem. Takrat mi je moja terapevtka povedala, da obstaja tudi študij psihoterapije in tako sem začela.

V ločitvenem postopku sem se srečala tudi z mediacijo, ki me je fascinirala na podoben način kot psihoterapija. Doživela sem, kako osvobajajoče je, ko si v stiski deležen strokovne pomoči, ki učinkovito naslovi probleme in ponudi rešitve. Sama po sebi se je ponudila priložnost, da združim svoj pravniški poklic s svojo naravnostjo pomagati ljudem, ki so se znašli v podobni življenjski situaciji kot jaz. Šla sem v edukacijo za mediatorja, nato pa kot mediator začela delati na Okrožnem sodišču v Ljubljani, kar je zadnjih 18 let postala moja vzporedna aktivnost.

**2. Koliko ste bila stara, ko ste se potem odločila za študij?**

Imela sem krepko čez 40 let, a bilo mi je jasno, kaj me v življenju zanima in temu sledim do današnjih dni, ko jih imam že dobrih 65.

**3. Kar pogumna odločitev zamenjati poklic pri svojih štiridesetih. Večina ljudi se boji novih poti, stopiti v neznano, sploh pa se odločiti za nov študij pri teh letih. Katere so vaše kvalitete, da ste to zmogla?**

Sem aktiven človek. Zanima me dogajanje znotraj mene, v odnosih in v svetu. Sem v stalnem raziskovanju svoje notranjosti in dogajanja okoli sebe. Vedno sem tudi intenzivno spremljala družbena dogajanja, kaj se dogaja v svetu na splošno. Zdi se mi pomembno povezovati notranja doživljanja z zunanjim dogajanjem. Takšna naravnost me tudi vodi v socialni aktivizem, vedno najdem kakšen izziv. Kar spontano se zgodi, da se vključim v nek projekt, ki ima širši družbeni pomen. Tako se je tudi začela moja aktivnost v zvezi z zakonom o psihoterapiji.

Ko sem se znašla v psihoterapevtskem prostoru, sem kmalu ugotovila, kako je to področje neurejeno, ob tem da sem dobrobiti psihoterapije že izkusila iz prve roke. Tu se je prebudil moj pravniški duh in spoznanje, da področje ni dovolj organizirano, da ni predpisov in pravil na ravni države, da se vse odvija le v okviru društev. Kot sem že povedala, sem svojo delovno dobo opravila v državni upravi in sem po duši organiziran, pravno sistemski človek. Prav to sistemsko urejenost sem takoj pogrešala tudi v psihoterapevtskem prostoru in se zato vključila v delo organov Združenja psihoterapevtov Slovenije. Razmišljala sem o tem, kako bi lahko področje psihoterapije organizirali na način, da se kot samostojno strokovno in znanstveno področje integrira v naš družbeni red. To je bilo tisto, kar me je vlekelo, horizonti, ki segajo preko osebnih interesov. Začela sem iskati,

kaj bi bilo na področju psihoterapije potrebno spremeniti, da bi delovalo v dobrobit ljudi, ki jo potrebujejo. To je tisto, kar me še danes motivira. Res pa je, da sem prav v zadnjih dveh letih precej opešala, ker sem doma doživela hudo bolezen in izgubo, kar me je fizično in čustveno zelo izmučilo. Kar za lep čas sem izgubila energijo in motiv za zunanje udejstvovanje.

**4. Predno se podrobneje posvetiva temi zakona, bi vas vprašala, kaj vas žene k opravljanju psihoterapevskega poklica?**

Prav to, da lahko človeku pomagam. In moja osebna izkušnja, kako je težko, ko v stiski ne razumeš prav dobro, kaj se dogaja, ko si nebogljjen in se ti svet sesuva. Ob ločitvi sem iskala poti, kako si pomagati in razumeti, kaj in zakaj se mi dogaja, pa seveda na novo zaživeti. V hudi lastni stiski sem spoznala, kako pomembno je, da v takšnih težkih trenutkih naletiš na prave ljudi, ki ti lahko pomagajo do pravih rešitev. Sama sem imela to srečo. Bilo je pred tridesetimi leti, ko se je o psihoterapiji med običajnimi ljudmi zelo malo vedelo. Le redki posamezniki so poznali in se odločili za to obliko pomoči, pa tudi psihoterapevtov je bilo zelo malo, vse je bilo še v povojih. Ko sem na lastni koži spoznala blagodat psihoterapije, sem začutila hudo obžalovanje, da ljudje te možnosti ne poznajo. To je bila moja motivacija, da sem ostala v stiku s psihoterapijo tudi po zaključku lastne terapije. V sebi nosim vzgib, da svoje dobre izkušnje delim z drugimi, ki so v podobni stiski in jim pomagam. To me motivira še danes. Tudi pred kratkim, ko sem žalovala za preminulo hčerko, je bila terapevtska ura tisti čas v dnevu oz. tednu, ki mi je dajal oporo, mi pomagal na novo osmisliti življenje.

**5. Kako to, da ste izbrali psihoanalitični pristop?**

To je bila stvar naključja. Takrat ni bilo prav veliko možnosti izbire. Sama sem bila v razvojno analitičnem psihoterapevtskem procesu in mi je bil ta pristop blizu. Pravzaprav sploh ni bilo nobene dileme, o drugih možnostih nisem niti razmišljala. Sistemskega pristopa v krogu ljudi, kjer sem se znašla, ni bilo. Že takrat je bil aktualen tudi kognitivno vedenjski pristop, a se z njim nisem srečala. Tako je bila moja odločitev za analitični pristop zelo spontana, brez poglobljenega razmisleka.

**6. Zakaj je poklic psihoterapevta pomemben za družbo?**

Psihoterapevtski proces razumem kot osebno zorenje oz. razvoj. Večinoma se ljudje odločijo za psihoterapijo zaradi konkretnih, aktualnih problemov. A glavnina njihovih težav izhaja iz zgodnjega razvojnega obdobja, iz izkušenj v primarni družini. To okolje nas najbolj oblikuje. Definira naše posebnosti pa tudi naš odnos do življenja, kako vstopamo v odnose, kako se soočamo z zunanjim

svetom itn. Če s pomočjo psihoterapije razumemo, kaj se nam dogaja v odnosih, če razumemo lastne odzive, če gremo skozi procese terapevtskih uvidov, spoznanj in korektivnih izkušenj, razvijemo držo in zmožnost, da se kot ljudje izgrajujemo, nadgrajujemo in popravimo določene pomanjkljivosti. Naučimo se lahko bolje obvladovati in uravnavati pomembne odnose in situacije, npr. s sodelavci, s partnerjem, z otroki, z bližnjimi. Postanemo bolj samozavestni in suvereni. In takšen človek je seveda v družbi mnogo bolj uspešen, ustvarjalen, bolj prispeva k splošnemu dobremu v družbenem okolju. Takšni ljudje znajo tudi bolje razmišljati, presojati in ocenjevati, kaj je prav in narobe in so lahko bolj kvalitetni člani družbe, saj lahko prispevajo k njenemu razvoju. Z osveščanim človekom je težje manipulirati, ker je sam svoj, ker ima svoja stališča, svojo notranjo stabilnost in suverenost.

## **7. Kakšen je vaš pogled na zakonsko ureditev psihoterapije v Sloveniji?**

Pri nas se je psihoterapija začela razvijati v okviru zdravstva v šestdesetih letih, od osemdesetih let naprej pa je naredila velik razvoj predvsem izven zdravstva. V okviru zdravstva imamo danes psihiatre, klinične psihologe, ki se ukvarjajo predvsem z diagnosticiranjem in medikamentoznim lajšanjem simptomatike duševnih motenj. Psihoterapevti pa se poslužujemo povsem drugačnega pristopa, ki temelji na zaupnem terapevtskem odnosu in poglobljenem pogovoru. Psihoterapevtski proces je usmerjen k ozaveščanju in verbalizaciji klientovih problematičnih vsebin, tako da jim na ta način odvzema patološki, obremenjujoč naboj ter pomaga k izboljšanju psihičnega stanja in posledično k osebnostnemu razvoju.

Področje psihoterapije je že doseglo točko, ko se je osamosvojilo od drugih strok, ki se ukvarjajo z duševnim zdravjem, tudi od klinične psihologije in psihiatrije. Razmejitve med posameznimi poklicnimi profili so jasne: psihiater v glavnem lajša duševne motnje z zdravili, klinični psiholog diagnosticira, psihoterapevt pa zdravi z odnosom in s pogovorom, tako da omogoča korektivno izkušnjo. Psihoterapevt je torej tretji poklicni profil, ki je enakovreden drugima dvema. Seveda je vsaka pomembna sprememba v družbi na začetku s strani večine razumljena kot problematična, potreben je čas, da se uveljavi. Zelo veliko je odporov, predvsem v okoljih, kjer bi te spremembe najbolj čutili in tako je žal tudi glede zakonskega urejanja področja psihoterapije. Strokovnjaki, ki se v zdravstvu že ukvarjajo z duševnim zdravjem in patologijo, so zelo zadržani do teh sprememb, imajo svoje pomisleke, ki izhajajo iz utečenih okvirjev. Čeprav so med njimi tudi pionirji slovenske psihoterapije, ki so v šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja omogočili, da se je edukacija psihoterapije začela sistematično razvijati, so postali cokla sodobnemu razvoju. Na neki točki so obstali in ne zmorejo novih korakov. To je po mojem mnenju ključni problem



v Sloveniji, da se uradna medicina ne zmore sprijazniti z razvojem na področju psihoterapije. Tako me drugim tudi nočejo sprejeti, da se je v zadnjih dvajsetih letih razvila akademska pot izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic. Tu imajo še in še pomislekov, dvomov, očitkov in kritik.

## **8. Kakšna je pot do sprejetja nekega zakona?**

Ko se v vsakodnevnem življenju v družbi pojavi neka potreba, v našem primeru potreba po psihoterapevtskih storitvah, se pristojno ministrstvo, v našem primeru za zdravje, aktivira in njegova naloga je, da področje normativno uredi v skladu z nacionalnim pravnim redom. Tako bi moralo tudi ministrstvo za zdravje že zdavnaj prepoznati, da se v slovenskem prostoru razvija psihoterapevtska dejavnost ne samo v zdravstvu, temveč so potrebe življenja narekemale, da so se te aktivnosti dokaj samoniklo začele razvijati tudi izven zdravstva, na prostem trgu. Tem potrebam pa so sledile različne možnosti psihoterapevtske edukacije po strokovnih združenjih, v zadnjih dvajsetih letih pa tudi po visokošolskih zavodih. Tako praktično kot izobraževalno dejavnost na področju psihoterapije bi bilo zato nujno normativno urediti.

Strokovna združenja so s takšnim predlogom potrkala na vrata ministrstva za zdravje že leta 2004 in 2005. Sama sem bila v tem času namestnica generalne sekretarke na generalnem sekretariatu vlade, istočasno pa sem se tudi že educirala za psihoterapevko in sem po srečnem naključju to dvojje lahko povezala. Dali smo pobudo za imenovanje delovne skupine, ki naj bi pripravila zakon. Takratni minister Bručan je imel za to posluh, tako da je bila ustanovljena delovna skupina, sama pa sem bila kot pravnica in kot nekdo, ki nekaj ve o psihoterapiji, postavljena za vodjo. Takrat so se prvič v zgodovini slovenske psihoterapije povezali tisti, ki so izvajali psihoterapijo znotraj zdravstva (zastopani preko predstavnikov Združenja psihoterapevtov Slovenije), in tisti, ki so delovali zunaj zdravstva (zastopani preko predstavnikov Slovenske krovne zveze za psihoterapijo). Takrat smo sodelujoči v tem procesu uspeli razumeti, da je potrebno stroko povezati in poiskati rešitev, ki bo področje psihoterapije ustrezno pravno formalno uredila. Skupina je delovala štiri leta in izoblikovala usklajen predlog zakona o psihoterapevtski dejavnosti. Junija 2010 je bil pripravljen za medresorsko usklajevanje, v decembru 2010 pa je bila v programu dela vlade za leto 2011 predvidena javna razprava in posredovanje v državni zbor za sprejem. Žal pa se je ravno takrat menjal minister za zdravje, ki je z izgovorom, da ta zakon ni prioriteta ministrstva, štiriletno delo strokovne ekipe zavrgel. Od tedaj dalje do danes se je zvrstilo vsaj pet ministrov in na vsakega smo naslavljali pisma, s katerimi smo opozarjali, da je potrebno področje psihoterapije sistemsko urediti. V glavnem smo ponavljali iste stvari, dodajali smo le nove informacije in dejstva, tako kot so se razvijala »na terenu«.

Nekateri ministri sploh niso odgovorili, nekateri so nas vsaj povabili na razgovor, vendar se premaknilo ni nič.

Nato smo leta 2018 v okviru javne razprave uspeli s pripombami na Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018-2028, tako da so vanjo vključili določbo, ki je državo zavezala k normiranju področja psihoterapije. Prvič je bilo v kakšnem nacionalnem strateškem dokumentu zapisano, da mora Republika Slovenija sprejeti zakon s področja psihoterapije. Postavljen je bil kratek dvoletni rok, vključno z implementacijo zakona leta 2020. Marca 2018 je bila imenovana delovna skupina, v kateri so bili vsi relevantni deležniki s področja psihoterapije. A že takoj je prišlo s strani zdravniškega in klinično psihološkega lobija do tako intenzivne obstrukcije, da je jeseni 2018 delovna skupina nehala delovati brez kakršnegakoli pojasnila ministrstva članom. Tudi ta okoliščina je ključno prispevala k dodatnim aktivnostim v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje, da smo začeli z obiski poslancev, ki so nam dali podporo za zakon.

#### 9. **Torej se je delovna skupina leta 2018 oblikovala iz obeh strani?**

Da. Nisem pa še povedala cele zgodbe o tem, kako smo se ti, ki smo izven zdravstva, se pravi, vse fakultete in društva, ki izvajajo psihoterapevtske izobraževalne programe, povezali in se organizirali. Prišlo je do pobude, da se vsi deležniki zunaj zdravstva povežejo v kolegij, ki bo deloval na področju normativnega urejanja psihoterapije. Posamezniki, ki so zastopali svoje organizacije v kolegiju so se nato kot fizične osebe odločili, da bodo v letu 2016-17 ustanovili združenje, ki so ga poimenovali Slovensko združenje za psihoterapijo in svetovanje. Osnovni cilj združenja je bil in je še vedno normiranje področja psihoterapevta v Sloveniji, torej sprejem zakona. Oblikovali smo interno delovno skupino, v kateri so bili predstavniki Teološke fakultete Univerze v Ljubljani, Fakultete za uporabne družbene študije iz Nove Gorice, Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije idr., na posebno povabilo pa so se nam pridružili tudi predstavniki Slovenske krovne zveze za psihoterapijo. Skupaj smo nato tudi opravili srečanja s poslanci, ministri, varuhom človekovih pravic idr. K sodelovanju pa smo pridobili tudi kolegico pravnico, ki je z nami pripravila nov predlog zakona.

Glede vašega vprašanja, kako se sprejema zakon, moram še pojasniti, da je praviloma pobudnik za zakonsko ureditev nekega področja resorno ministrstvo. Žal v primeru zdravstva temu ni tako. Že 15 let je na delu izključno civilna iniciativa z vedno novimi poskusi zainteresirati vsakokratnega ministra za zdravje, da prične z delom na tem področju. Delovne skupine do sedaj niso prišle dlje kot do enega predloga zakona v letu 2010, drugi poizkus delovne skupine je zamrl leta 2018.

**10. Do zdaj torej med politiki ni bilo nikogar, ki bi se zares zavzel za ureditev področja psihoterapije?**

Žal je tako, ja. Med vsakokratnimi odločevalci se še ni našel človek, ki bi doumel pomen in širino psihoterapevtske problematike in bi aktivnosti v tej smeri podprl. Če ni nekoga, ki potisne zadevo naprej, se nič ne zgodi. Problem na psihoterapevtskem področju je, da so interesi zelo nasprotujoči – tisti, ki so za samostojni poklic in tisti, ki so proti; pa tisti, ki so za akademsko izobraževanje takoj po maturi in tisti, ki so za psihoterapijo kot drugi poklic itn. Ministrstvo za zdravje se pri odločanju o novostih s področja stroke naslanja na razširjene strokovne kolegije, ki so najvišja strokovna telesa za različna področja zdravstva: kirurgijo, ginekologijo, pediatrijo, tako tudi za psihiatrijo, otroško in mladostniško psihiatrijo ter klinično psihologijo. Vse predlagane spremembe na področju duševnega zdravja gredo na mizo teh treh strokovnih kolegijev. V njih pa žal sedijo ljudje, ki ne sledijo razvoju psihoterapije, vzdržujejo obstoječe stanje in niso naklonjeni spremembam oz. temu, da se vpelje nov poklicni profil psihoterapevt.

Naša prizadevanja z zakonom pa so, da se regulira psihoterapijo kot samostojen poklic, ki temelji na znanstveni podlagi, ta pa terja akademsko pot izobraževanja. Dosedanja praksa pa je, da se izvaja izobraževanje v okviru strokovnih združenj, od katerih so nekatera za ta namen organizirala zasebne inštitute. Te organizacije pa nimajo javno veljavnih sistemov izobraževanja, pač pa so društva posameznikov, ki jih povezujejo skupni, a parcialni interesi. Nimajo pristojnosti in moči države, njihova izobraževanja niso v skladu z zakonom o visokem šolstvu, zato ob zaključku izobraževanja posameznikom ne morejo izdati javno veljavnih listin oz. potrdil o tem, da so pridobili relevantno izobrazbo s področja psihoterapije. Javna listina, ki jo izda akreditiran visokošolski zavod, je edina, ki dokazuje doseženo raven izobrazbe.

**11. Kakšna je država, ki nima urejenega področja psihoterapije? Kaj to pove o politiki države in o državi sami?**

Zdi se, da še nismo zreli, da bi na ustrezen način regulirali psihoterapijo. Na odločevalskih mestih ne uvidijo te potrebe. Stroka za to potrebo dolgo časa ve, opozarja, pravega odziva pa ni. Kot pravnik ne morem razumeti, da država ne spoštuje zavez, ki so sprejete s pravnimi akti, niti nihče tega ne izpostavlja in ne polemizira. Zanimivo je, da se na dopise z naše strani državni organi ne odzivajo, ne odgovarjajo. Niso torej korektni niti v smislu osnovnega bontona. Če pa že odgovorijo, se neprestano izmikajo in po vsebinski plati niso sposobni zagrabiti bika za roge.

**12. Ampak saj vse spremembe dogajajo na kolektivnih ravneh, morajo vzkliti iz ljudstva?**

Tako je, spremembe so možne, ko je dosežena neka kritična masa.

**13. Kako da se do sedaj nikoli niste odločili za referendum?**

Ker smo se pretežno ukvarjali s tem, kako sploh postati slišani. Ljudje bi najbrž rekli »da«, če bi jim postavili vprašanje, ali so za zakon. A v končni fazi je potrebno takšno nalogo opraviti. To pomeni napisati zakon, ga v parlamentu sprejeti, nato pa še implementirati v življenje. Nekdo se mora s to nalogo aktivno ukvarjati. Mi pa žal že imamo izkušnjo, da lahko država pravnega sistema ne upošteva. Kaj vse je že ustavno sodišče naložilo vladi, da mora popraviti, ker je nezakonito, pa tega ni naredila ali pa leta in leta s tem zavlačuje. Tu gre za nespoštovanje treh vej oblasti: zakonodajne, izvršilne in sodne oblasti.

Mi smo najprej nagovarjali odločevalce, da zakon potrebujemo. Tak konsenz smo sicer dosegli, vendar od tu naprej se ni zgodilo več nič. Od prvih aktivnosti za zakon smo kot predstavniki civilne družbe pravzaprav v zadnjih letih veliko dosegli, npr. da smo uspeli v resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja zapisati zavezo države za zakon. Tu pa bi se moralo začeti konkretno delo, ki pa, kot sem že omenila, do zdaj ni steklo, ker se nihče od odločevalcev za to ni zares zavzel. Podpore samo deklarirajo in ostajajo pri besedah, v resnici pa glede konkretnih dejanj držijo figo v žepu. Delovno skupino so na ministrstvu za zdravje marca 2018 še imenovali, potem pa pustili, da je jeseni 2018 prenehala delovati, ob tem da članom nikoli niso dali povratnih informacij, kaj se dogaja. To so zaprti krogi okoli ministrstva, ki so nepregledni in na nek način skrivni. Seveda obstaja tudi možnost, da bi spodbudili poslance, da sami vložijo zakon mimo ministrstva, a se za poskus po tej poti še nismo odločili.

**14. Razmišljajte, prosim, o kakšnem referendumu (smeh), zato ker zdaj smo mi mladi pripravljani na spremembe. Želimo podpreti stvari, za katere vidimo, da so vredne, koristne za človekovo dušo.**

Super. To je dobro slišati. V tem trenutku sem kar optimistična. Prihaja nova vlada in z njo upanje, da bomo dobili kakšnega sogovornika, ki nas bo slišal, da bomo lahko naredili kakšen preboj naprej.

**15. Ali naš narod ne izraža dovolj potreb po psihoterapiji?**

Potrebe so, vsepovsod. Pomembno pa je, koliko vsak pri sebi prepozna te potrebe. Vsekakor je pomembno ozaveščanje in vzgoja že od mladih nog ter seveda možnosti za dostop do psihoterapevtskih storitev. Napredek v tej smeri je, vendar glede na dejanske potrebe ljudi še vedno premajhen. Prav v korona obdobju so

se potrebe po pomoči zaradi duševnih težav in motenj še povečale, žal pa ljudem še ni dovolj znano, kako lahko pomaga psihoterapija in kako deluje. Dejstvo pa je, da se tega, kar smo se kot otroci naučili in izkusili v primarni družini, nato pa leta in leta utrjevali, npr. način razmišljanja, vstopanja v odnose, funkcioniranja, spopadanja z vsakodnevnimi problemi, nefunkcionalna ravnanja, ne da spremeniti čez noč. To je proces, ki zahteva vztrajno, potrpežljivo delo na sebi. Za uspešno delo ni dovolj samo pogovor v uri terapije, terapevtski proces mora teči tudi izven seans. Psihoterapevtska obravnava ni samo tista aktivna ura, ko je klient s terapevtom, pač pa vse, kar dnevno asociira, razmišlja, povezuje, sklepa in potem prinese na naslednjo terapevtsko srečanje. Le na ta način se proces intenzivira. Če pa klient ves teden odmisli to, kar se je dogajalo na zadnji seansi, je to lahko odraz njegovega odpora, a prav njegova predelava zahteva še več truda in časa, da se potem lahko ponovno poglobi vase in nadaljuje z delom na sebi.

16. **Včeraj sem razmišljala o tem, da smo ljudje na nekakšnem avtopilotu, nekako ujeti in nas je ta slogan svobode zato tako prepričal. Koliko hrepenimo po svobodi na nezavedni ravni?**

Ja, res je, ta slogan je zanimiv. Ko sem ga prvič slišala, mi je zvenel kot iz drugih časov, realsocialistično. Ko pa sem v naslednjih dneh poslušala različne prispevke o novi stranki, kaj zagovarjajo, na katere strukture v družbi se ozirajo, npr. na civilno družbo, da so ljudje začeli oglašati, postajati aktivni in politikom sporočati, kaj jih moti in kaj bi bilo treba narediti, sem dobila vtis svežine, aktualnosti. Ljudska gibanja sporočajo, da se narod prebuja, da si želi več svobode, več upoštevanja, več enakosti, več možnosti za mlade itn. V tem kontekstu dobiva ta slogan, ki je med nami že dva, tri mesece, novo vsebino in sporočilno vrednost.

17. **Ja, se mi zdi, da je ta koncept dokaj nov. Jaz ga imam sicer vrojenega vase, tako običajno mi je to stanje svobode. Pri mami, ki je stara 53 let, pa kdaj slišim, da se ji toži po več svobode, da se ne počuti svobodno. Spomnim se, kako mi je nekega dne stara mama povedala, da želijo uvesti obvezno cepljenje. Priznam, da sploh nisem razumela koncepta »obvezno«. Kako bi lahko bila prisiljena v nekaj, za kar nimam lastnega interesa? Sedaj je omejevanje tako eskaliralo, da si res želimo prave demokracije.**

Mogoče tudi zato, ker se ta svoboda dejansko marsikje krči. Malo po malo, tako da se na prvi pogled niti ne opazi. V kolikor pa začnemo analizirati, kako družba funkcionira, ali pa če pogledamo vso to informacijsko tehnologijo, ki nam po eni strani res lajša življenje, po drugi strani pa se nam je zalezla v vse pore družbenega in osebnega življenja, je prostor svobode vse manjši. Npr. pomislite, koliko

kamer je postavljenih vsepovsod. Pa vse to kartično poslovanje. Na podlagi plačilnih kartic je možno rekonstruirati človekove navade - od tega, za kaj troši in kje, kam zahaja, kaj ima rad itn. Smo pod lupo in to ni več svoboda. Cel svet, celotno človeštvo je podvrženo informacijski tehnologiji in umetni inteligenci in nihče zares ne ve, kam to vodi.

**18. Če se vrneva v vašo psihoterapevtsko ordinacijo, kako pomagata klientom, da se začnejo odpirati? Ali je to poseben terapevtski pristop ali pa je to bolj vaša drža? So to morda izkušnje ali tehnike, ki jih uporabljate?**

Po eni strani je pomembno, kako človek sploh prepozna, da je v stiski. Po drugi strani pa, kako v terapevtskem procesu vzpostaviti zaupanje in občutek varnosti, da se klient odpre in spregovori o sebi brez zadržkov. Velik korak je storjen že, ko se človek odloči, da gre v terapijo. Sama odločitev je dokaj močan garant za to, da ve, za kaj se je odločil in da takšen način pomoči sprejema. Posledično si bo zato tudi prizadeval biti odprt in sodelujoč. Podobno kot če greste k zdravniku. Seveda mu boste povedala, zakaj ste prišla in kakšne težave imate, da vam bo lahko pomagal. Težje je seveda v nadaljnjem procesu, ko klient pride do nezavednih vsebin, npr. tistih, ki so tako samoumevne, da so postale avtomatske. Te vsebine začnem nagovarjati, ko proces steče, ko s pomočjo vprašanj in interpretacij sprožim nadaljnje asociacije. Če je odnos med klientom in mano vzpostavljen, če se torej med nama utrdi delovna aliansa, potem bo klient sodeloval in povedal vse, kar ve, vse, kar mu pride tisti trenutek na misel, tudi svoje občutke, strahove, dvome. Če teh pogojev ni, je seveda delo oteženo ali celo onemogočeno. Moja naloga je zgraditi pot do klienta, da lahko vse bolj zaupa. Potrebno je potrpljenje, postopno vzpostavljanje varnega in zaupnega okolja. Včasih tudi pomaga kakšen delček mojega samorazkrivanja, s čimer klientu sporočam, da sem jaz ravno tako človek kot on, z vsemi bolečinami, slabostmi, napakami in zdrsi. S tem ga poskušam opogumiti, da si dovoli spregovoriti o svoji senčni plati in da ni potrebno biti popoln itn. Načinov, kako vzpostavljati stik, je nešteto in se od primera do primera razlikujejo. Vsekakor pa je skupni imenovalec terapevtova empatična naravnost na klienta, potrpežljivost in sooblikovanje realnih ciljev za klienta.

**19. Kako prepoznate te nezavedne vsebine? Spomnim se, kako nam je v prvem letniku nek profesor dejal: »Že na prvem srečanju s klientko sem slutil, da gre za spolno zlorabo, vendar sem moral čakati tri leta, da je bila ona zmožna to nagovoriti.« Takrat se mi je posvetilo, kako smo ljudje krhki. Kako vi ravnate s to krhkostjo?**

To prinesejo leta prakse. Tega ne začutiš kot začetnik. Na začetku se zelo opiraš na teoretično znanje in tehnike, ki si se jih naučil. Potem pa postopno, na podlagi strokovnega znanja in iz drobcev informacij, ki jih dobiš skozi proces, pa tudi iz drugih lastnih izkušenj, dobiš občutek, aha, tukaj zadaj je še nekaj. Gre za kilometrino, da z nabiranjem terapevtskih izkušenj potem človeka pred seboj vse bolj začutiš. Potem v tej smeri malo po malo raziskuješ, s potrebno senzibilnostjo, ne greš direktno z neko interpretacijo, temveč klienta raje vodiš, da pride do nje sam. Klient sam namreč lahko v procesu marsikaj prepozna, dobi asociacije, tako da se odpre špranja, skozi katero uzre nekaj, kar je pomembno zanj. Takšno negovanje terapevtskega procesa je zelo subtilno.

**20. Tudi moja mami rada ponavlja:**

**»Joj, jaz nikoli več ne bi bila rada mlada.«**

Ja, točno to. Začetki so težki, človek je negotov, celo prestrašen, poln predsodkov, sčasoma pa postanejo iste situacije bolj razumljive, obvladljive in smiselne.

**21. Prej ste omenila, da je terapevtski pogovor v bistvu verbalizacija in ozaveščanje, ki odvzema patološki obremenilni naboj.**

**Kako bi vi opisala takšen pogovor kot metodo dela?**

V vsakem posamičnem primeru presodim ali pa mi situacija sama ponuja, na kaj se lahko navežem. Npr. že način, kako nekdo vstopi, mi lahko ponudi iztočnico, kako začeti, kako vzpostaviti stik. Kaj me kot terapevtko pri tem nagovori, vzbudi zanimanje. Pozorna sem na neverbalne znake, da se lažje približam klientu, temu, kar nosi v sebi, kar čuti, razmišlja. V bistvu ni situacije, ki ne bi ponudila teme za pogovor. Ko npr. klient utihne in ne ve, kaj bi rekel, ga vprašam: »Kaj pa sedaj razmišljate? Kaj se vam plete po glavi?« Sama delujem bolj intuitivno in manj po teoretičnih razmislekih. Zame so terapevtske ure zelo intenzivne, fokusirana sem na klienta, na to, kaj in kako govori, kakšna je njegova telesna govorica, klientu se miselno in čustveno predam. V takšnem stanju marsikaj začutim in iz tega črpam vprašanja, ga usmerjam, zaznam vsebine, ki jih morda niti nisem pričakovala, tudi sama asociiram. Zelo je potek terapije odvisen od situacije in od tega, kako se proces razvija iz trenutka v trenutek.

**22. Ste z leti pridobili na takšnem zaupanju v proces?**

Ja. Prav zadnja leta občutim večjo notranjo suverenost in se lažje predam spontanemu toku.

**23. Tu imam pripravljeno vprašanje o preprostosti in ponižnosti.**

**Kako bi ju opisali?**

Ponižnost se mi prvi hip sliši krščansko. A bolj kot spoznavam življenje, bolj se mu čudim, ga spoštujem in začutim to potrebo biti skromna in v tem kontekstu lahko rečem tudi ponižna. Pred veličino tega življenja in vsega tega, kar se nam dogaja, in navsezadnje tudi pred nevednostjo, ker še vedno nič ne vemo, zakaj smo tukaj.

**24. Vas torej zanima vprašanje človeškega stanja - zakaj smo tukaj kot človeška bitja?**

Te teme me nagovarjajo že vse življenje. Kupujem in prebiram različno literaturo, na žalost veliko manj, kot bi si želela, vse premalo časa pa tudi energije imam. Ni samo čas problem, je tudi utrujenost. So dnevi, ko sem tako izžeta, da zvečer ne zmorem prebirati zahtevnih tekstov, pa čeprav me zanimajo. Morala bi brati zjutraj, a so takrat na vrsti druge obveznosti. Vse to prevpraševanje, od makro do mikro stanj, ta velik razkorak, ali govorimo o veselju in njegovih dimenzijah ali govorimo o dimenzijah najmanjših delcev tega pojavnega sveta. Kje smo mi?

**25. Kako se je vaš pogled na poklic spreminjal skozi leta? Kakšen razlike opazate pri svojem delu od začetkov do danes? Sama npr. opazam razlike pri predavateljih, ki pri 40-ih, 50-ih predavajo zelo drugače kot predavatelji v 60-tih, 70-tih, kot da se vam, starejšim, razvije nekakšen organski občutek za pripovedništvo in na drugačen način predajate znanje, z manj podatki in več modrosti. Kako bi vi opisala vaš lastni proces zorenja?**

Ja, res je. To ste lepo povedali. Ko si na začetku poti, si tako negotov, rabiš usmeritve, vnaprejšnje priprave, kako kaj narediti, neko proceduro, čemur lahko slediš in te stabilizira, zmanjšuje negotovost. Z leti postane praksa del tebe, je lastna tebi samemu, razviješ svoj stil. Sploh ne razmišljaš več, kako se boš nečesa lotil, temveč enostavno greš v zgodbo in si tam, zaupaš spontanosti, nečemu, kar teče iz tebe. To prinesejo izkušnje, ko imaš za sabo veliko različnih situacij in hkrati v njih odkrivaš določeno mero ponovitev.

**26. Bi rekli, da je vaše psihoterapevtsko delo močno vplivalo na vašo osebnost? Kako vas je obogatila psihoanaliza?**

Zelo je vplivalo, da je sedaj neločljivo povezano z menoj. Spremenilo je moj način razmišljanja, čustvovanja in bivanja. V odnosih, v komunikaciji bolj razumem, kaj se dogaja, bolj empatična sem, bolj in bolje lahko začutim človeka, bolj se lahko naravnam nanj in na njegovo situacijo. Bolj človeška sem postala. Ko enkrat vstopiš v psihoterapijo, nisi nikoli več tak, kakršen si bil prej, saj v terapevtskem



procesu pridobiš toliko novih spoznanj in uvidov. In proces učenja se nikoli ne konča, pač pa postane odprtost za neprestano učenje del tvojega življenjskega stila. Sama sem hvaležna za to priložnost in presrečna, da sem lahko deležna te izkušnje, da sem se sploh odločila za to pot osebne rasti, ki mi je osmislila življenje.

**27. Kaj bi svetovala mladim študentom, predvsem pri izbiri specialističnega študija psihoanalize? Kaj bi povedala o psihoanalizi in zakaj je pomembno, da se npr. nekdo odloči prav za ta pristop?**

Mislím, da je to pot samospoznanja. To je skupna značilnost vseh psihoterapevtskih pristopov, ne le psihoanalize. Pot razvijanja razumevanje pa tudi čutenja. Sama pripadam generaciji, ki ni govorila o čustvih ali vsaj bore malo in vem, koliko časa in dela na sebi sem potrebovala, da sem prebudila to sposobnost čutiti, zaznati občutke, jih prepoznati. To je bil dolg proces učenja.

**28. Nasploh se mi zdi, da imamo premalo čustvene inteligence. Mi je zanimivo, ko mi nekdo dejansko pove, da ni imel stika s svojimi občutki. Ne morem si prav dobro predstavljati, kako drugačna je bila včasih vzgoja.**

Ko sem bila otrok, se nismo pogovarjali o tem, kako se počutiš, kaj doživljaš, ali te je npr. strah ali da bi kakšen občutek poimenovali. Vse je bilo usmerjeno na zunanje dogajanje in na navodila, kaj moraš narediti, postoriti, nič pa v to, kako si. Sama sem prvič to jasno spoznala, ko sem se znašla v hudi življenjski krizi, ko sem zelo trpela.

**29. Koliko ste bila stara?**

Pri tridesetih. Seveda sem že tudi prej odkrivala svoja čustva in občutke, a ne na način, da bi o njih govorila in razmišljala. Vedno sem opisovala dogajanje, dejstva, kako se mi je zgodilo to in to. Kar nekaj časa sem rabila, da sem ugotovila, kaj me terapevtka sploh sprašuje, ko se je zanimala za moje občutke. In to je bil zame popolnoma nov svet, polje odkrivanja in spoznavanja, ki se, odkar je bilo enkrat odkrito, razvija zdaj že več kot polovico mojega življenja in je postalo moj modus vivendi.

**30. Kaj se vam je takrat dogajalo, kako ste se počutili?**

Olajšana, presenečena nad terapevtskimi učinki. Spomnim se začetkov, ko sem se v nekem trenutku zavedela svojega slabega počutja in sem si rekla »joj, zakaj se pa zdaj tako slabo počutim, zakaj ta grozna tesnoba«. To je v meni sprožilo razmišljanje, kaj se mi dogaja, pa sem se npr. spomnila, kaj sem se pogovarjala s partnerjem. In potem sem sama pri sebi začela raziskovati, kaj se je dogajalo

in dogajanja povezovati s svojim počutjem, čustvovanjem. Tako sem začela spoznavati, kako dogajanje v odnosih vpliva na moje počutje in razpoloženje. Začeli so se procesi soočanja z vsebinami, ki jih prej nisem nikoli zaznala, niti vedela za njih. Začenjala sem se zavedati, prebujati. Postajalo mi je razvidno, kaj se dogaja v odnosih in kako je to zame in za vse nas pomembno. Ta spoznanja so me dodatno motivirala, da sem se temu predala še bolj intenzivno. Poteka pa ta proces spontano, tedaj se tega niti ne zavedaš na takšen način, kot o tem govoriva sedaj. Ko si v terapevtskem procesu, slediš novim spoznanjem, jih skušaš uporabiti, vgraditi v svoje življenje in se niti ne zavedaš teh sprememb. Šele ko narediš primerjavo med stanjem prej in potem, lahko prepoznaš spremembe in tudi napredek.

**31. Kaj se vam je kot neko sporočilo iz otroštva najbolj zakoreninilo v spominu, kot npr. »ne jokaj«?**

Ja. Moja mama je rada govorila: »Mi pa ne jočemo, a ne? Mi smo pa korajžni, a ne?; Mi se pa ne damo, se borimo, a ne?«

**32. Ali ni to na nek način tudi pozitivno?**

Navsezadnje ja. Dejansko se že celo življenje nekaj borim, na sebi lasten način, da pač iščem rešitve, nekako naprej potiskam aktivnosti, mnogokrat sem motivator, pobudnik. Veliko je bilo takšnih izkušenj, ko sem npr. delala z mladimi, ki sem jih spodbujala. Sedaj pa jih spremljam, kako so uspešni, kaj vse so naredili, njihovih uspehov se veselim. Vidim pa tudi moje sovrstnike, ki se oklepajo svojih pozicij in se bojijo, da jih bodo mladi ogrozili. Meni pa se je prav to zdelo odlično, če so mladi ljudje pokazali interes za učenje in potem prevzemali iniciative. Ravno v službi sem imela več izkušenj, ko so mladi prišli k meni kot pripravniki in ko sem odšla, so me nadomestili ali pa sem jih navdušila, da so šli za mediatorja ali se oprijeli kakšne druge moje aktivnosti. Da sem jim bila za vzor in da sem zanje naredila nekaj dobrega, mi je dajalo dober občutek.

**33. Zdi semi mi, da je malo starejših s takšno naravnostjo in miselnostjo.**

Verjamem, da je to pravi način, da podpreš mladega človeka na poti odraščanja, grajenja strokovne identitete idr. Prej sem že omenila, da sem kot pravnik v državni upravi vedno razmišljala, kako bi lahko določene postopke, načine in organizacijo dela spremenila, da bi bili pri tem, kar delamo, bolj uspešni. Ena od teh idej je prav gotovo tudi ta, da bi morali že v pravni red vgraditi sistem, da se nekaj let pred upokojitvijo človeka na delovnem mestu usmeri v mentorstvo mladih, kar bi bila win-win situacija za obe generaciji.

**34. Tu bi navezala še na eno področje, ki ni razvito. Večina mojih sošolcev je na psihosocialni praksi nezadovoljnih s svojimi mentorji, ker več kot očitno niso usposobljeni za mentorstvo.**

Lahko si predstavljam in razumem vaše nezadovoljstvo, vendar je vaš študijski program še relativno nov. Vsaka novost zahteva čas, da se vzpostavi in uteče. Potrebno je postaviti celoten sistem, zgraditi mrežo potencialnih nosilcev psihosocialne, psihiatrične in psihoterapevtske prakse. Trenutno je potreben velik napor že za to, da fakulteta najde delovne sredine, ki so pripravljene sprejeti študente na prakso, znotraj tega pa še ljudi, ki so pripravljene res delati z mladimi ter jih zato tudi stimulirati in morda za to delo dodatno usposobiti. Največkrat to doživljajo le kot dodatno delo in breme. Mislim, da se bodo s časom te razmere izboljšale in tudi v tem segmentu bo zakon veliko pripomogel, saj bo določil koliko in kakšno prakso rabijo študentje in določil način izvajanja prakse ter inštitucije, ki bodo takšno prakso izvajale. Praksa je del izobraževanja, enako kot pri zdravnikih, kjer je določeno stažiranje, kroženje po bolnišničnih oddelkih, sistem mentorstva in nagrajevanja. Na vaši fakulteti pa se sistem še razvija in utrjuje, potreben je čas, da se razvijejo dobre prakse in s časom tudi tradicija.

**35. Bi se vrnila še malo na psihoanalizo. Ali bi lahko naredili kratek povzetek in pregled nad razvojem in dojetanjem psihoanalize? Kako da se je obdržala, saj se je najprej razvijala v drugačnem duhu časa kot danes, več kot 100 let kasneje? Kako to, da ima še vedno takšno veljavo?**

Verjetno zato, ker je izvor in je utemeljila tiste najbolj temeljne resnice in spoznanja o psihoterapiji. Hkrati psihoanaliza oz. psihoanalitična psihoterapija danes ni več niti približno taka, kot je bila pred 100 leti, ker so jo psihoterapevti nadgrajevali, dopolnjevali itn. Ko sem sama študirala, so nam ponujali avtorje iz prejšnjega stoletja, npr. iz šestdesetih in sedemdesetih let, knjige iz osemdesetih so bile še sveže. Sedaj, 20, 30 let po mojem študijskem obdobju, je te literature čedalje več in je predvsem preko spleta dostopno tudi vse, kar je bilo ravnokar objavljeno. Ali si lahko predstavljate, koliko znanja se je v tem času nabralo in nadgradilo te osnovne teorije, tako da so se metode dela temeljito spremenile? Moram poudariti, da sama nisem psihoanalitik, sploh pa ne klasični psihoanalitik. Moj pristop je analitična psihoterapija. Pri svojem delu sem bolj odprta, daleč od »stone face« drža, saj je ravno pristni terapevtski odnos tisti, ki omogoča korektivno izkušnjo. Če je npr. nekdo imel odsotno in hladno mamo in če ima v terapevtskem procesu terapevta, ki je nanj odziven in empatičen, je to zanj korektivna izkušnja, na osnovi katere lahko zgradi večjo osebno stabilnost in suverenost v življenju.

36. **Izpostavljeni ste nenavadnim, včasih žalostnim pa tudi groznim zgodbam klientov. Ali to vpliva na vaš pogled na človeka in človeštvo?**  
Seveda. Včasih je prav težko nositi te zgodbe, tako da kakšne od njih ne uspem odložiti. Po drugi strani pa me to še dodatno motivira, da si prizadevam za terapevtsko spremembo, ki prinese olajšanje. Opažam, da prav skozi terapijo, skozi terapevtsko izkušnjo čutim vse več tolerance do življenja in do različnosti ljudi. To, da rečeš, samo tako je prav in nič drugače, v odnosih ni produktivno. Zato se izogibam kategoričnim trditvam, ki za razliko od matematike pri odnosih ne veljajo.
37. **Kakšen je vaš pogled na človečnost? Kaj človeka dela človeškega?**  
To je pa zahtevno vprašanje, na katerega je težko odgovoriti na kratko. Večkrat mi ob tem pride na misel vprašanje: »Kako da smo ob vsej nečlovečnosti, ki jo je polna naša zgodovina in sedanost, sploh preživelci?« In ob tem, da živimo v stalni nevarnosti, da lahko pride do atomskega spopada, da lahko sami uničimo ta planet, se sprašujem, ali je v človeku toliko razsodnosti, da bo znal odvrniti to nevarnost in ohraniti našo civilizacijo in okolje. Ali pa je človeku lastna samodestrukcija? To je vprašanje, na katerega nimam odgovora. Sem pa tale odgovor speljala v precej negativno smer, ali ne?
38. **Meni se zdi, da to je realno stanje.**  
To je moj pogled na globalno situacijo, na konkretni mikro ravni pa vsekakor verjamem v človečnost, sodelovanje, empatijo, pozitivno naravnost, tako da zlepa ne obupam.
39. **Pa vendar sem mi zdi, da se kljub vsemu stvari izboljšujejo. Dviguje se zavedanje o čustveni inteligenci, empatiji, skrbi zase in za drugega, čuječnost ...**  
Ja, se strinjam. S takšnimi prizadevanji na mikro in lokalni ravni se borimo proti globalnim nevarnostim. Ostaja pa še ena tema - duhovnost. Sprašujem se, kje smo tu. S tem področjem se bomo verjetno še zelo veliko ukvarjali.

Psihoterapija mi je pomagala osmisliti življenje: Intervju z Ireno Kosovel



Miran Možina<sup>1</sup>

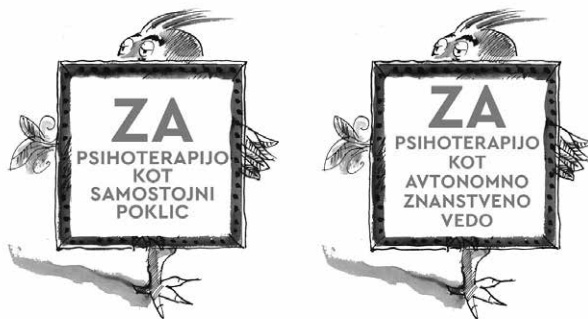
## Uvodnik o Sizifovem delu na zakonu o psihoterapiji

### *Editorial on Sisyphus' work on the psychotherapy law*

Kljub temu, da se je našim prizadevanjem za zakon pridružil tudi Dodo, potem ko se je v enem od poglavij prvega slovenskega priročnika za kliente *Dodo se pogovarja: vodnik po psihoterapiji* (Flajs in Možina, 2022) odločno zavzel za regulacijo psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede, našemu Sizifovemu delu žal še ni videti konca. Ste ga morda srečali, ko je v preteklih mesecih hodil po raznih slovenskih mestih in krajih s transparentoma (slika 1)?

Slika 1

Dodo se neutrudno zavzema za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede.



Tako je verjetno deloma tudi njegova zasluga, da je posijal žarek upanja, da se na Ministrstvu za zdravje (MZ) nekaj le premika<sup>2</sup>, ko se je 5. aprila 2023 v medijih

- 1 Mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Ljubljanska podružnica Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja (SFU Ljubljana), miranmozina.slo@gmail.com
- 2 Da se MZ lahko odzove tudi pozitivno, smo izkusili v začetku leta 2023, ko je minister Danijel Bešič Loredan na prošnjo SKZP podpisal podporo prizadevanjem Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) za skupne edukativne standarde psihoterapije. EAP je namreč Evropski komisiji predala dokumentacijo, v kateri se zavzema za vzpostavitev t. i. Skupnih edukativnih okvirov (Common Training Framework – CTF) (Hunt, 2022) za poklic psihoterapevta. Ta proces vključuje oddajo predloga, ki naj bi ga podprlo vsaj devet držav Evropske unije, znotraj njih pa psihoterapevtske organizacije in relevantno ministrstvo.

pojavi izjava dr. Mojce Zvezdane Dernovšek, vodje Sektorja za duševno zdravje in demenco na MZ: »Zakon na področju psihoterapije je napisan, pričakujemo, da bo šel v javno obravnavo v roku 14 dni.« (Pavlin, 2023)

Poleg te so bile objavljene še naslednje izjave Dernovškove: »Ker psihoterapija ni definirana kot zdravstveni poklic, je v tem trenutku psihoterapevte nemogoče vključiti v zdravstveno službo. Psihoterapijo sicer lahko izvajamo tudi klinični psihologi, psihiatri in pedopsihiatri, vendar nas je premalo. V načrtu imamo pilotni projekt, kar pomeni, da bomo v centre za duševno zdravje pripeljali nekaj psihoterapevtov. Ne glede na kritike, da psihoterapevti niso zdravstveni delavci, da nimajo osnovne izobrazbe na področju psihiatrije in medicine, osebno menim, da če delajo v timu s psihiatri in kliničnimi psihologi, je to v redu. Sicer pa, glavno dejstvo je, da nikoli ne bomo imeli dovolj kliničnih psihologov, psihiatrov in pedopsihiatrov, ki bi lahko izvajali še psihoterapijo. To pomeni, da je treba v mrežo spustiti kadre, ki so po profilu samo psihoterapevti. Drugače ne bo šlo.« (prav tam)

Glede šarlatanstva je poudarila, da vsak lahko pribije na zid, da je psihoterapevt in začne sprejemati paciente: »Psihoterapevti lahko opravijo resno šolanje ali pa vikend tečaj. Ampak vi, kot uporabnik, tega ne boste vedeli. Gre za izjemno nevarno situacijo, ki jo je treba nujno urediti. Predlogi zakona so dejansko plod več kot dvajsetletnih prizadevanj. Pri pripravi zakona so bili psihoterapevti zelo aktivni, se strinjajo, da je treba to področje urediti. Predlog zakona, ki ga nameravamo sprejeti že to leto, je dober, rešuje vsa ta vprašanja in regulira poklic.« (prav tam)

V dneh po objavi sem prejel veliko elektronskih sporočil in klicev psihoterapevtskih kolegov in kolegic z vedno istim vprašanjem, ali vem, kakšen predlog bo MZ dalo v javno obravnavo. Odgovarjal sem, da ne vem in da tudi mene zelo zanima. Povedal sem jim tudi, kolikor tega niso vedeli, da sem v zadnjih dveh letih sodeloval v skupini zanesenjakov, ki deluje v okviru Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje (SZPS) (<https://www.szps.org/>), in ki je MZ septembra 2022 ponudila svoj vizijo rešitve. Ta je bila že precej podrobno ubesedena na način zakonodajnega gradiva z osnutkom Zakona o psihoterapiji, vendar od takrat do danes še vedno ne vemo, ali MZ sploh podpira z naše strani predlagano smer rešitve, kaj šele, da bi prišlo do kakšnega bolj formaliziranega načina sodelovanja, v sklopu katerega bi lahko sklenili uradni dogovor med MZ in SZPS o uporabi tega besedila kot podlage za pripravo uradnega zakonskega predloga. Tako tudi meni in nikomur v SZPS ni bilo jasno, na kaj se je sklicevala Dernovškova, ko je omenjala, da ima MZ pripravljen dober predlog zakona, pri katerega oblikovanju naj bi bili psihoterapevti zelo aktivni.



Zato je predsednica SZPS, Irena Kosovel, nekaj dni po objavi izjav Dernovškove v pismu MZ opozorila, da SZPS brez sodelovanja svojega predstavnika z MZ in Službo Vlade Republike za zakonodajo ne pristaja na možnost, da bi ministristvo osnutek zakona SZPS iz septembra 2022 »posvojilo« in posredovalo v nadaljnje postopke priprave in sprejemanja zakona na vladi in v Državnem zboru. Poudarila je tudi, da če so se na MZ odločili za katero drugo od alternativnih možnosti, ki ni zgolj bolj ali manj dosleden prepis predloga SZPS, pa v strokovni in zainteresirani javnosti doma in v tujini nestrpno pričakujemo napovedani Zakon o psihoterapiji, ki ga bomo v danih rokih temeljito preučili in MZ posredovali pripombe in predloge za njegovo izboljšavo. Tudi na to pismo z MZ nismo dobili jasnega odgovora, kaj in kako nameravajo.

Nato pa je sledilo novo presenečenje oz. razočaranje. V četrtek, 20. 4. 2023, je bila na prvem programu slovenskega radia oddaja Studio ob 17h posvečena zakonu o duševnem zdravju in zakonu o psihoterapiji (<https://prvi.rtvlo.si/podkast/studio-ob-1700/87/174952109>). V njej sem poleg Dernovškove, dr. Sanje Cukut Krilić, Juša Škrabana in Andreje Štepec sodeloval tudi jaz, povabljen pa sem bil za komentiranje problematike regulacije psihoterapije. Pričakoval sem, da bo Dernovškova povedala kaj več o gradivu, ki ga je MZ pripravilo in kdaj točno bo poslano v javno obravnavo. Namesto tega pa je izjavila, da je MZ tik pred radijsko oddajo sklenilo, da bo ustanovilo novo delovno skupino, v kateri bodo predstavniki vseh deležnikov, ki se ukvarjajo s področjem psihoterapije<sup>3</sup>, kar je bilo seveda zame novo razočaranje. To namreč pomeni, da MZ svojega gradiva še ne bo dalo v javno obravnavo, sestava delovne skupine, o kateri sem bil v vabilu za soudeležbo obveščen že naslednji dan, pa pomeni vračanje na mrtvo točko, na kateri smo se znašli že leta 2018.

Marca 2018 je bila namreč v skladu z akcijskim načrtom Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 ustanovljena podobna delovna skupina.

- 
- 3 Poziv MZ za imenovanje predstavnikov, ki bi sodelovali pri pripravi predloga normativne ureditve področja psihoterapije v Sloveniji, je bil 19. 4. 2023 poslan Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, Fakulteti za uporabne družbene študije v Novi Gorici, Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, Filozofski fakulteti Univerze v Mariboru, Slovenski krovnici zvezi za psihoterapijo, Združenju psihoterapevtov Slovenije, Združenju zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, Združenju bonding psihoterapevtov Slovenije, Razširjenemu strokovnemu kolegiju za psihiatrijo, Razširjenemu strokovnemu kolegiju za otroško in mladostniško psihiatrijo, Razširjenemu strokovnemu kolegiju za klinično psihologijo, Zbornici kliničnih psihologov Slovenije, Slovenskemu združenju za psihoterapijo in svetovanje, Službi Vlade RS za zakonodajo, Zvezi organizacij pacientov Slovenije, ŠENTU – Slovenskemu združenju za duševno zdravje, Društvo Altri – Odboru za novosti v duševnem zdravju, OZARI SLOVENIJA – Nacionalnemu združenju za kakovost življenja, Društvo Novi Paradoks, Društvu za duševno zdravje in kreativno preživljanje prostega časa »VEZI« in Slovenskemu društvu za skupinsko analizo. Presenetljivo vabilo ni bilo poslano Ministrstvu za visoko šolstvo, znanost in inovacije, ki je bilo poleg Ministrstva za zdravje ter Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti z Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 zadolženo za normativno ureditev psihološke in psihoterapevtske dejavnosti. Urejanje normativnega področja psihoterapije brez predstavnika z ministrstva, pristojnega za področje izobraževanja, je nenavadno in precej neresno.

Njena naloga je bila priprava osnutka zakona o normativni ureditvi psihoterapije in svetovanja v Sloveniji do konca leta 2018, sprejem zakona v parlamentu do konca 2019 in implementacija zakona do konca leta 2020. Nič od tega nismo dočakali, saj je v delovni skupini prišlo do močne razklanosti, o čemer smo v Kairosu že poročali (Možina idr., 2018ab, 2019; Možina idr., 2020).

Že prva srečanja delovne skupine so namreč pokazala, da se zastopniki Združenja psihoterapevtov Slovenije, Zbornice kliničnih psihologov in Razširjenega strokovnega kolegija za psihiatrijo upirajo vsakršnemu delu na oblikovanju zakona, kar je v nadaljnjih štirih srečanjih preraslo v pravo obstrukcijo dela delovne skupine. Jasno pa se je tudi izkazalo, da sta se soočila dva pogleda na način ureditve psihoterapije pri nas, in sicer: ožji medicinski, ki želi psihoterapijo kot metodo dela zapreti v obzidje zdravstva in ohraniti status quo zgolj z večanjem števila kliničnih psihologov, psihiatrov in drugih zdravstvenih delavcev, ki delajo na področju psihiatrije, torej brez zakonske ureditve področja, ter širši, ki prepozna psihoterapijo kot avtonomno znanstveno disciplino in samostojen poklic, ki bi morala biti prisotna v vseh družbenih resorjih (zdravstvo, vzgoja in izobraževanje, socialno varstvo, pravosodje, notranje zadeve, gospodarstvo, turizem, šport).

Ker se glede te polarizacije od takrat do danes ni prav nič spremenilo, je ustanovitev nove delovne skupine v sestavi, kot si jo je zamislilo MZ, še ena nesmiselna in neučinkovita poteza. Taka delovna skupina ne more prispevati nič konstruktivnega, pomeni lahko samo Siziŕovo delo, nadaljnje zavlačevanje in odlaganje reševanja pereče problematike reguliranja psihoterapije. Bomo še enkrat slišali, kako bo MZ po nekaj neplodnih sestankih delovne skupine izmikajoče se ugotovilo, da stroka ni enotna in da dokler ni, si MZ lahko ignorantsko opere roke? Tako kot pri nas tudi v nobeni drugi evropski deŕeli stroka glede reguliranja psihoterapije ni bila, ni in tudi ne bo enotna. In prav je tako, saj so interesi posameznih deleŕnikov vedno različni.

Vse večja enotnost pa bi bila možna na strani uporabnikov, klientov in pacientov, kakorkoli jih ŕe imenujemo, ljudi torej, ki v svojih duševnih stiskah iščejo psihoterapevtsko pomoč in je ne dobijo, saj morajo npr. nanjo v okviru zdravstvenega sistema čakati mesece in leta, v drugih resorjih pa je v okviru javnih mreŕ sploh ni. V tem vidim edino upanje, da se nekaj premakne, in sicer v vse večjih pritiskih in jasnih zahtevah, ki bodo naslovljene na MZ in druga za regulacijo psihoterapije pomembna ministrstva s strani raznih zdruŕenj pacientov in uporabnikov, kot so npr. Društvo DAM, Altra, ŕent, Ozara, Novi Paradoks, Vezi idr., pa tudi zdruŕenj pacientov s telesnimi boleznimi (npr. rak, kardiovaskularne in nevrološke bolezni), kjer je oz. naj bi bila psihoterapija pomemben sestavni del rehabilitacije. Upanje mi vzbuja tudi v letu 2022 ustanovljena

Zveza organizacij pacientov Slovenije, ki povezuje vse organizacije pacientov (področje zdravstvenega varstva) in uporabnikov (področje socialnega varstva). Njeno vodstvo si je glede potrebe po ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica na jasnem.

Da bi postali pritiski na MZ in vlado bolj javno prepoznavni, pa bomo morda morali psihoterapevti, ki si prizadevamo za psihoterapijo kot samostojni poklic, skupaj s pacienti in uporabniki, ki nas podpirajo, slediti trenutnemu slovenskemu modnemu trendu ter stopiti na ulice in pred parlament skupaj z Dodom in njegovimi transparenti:

## **Za skupen klic, za psihoterapijo kot samostojen poklic!!!**

### **Viri**

Flajs, T. in Možina, M. (2022). *Dodo se pogovarja: vodnik po psihoterapiji*. SKZP, SFU Ljubljana in Umco.

Hunt, P. (2022). *Submission for a common training framework for the profession of psychotherapist*. European Association for Psychotherapy.

<https://www.skzp.si/wp-content/uploads/2021/04/Submission-for-a-Common-Training-Framework-for-the-Profession-of-Psychotherapist-2020.pdf>

Možina, M. (2022). Uvodnik o Dodu in skupnih dejavnikih v psihoterapiji. *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo*, 16(3-4), 9-15.

Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2018a). Čas za zakon je dozorel: O novostih glede normativne ureditve psihoterapije in psihosocialnega svetovanja v Sloveniji. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 7-39.

Možina, M., Flajs, T., Jerebic, D., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U., Milič, A. in Rakovec, P. (2018b). Hrvaška, Malta in Nemčija v letu 2018 sprejele zakone o psihoterapiji: kaj pa Slovenija? *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 12(3-4), 245-272.

Možina, M., Flajs, T., Kress, R., Kosovel, I., Kranjc Jakša, U. in Rakovec, P. (2020). Novi zakoni o psihoterapiji v Evropi: Kako se je zataknila Slovenija?. *Kairos - Slovenska revija za psihoterapijo*, 14(1-2), 377-394.

Pavlin, M. (2023). Konec psihoterapevtskega 'biznisa': zakonska regulacija poklica z licencami. Portal 24ur.com, 5. 4. 2023. <https://www.24ur.com/novice/slovenija-v-stiski/konec-psihoterapevtskega-biznisa-zakonska-regulacija-poklica-z-licencami.html?fbclid=IwARzeHDY9mEt-ZiIWwHCBSxKly6t9g2732UbigitDybCiIqt1qXDzqIGTjC>

Miran Možina<sup>1</sup>

## **Medijske objave o zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji v letu 2023: kratek uvod v izbor objav v informativnem delu *Slovenske revije za psihoterapijo Kairos***

Leto 2023 je bilo glede števila objav o zakonu o psihoterapiji v slovenskih medijih rekordno. Predvsem je pozornost pritegnila polarizacija med tistimi, ki se zavzemamo za zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede (npr. predstavniki Slovenske krovne zveze za psihoterapijo, Slovenskega združenja za psihoterapijo, Univerze Sigmunda Freuda Dunaj – podružnice Ljubljana, Teološke fakultete Univerze v Ljubljani, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, Zveze organizacij pacientov ter uporabnikov zdravstvenih in socialno varstvenih storitev idr.) ter nekaterimi psihiatri in klinični psihologi, ki hočejo, da bi psihoterapija ostala zgolj metoda v njihovih rokah, in ki zasedajo vodilne položaje v nekaterih strokovnih društvih (npr. v Združenju psihoterapevtov Slovenije, Zbornici kliničnih psihologov Slovenije, Društvu za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije) in organih (npr. v Razširjenih strokovnih kolegijih za psihiatrijo, za otroško psihiatrijo in za klinično psihologijo Ministrstva za zdravje, na Katedri za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljana idr.).

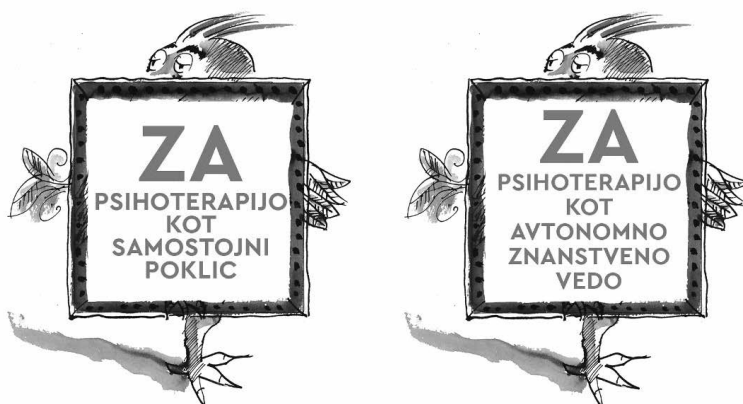
Polarizacije so hvaležen teren za novinarje, saj z opisovanjem razlik, napetosti, konfliktov, ki se včasih stopnjujejo do vojn, lažje pritegnejo pozornost bralcev in povečujejo branost. Žal pa to ne prispeva vedno k plodnemu razreševanju polarizacij, temveč jih še bolj utrjuje in stopnjuje. Da do tega ne bi prišlo, je ključnega pomena, da se objavljajo informacije, ki temeljijo na dobrem poznavanju problematike. Le na tak način se je mogoče izogniti čarom demagogije, ki povečujejo neplodna obračunavanja. Beseda demagogija izvira iz grščine in pomeni »zapeljevanje ljudstva«, demagog pa je tisti, ki brezvestno izkorišča

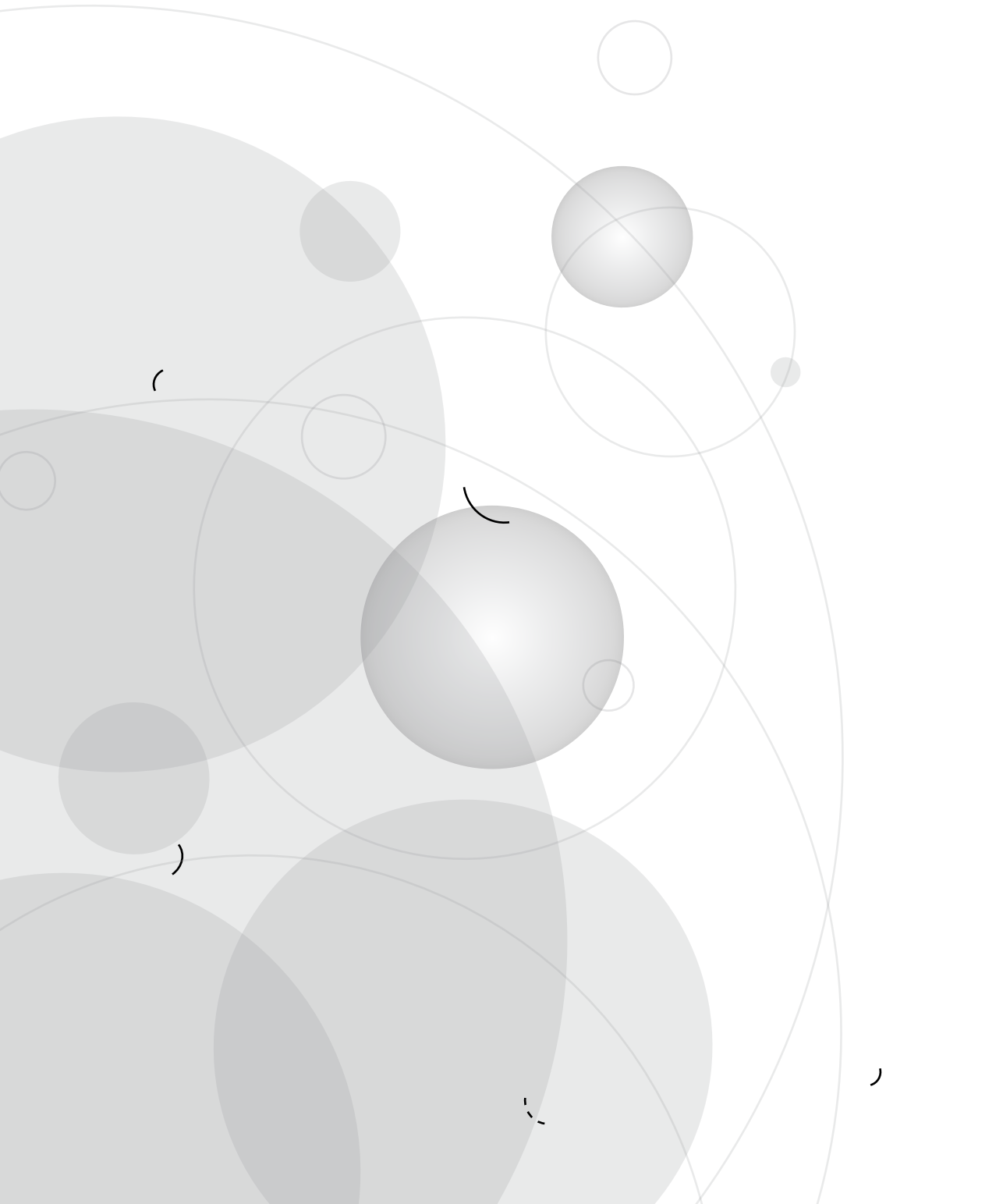
---

<sup>1</sup> Mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda Dunaj – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com

svoj vpliv na ljudstvo, večkrat z govorniško nadarjenostjo, in ga podpihuje k nemiro in uporom. Na osnovi izkrivljenih informacij in prirejanja dejstev neti nezaupanje in onemogoča konstruktivni dialog.

V informativnem delu tokratne številke naše *Slovenske revije za psihoterapijo - Kairos* so zbrane nekatere ključne medijske objave zagovornikov zakonske ureditve psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede. Za razliko od nekaterih demagoških medijskih prispevkov, ki so se pojavljali v letu 2023, izbrani teksti odražajo dobro poznavanje psihoterapije kot samostojnega poklica ter izkazujejo željo po dialogu in konstruktivnem razreševanju neurejenega stanja na področju psihoterapije v Sloveniji. Vrstni red prispevkov po eni strani odraža kronološki potek objav, po drugi strani pa poskuša prispevati k smiselni vsebinski zaokrožitvi. Če se bo bralec sprehodil od prvega teksta z naslovom *Psihoterapevt naj bo do zadnjega z naslovom Vse se začne v odnosu med staršem in otrokom: Intervju z dr. Albertom Mrgoletom*, bo tako pridobil celostno in s kvalitetnimi informacijami podprto sliko, ki presega neplodne in nepotrebne demagoško napihnjene polarizacije, h katerim so se v letu 2023 zatekali nekateri medijsko izpostavljeni strokovnjaki pa tudi novinarji.





Urška Battelino, Robert Cvetek, Katja Knez Steinbuch, Tina Korošec, Urška Kranjc Jakša, Irena Kosovel, Romana Kress, Miran Možina, Igor Okorn, Tine Papič, Bogdan Polajnar, Primož Šeme<sup>1</sup>

## **Psihoterapevt naj bo: O potrebi po zakonski ureditvi psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede v Sloveniji<sup>2</sup>**

*Let there be a psychotherapist:  
On the need to regulate psychotherapy as an independent profession  
and autonomous scientific discipline in Slovenia*

Zazvoni telefon. Kliče rejnica štiriletnega dečka, ki pove, da je bil pred šestimi meseci odvzet staršem zaradi zanemarjanja in nasilja. Oče, alkoholik, je na njem celo ugašal cigarete. Kljub temu da so ga v rejniški družini obdali z ljubečo pozornostjo, in zna biti prav »zlat otrok«, ga pohvali rejnica, pa ga v valovih popade nemir in postane agresiven. Včeraj je na primer brez razloga izruval celo gredico na novo posajenih rož na domačem vrtu, potoži rejnica. Travmatične zareze spominov v njem so očitno globoke, a pripravljena je narediti vse, da bi jih pomagala zaceliti. Zaveda pa se, da za to potrebuje strokovno pomoč. Sama je pred leti samoplačniško hodila k psihoterapevtki, ki ji je zelo pomagala,

- 
- 1 dr. Urška Battelino, mag. pth., psihoterapevtka, predsednica Evropskega združenja psihoanalitični pristopov – Slovenija, ubattelino@gmail.com  
 prof. dr. Robert Cvetek, univ. dipl. psiholog in zakonski in družinski terapevt, Univerza v Ljubljani Teološka fakulteta, robert.cvetek@gmail.com  
 Katja Knez Steinbuch, teologinja in zakonska in družinska terapevtka – psihoterapevtka, katja.knez.steinbuch@icloud.com  
 Tina Korošec, socialna pedagoginja in psihoterapevtka, tina@psihara.si  
 Urška Kranjc Jakša, zakonska in družinska terapevtka, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ukrancjaks@gmail.com  
 Irena Kosovel, pravnica in psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo, irena.kosovel@gmail.com  
 dr. Romana Kress, univ. dipl. psihologinja in psihoterapevtka, romana.k.kress@gmail.com  
 mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com  
 dr. Igor Okorn, psihoanalitik (IPA), psihoterapevt, igiokorn@gmail.com  
 Tine Papič, psihoterapevt, predsednik Slovenskega združenja za analitično psihologijo, tine.papic@gmail.com  
 dr. Bogdan Polajnar, univ. dipl. psiholog in psihoterapevt, predsednik Združenja Bonding psihoterapevtov Slovenije, bogdan.polajnar@zbps.si
- 2 Članek je bil objavljen v Sobotni prilogi Dela, 19. avgusta 2023, str. 12-13

zato nas je poklicala. S pomočjo socialne delavke je dobila termin pri klinični psihologinji. »No, to pa je dobra novica, zakaj pa potem kličete, saj bo tam deležen psihoterapije, ali ne?« »Morda res,« nadaljuje rejnica, »vendar smo dobili termin junija 2025 ...«

Takih in podobnih klicev, ko ljudje zaradi leto do dve dolgih čakalnih dob za psihoterapijo, plačano iz javnih sredstev na napotnico, ki jo lahko nudijo samo psihiatri in klinični psihologi, obupajo in se potem kot samoplačniki obračajo na psihoterapevte zunaj zdravstva, smo avtorji tega članka deležni večkrat tedensko. Vendar so dolge čakalne dobe le eden od simptomov, ki kličejo po zakonski ureditvi psihoterapije v Sloveniji. Poklic psihoterapevt namreč ni registriran, prav tako nimamo pravno javno veljavnih načinov preverjanja poklicne usposobljenosti. Za boljše razumevanje tega stanja si pogledjmo, kako je potekal razvoj psihoterapije pri nas.

## Razvoj psihoterapije v Sloveniji

Psihoterapijo so pri nas začeli razvijati psihiatri in klinični psihologi v šestdesetih letih prejšnjega stoletja v okviru ambulantne psihiatrične dejavnosti, neformalno izobraževanje zanj pa od leta 1968 naprej v okviru Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Od osemdesetih let dalje se je vse bolj večalo število neformalnih izobraževanj iz različnih psihoterapevtskih pristopov po raznih društvih in inštitutih, v katera so se vključevali tudi tisti strokovnjaki izven zdravstva (npr. socialne delavke, psihologi), ki so z določenimi znanji in veščinami iz psihoterapije hoteli obogatiti svojo osnovno dejavnost (t. i. generična psihoterapija) ali pa so se za psihoterapijo odločili kot drugi poklic (t. i. poklicna psihoterapija) in so se poglobljeno izobraževali več let. Leta 1998 sta bili ustanovljeni dve krovni združenji – Združenje psihoterapevtov Slovenije, ki povezuje posamezne psihoterapevte, in Slovenska krovna zveza za psihoterapijo, ki povezuje psihoterapevtska društva. Obe sta organizirali neformalno izobraževanje iz osnov psihoterapije, t. i. 'propedeutiko', kot podlago za nadaljnjo edukacijo iz izbranega psihoterapevtskega pristopa po posameznih strokovnih društvih ali na inštitutih. Okoli 20 let pa potekajo tudi akademska (dodiplomska, podiplomska in doktorska) izobraževanja s področja psihoterapije: na ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja in na Univerzi v Ljubljani na Teološki fakulteti.

Izvajanje psihoterapije je bilo v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja predvsem domena psihiatrov in kliničnih psihologov znotraj zdravstva. Vendar je od vključno osemdesetih let postajala vse bolj razširjena tudi zunaj zdravstva kot drugi poklic za različne strokovnjake s sorodnih področij (npr. psihologe,



socialne delavce, socialne pedagoge idr.) ali za ljudi z nesrodnimi predhodnimi izobrazbami, seveda s primernim dodatnim izobraževanjem. Tudi v javnosti je postajala psihoterapija vse bolj prepoznana kot učinkovita oblika zdravljenja duševnih motenj ter tudi pomoč v duševnih stiskah, ob večanju potreb po tovrstni pomoči pa se je hkrati manjšala tudi njena stigmatiziranost. Vse to je botrovalo razmahu psihoterapije predvsem izven zdravstva. Tako danes pomembnejša strokovna združenja (Evropska zveza psiholoških združenj, Evropska zveza za psihoterapijo, Ameriška psihološka zveza, Ameriška psihiatrična zveza itd.) opredeljujejo psihoterapijo širše in ne samo kot zdravljenje duševnih bolezni in motenj.

Pestrost različnih akterjev in aktivnosti znotraj vse širšega psihoterapevskega prostora v Sloveniji pa je postala priložnost tudi za šarlatane, kar je naravnost klicalo po normativni ureditvi področja psihoterapije s strani države. Prvo delovno skupino za pripravo zakona je imenoval minister Andrej Bručan in je delovala od leta 2006 do 2010. Pripravila je kvaliteten osnutek, vendar je žal postopek sprejemanja zakona novi minister zaustavil, češ da to ni prioriteta. Zastoj je na MZ trajal vse do decembra 2017, ko je prišla v javno razpravo Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 in v katero smo poklicni psihoterapevti, ki delujemo zunaj zdravstva, z amandmaji uspeli zavezati državo za pripravo in sprejem zakona o psihoterapiji do konca leta 2020. Na tej podlagi je MZ marca 2018 ustanovilo delovno skupino, v kateri pa se je z vso silovitostjo izrazilo nasprotovanje psihiatrov in kliničnih psihologov, zaposlenih v zdravstvu, zoper zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica, in delo na zakonu v okviru MZ je ponovno zastalo.

Po koronski krizi in menjavi vlade pomladi 2022, smo jeseni 2022 z novim upanjem MZ seznanili z osnutkom zakona, ki smo ga poklicni psihoterapevti od leta 2020 do 2022 pripravili v okviru Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje. Minister je jeseni javno obljubil, da bo zakon sprejet v letu 2023, in oblikoval tim, ki od aprila 2023 na MZ vodi sedaj že tretjo delovno skupino, v kateri pa je podobno kot leta 2018 prišlo do soočenja dveh diametralno nasprotnih stališč – medicinskega in psihoterapevskega – ki sta se zapletla v pravi gordijski vozle.

## **Gordijski vozle v trenutnih pogajanjih o normativni ureditvi psihoterapije**

Predstavniki v zdravstvu zaposlenih psihiatrov in kliničnih psihologov v delovni skupini trdijo, da je psihoterapija metoda dela, ki jo pri svojem osnovnem delu lahko uporabljajo le oni in v najboljšem primeru le še kakšen profil zdravstvenih

(so)delavcev, npr. delovni terapevti, saj da je psihoterapija zdravljenje oseb z duševnimi motnjami v okviru zdravstva. Nočejo, da bi se zdravstveni denar namenjal za kogarkoli drugega. Poleg tega pa bi radi celo naziv psihoterapevt obdržali le zase, poklicne psihoterapevte, ki trenutno na prostem trgu samoplačnikom nudimo psihoterapijo izven zdravstva, pa bi preimenovali oz. degradirali v (psihosocialne ali psihoterapevtske) svetovalce.

Predstavniki poklicnih psihoterapevtov v delovni skupini, ki delujemo zunaj zdravstva, pa opozarjamo, da je psihoterapija že v devetdesetih letih prejšnjega stoletja preseгла zidove zdravstvenih ustanov, se izdvojila iz poklicnih profilov psihiater in klinični psiholog in stopila na samostojno pot, utemeljeno na znanstvenih podlagah avtonomne akademske vede. Zagovarjamo tudi kvalitetno in obsežno izobraževanje za psihoterapevta po evropskih kriterijih, ki v nekaterih sklopih presega tisto, kar je sedaj določeno v izobraževanju psihiatrov in kliničnih psihologov. Menimo, da je dozorel čas:

- da se poklicnim psihoterapevtom omogoči izvajanje psihoterapevtskih storitev v zdravstvu in v drugih družbenih resorjih (podobno kot naj bi zakon o psihološki dejavnosti omogočil psihologom): v socialnem varstvu (npr. na centrih za socialno delo, socialnih zavodih), vzgoji in izobraževanju (npr. v šolskih svetovalnih službah, vzgojnih zavodih), pravosodju (npr. v Hiši za otroke, za pomoč obsojencem in zapornikom), notranjih zadevah (npr. delo z begunci, migranti, žrtvami trgovine z ljudmi), gospodarstvu (npr. za varovanje duševnega zdravja na delovnih mestih), športu (npr. pri preventivi in zdravljenju posledic pretreniranosti, športne pregorelosti, poškodb), zdravstvenem turizmu idr.;
- da mora poklicni psihoterapevt po stopnji izobrazbe in poklicne usposobljenosti, ki naj bi bili z zakonom končno tudi javno priznani, postati enakoverden psihiatru in kliničnemu psihologu. Vsi pa bi morali glede na potrebe uporabnikov skupaj z drugimi strokovnjaki na področju varovanja duševnega zdravja med seboj sodelovati kot dobro uglasen tim;
- da je za strokovni nadzor področja psihoterapije potrebna Zbornica psihoterapevtov z javnimi pooblastili in obveznim članstvom. Ta naj bi organizirala strokovne izpite, podeljevala licence, skrbela za stalno strokovno izpopolnjevanje in obnavljanje licenc, skrbela za kvaliteto storitev in etični nadzor, ter vodila registre delujočih psihoterapevtov in supervizorjev; in ker se zakoni vedno pišejo za prihodnost,
- da se z zakonom določi dovolj dolgo prehodno obdobje (npr. 12 let), v katerem bi bila poleg podelitve statusa psihoterapevta tistim, ki že izpolnjujejo evropske kriterije za samostojni poklic, delujočim psihoterapevtom in psihoterapevtskim organizacijam omogočena mehka prilagoditev na nov sistem.

Ideja tako urejene psihoterapije v Sloveniji se je izoblikovala skozi naše 20 let trajajoče izkušnje najprej preko naših prizadevanj, da bi pri političnih odločevalcih sploh vzbudili interes za zakonsko ureditev psihoterapije, s proučevanjem normativnih ureditev v drugih državah in z možnostmi prenosa njihovih pozitivnih izkušenj glede na omejitve našega pravnega reda, in nenazadnje s proučevanjem potreb vseh tistih, ki v Sloveniji iščejo psihoterapevtsko pomoč in ki jim je potrebno zagotoviti enake možnosti za hiter dostop do kvalitetnih tovrstnih storitev.

## **Bo ministrstvo za zdravje presekalo gordijski vozle?**

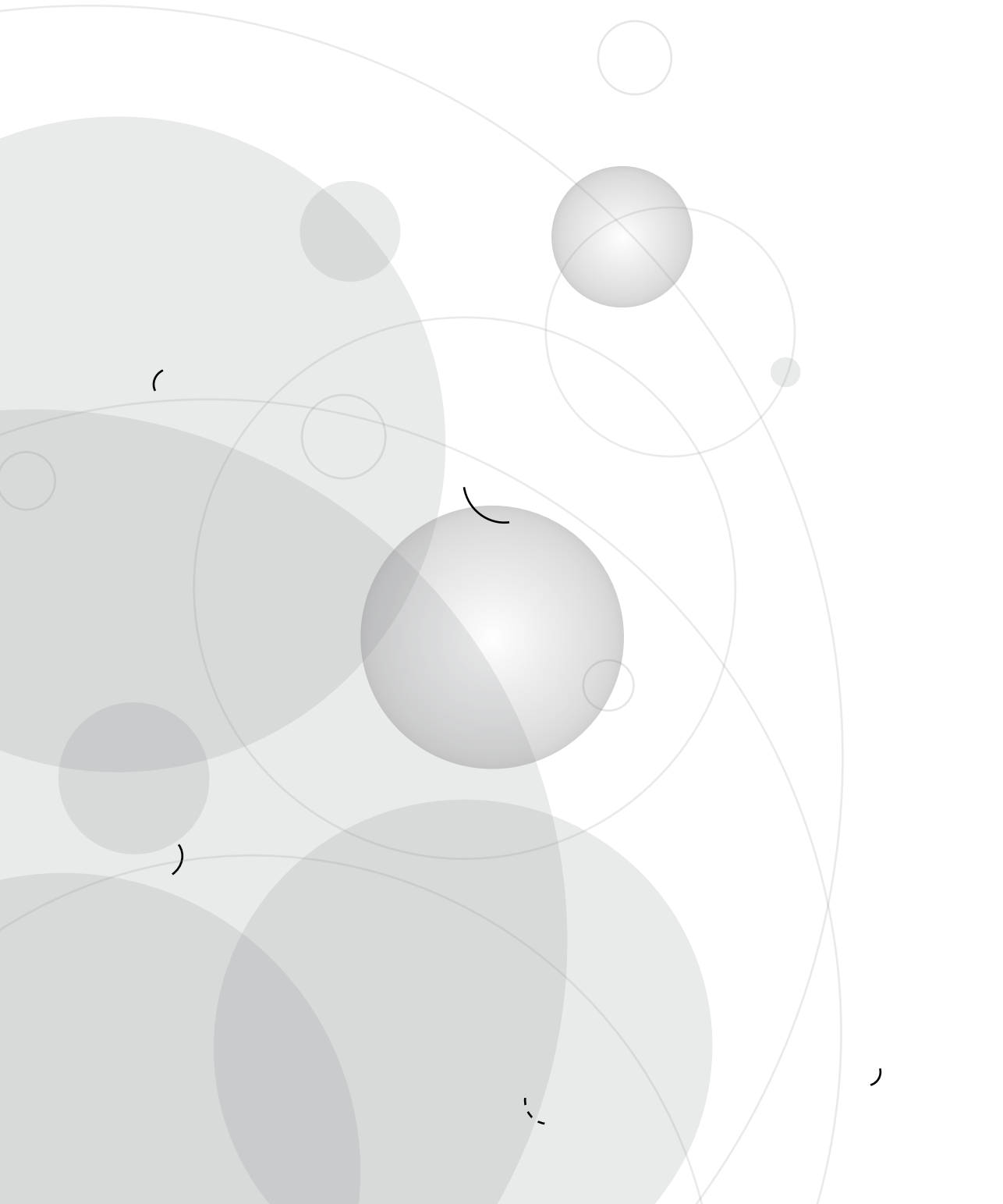
Bo MZ presekalo gordijski vozle in omogočilo zakonsko ureditev psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede? Jasno je, da se nasprotniki take rešitve nočejo odpovedati obvladovanju psihoterapevtskega prostora, čeprav je evidentno, da ne zmorejo zagotavljati psihoterapevtskih storitev sami in ožemajo že ožeto limono. Zavzemajo vzvišeno držo edinega rabsodnika, kaj je prav, pa čeprav ne sledijo razvoju psihoterapije kot samostojnega poklica. Zatrjujejo na primer, da lahko delujejo kot psihoterapevti samo strokovnjaki, ki imajo zdravstveno predizobrazbo, medtem ko po raziskavah ta praktično nima vpliva na uspešnost psihoterapije, pač pa nanje prvenstveno vplivajo t. i. 'skupni dejavniki', med katerimi je najpomembnejši terapevtski odnos med uporabnikom in psihoterapevtom.

Žal obstoječe stanje na področju psihoterapije podpirajo Razširjeni strokovni kolegiji (RSK) za psihiatrijo, otroško in mladostniško psihiatrijo ter klinično psihologijo pri MZ. Čeprav gre za priznane strokovnjake s teh področij, pa se razen dveh ali treh izjem nihče od njih ne posveča dovolj psihoterapiji niti v klinični praksi niti raziskovalno, kar jim ne daje legitimnosti za relevantno presojanje o ključnih vprašanjih urejanja psihoterapije. MZ bo moralo nujno ustanoviti nov RSK za psihoterapijo, ki ga bodo sestavljali poklicni psihoterapevti, ki po strokovnih in znanstvenih merilih izpolnjujejo kriterije za tako posvetovalno telo. Nadalje imajo obstoječi RSK-ji in z nekaterimi od njih tudi močno formalno povezane organizacije, kot je npr. Zbornica kliničnih psihologov, ob tem vprašanju razumljivo lasten interes. Z določitvijo psihoterapije praktično samo kot del psihiatrije in klinične psihologije, bi namreč obvladovali celotno psihoterapevtsko področje, kar bi lahko bilo problematično tudi zaradi konflikta interesov. Na primer, nekateri, morda najbolj glasni psihiatri in klinični psihologi v delovni skupini, sodelujejo pri izvajanju edukacije iz psihoterapevtskega pristopa, ki ga kot relevantnega brez povsem jasnih kriterijev in postopka prizna Zbornica kliničnih psihologov v sicer z odredbo normirani

specializaciji iz klinične psihologije. Še več, isti ali povezani ljudje odločajo, katere organizacije brez javno veljavne verifikacije oz. akreditacije edine lahko izvajajo tak izobraževalni program iz teh pristopov.

Namesto ohranjanja obstoječega stanja in privilegijev ozkega kroga pa poklicni psihoterapevti poudarjamo, da smo prav vsi, seveda ustrezno usposobljeni, strokovnjaki s področja psihoterapije in tudi širše s področja duševnega zdravja še kako potrebni, saj lahko le s skupnimi močmi ažurno in kvalitetno odgovorimo na potrebe ljudi. Potrebno je sestopiti s piedestalov in preseči ozke cehovske interese. Če se bo pokazalo, da tega člani delovne skupine, ki si na vse kriplje prizadevajo ohraniti status quo, niso sposobni, bo MZ moralo presekati gordijski voz in si pomagati z rešitvami, ki jih ponujamo poklicni psihoterapevti, ki delujemo izven zdravstva. Razkol v psihoterapevtski stroki v slovenskem prostoru ni nič novega, pričakovali pa bi, da se bomo vsi, ki se ukvarjamo s psihoterapijo, znali konstruktivno poslušati, pogovarjati in dogovarjati – predvsem v dobro uporabnikov. Kako nam bodo le ti sicer lahko zaupali?





Blaž Benedik Ivanov<sup>1</sup>

## **»Življenje je težko.« Res primeren odgovor klinične psihologinje ljudem v stiski, ki potrebujejo dostopno in kakovostno psihoterapevtsko obravnavo?**

*"Life is hard." Is this really an appropriate response from a clinical psychologist to people in need of accessible, high-quality psychotherapeutic treatment?*

*Degradacija, diskriminacija in obtoževanje psihoterapevtov, ki si v prvi vrsti želijo pomagati ljudem v čustvenih stiskah. Označevanje psihoterapevtskih strokovnjakov za nekompetentne in njihove dolge ter zahtevne poti usposabljanja kot »vikend tečaj«. Te in še strožje obsodbe smo poslušali v intervjuju z doktorico Sano Dobnik Čoderl, 3. 9. 2023, na RTV SLO 1.*

Na prvem programu nacionalne televizije smo v nedeljo, 3. 9. 2023, poslušali intervju z dr. Sano Dobnik Čoderl – članico delovne skupine za normativno ureditev psihoterapije na Ministrstvu za zdravje in vodjo Službe za klinično psihologijo na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani. V intervjuju, ki ga je pripravila in vodila Ksenja Horvat, se je gostja do psihoterapije, za katero je trenutno v pripravi nov zakon, ki bi moral po dolgih letih to področje pri nas urediti, opredelila kot do metode dela (in ne samostojnega poklica, kot je to praksa v številnih drugih državah z razvitejšim področjem psihoterapije), s katero smejo rokovati izključno klinični psihologi in psihiatri. V izrazito degradirajočem tonu dr. Čoderl zagotavlja in zagovarja, da je to edini način, s katerim lahko država pomaga ljudem v stiski. V pogovorih o novem zakonu za ureditev psihoterapije v Sloveniji se med strokami poraja vprašanje, če to sploh drži. Da bi se z večjo mero kritičnosti lahko opredelili do izrazito rigidnega medicinskega pogleda na umestitev psihoterapije v naš državni sistem, predstavljenega v intervjuju, se za trenutek ozrimo na resnično stanje, na živi trg, med ljudi, ki so navsezadnje končni prejemniki psihoterapevtske oblike pomoči.

<sup>1</sup> Blaž Benedik Ivanov, študent psihoterapevtske znanosti na ljubljanski podružnici Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani, blaz.benedik.ivanov@gmail.com

## Potrebe po psihoterapevtski pomoči so med ljudmi v Sloveniji vse večje, posluha pa ni

Mamice, ki se srečujejo s hudimi stiskami ob rojstvu otroka ali ob njegovem prvem odhodu v vrtec. Otroci in najstniki, pri katerih v zadnjem času beležimo izjemno strm porast samopoškodovalnih vedenj. Posamezniki, ki se soočajo z izkušnjo žalovanja zaradi težke izgube ljubljenih oseb. Zasvojenost od družbenih omrežij. Hude posledice izgorelosti zaradi neizprosnega življenjskega ritma, v katerem smo se kot družba znašli. Zahtevne zakonske ločitve in razveze. Čustvene stiske zaradi ekonomskega pomanjkanja sredstev. Generacije vseh starosti, ki še danes doživljajo stiske kot posledico omejitvenih ukrepov v času pandemije s korona virusom. In nenazadnje, vseobsegajoče posledice trenutnih poplav v Sloveniji, ki so marsikoga porinile na rob čustvene tolerance – v nekaterih primerih tudi do samomora ... in še bi lahko naštevali. Vse zahtevnejše življenjske izkušnje povzročajo čustvene posledice, ki nimajo nujno izvora v zapleteni duševni motnji – pa vendarle posamezniki potrebujejo strokovno pomoč tako pri razreševanju tovrstnih stisk kot tudi preventivi.

Kdor se odloči, da poišče duševno pomoč v zdravstvu, pa je soočen s kruto realnostjo – absurdno dolge čakalne dobe za psihoterapijo, ki jo trenutno smejo izvajati le klinični psihologi in psihiatri, so dolge od enega do pet let. Psihiatrov in kliničnih psihologov, ki trenutno lahko opravljajo psihoterapevtsko dejavnost znotraj javnega zdravstva, pa je zelo malo. Do čustvenih težav državljanov Slovenije, ki niso posledica zapletenih duševnih motenj, se je dr. Čoderl v intervjuju opredelila s citatom znanega pediatra in psihoanalitika, Donalda Winnicotta, da je pač »življenje težko«. Tovrstna delitev duševnih stisk na »pomembne« in »nepomembne« je zelo daleč od delovanja v dobro državljanov Slovenije, ki potrebujejo pomoč, mar ne? Spomnimo se, da je bil na začetku intervjuja ravno to glavni argument gostje, s katerim nasprotuje registraciji poklica psihoterapevta v Slovenije.

## Neupravičene obtožbe in degradacija psihoterapevtskega poklica

Poklic psihoterapevta v Sloveniji ni registriran, posledično tudi ni javno pravne regulacije kakovosti izvajanja storitev. Iz srčne želje po pomoči ljudem kljub temu v Sloveniji delujejo psihoterapevti, ki imajo za sabo najmanj dolgoletno izobraževanje po strogih evropskih in svetovnih merilih za samostojni poklic psihoterapevta, visoko število ur osebne izkušnje (v vlogi klienta),



redno supervizijo, procesno izpopolnjevanje metod dela ter nenazadnje opolnomočene uporabnike, kar je glavni cilj. Ta profil psihoterapevtov, ki se za dejansko delovanje v dobro uporabnikov ob boku s kliničnimi psihologi in psihiatri borijo že vrsto let, so bili s strani dr. Čoderl označeni kot ne dovolj dobro izobraženi, kar je huda degradacija – četudi uspešno zagotavljajo pomoč uporabnikom, ki jih je zdravstvo, katerega predstavnica je sama, pustilo na cedilu. Do dolgih let akademskega izobraževanja za psihoterapevtski poklic in zahtevne poti osebnega razvoja, kar je za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti nujno, se je gostja intervjuja opredelila kot neustrezne. To je podprla z dejstvom, da se v svojem delu vse pogosteje srečuje z uporabniki, ki potrebujejo pomoč in so se obrnili na neustrezno izobražene strokovnjake, dostopne na trgu, kar da naj bi poglobilo njihove težave. Pri tem pa dr. Čoderl pozablja, da so pred kratkim v javnost pricurljale izpovedi pacientov in njihovih svojcev (tudi zaposlenih), ki so spregovorili o hudih čustvenih ter fizičnih zlorabah na oddelkih v ustanovah, ki jih vodijo strokovnjaki z medicinskimi doktorati in za katere gostja intervjuja meni, da so edini dovolj strokovno izobraženi za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti. Kako si lahko pojasnimo takšno prikrivanje dejstev?

## **Sodelovanje strokovnjakov s ciljem zagotavljanja kakovostne pomoči uporabnikom ni zaželeno**

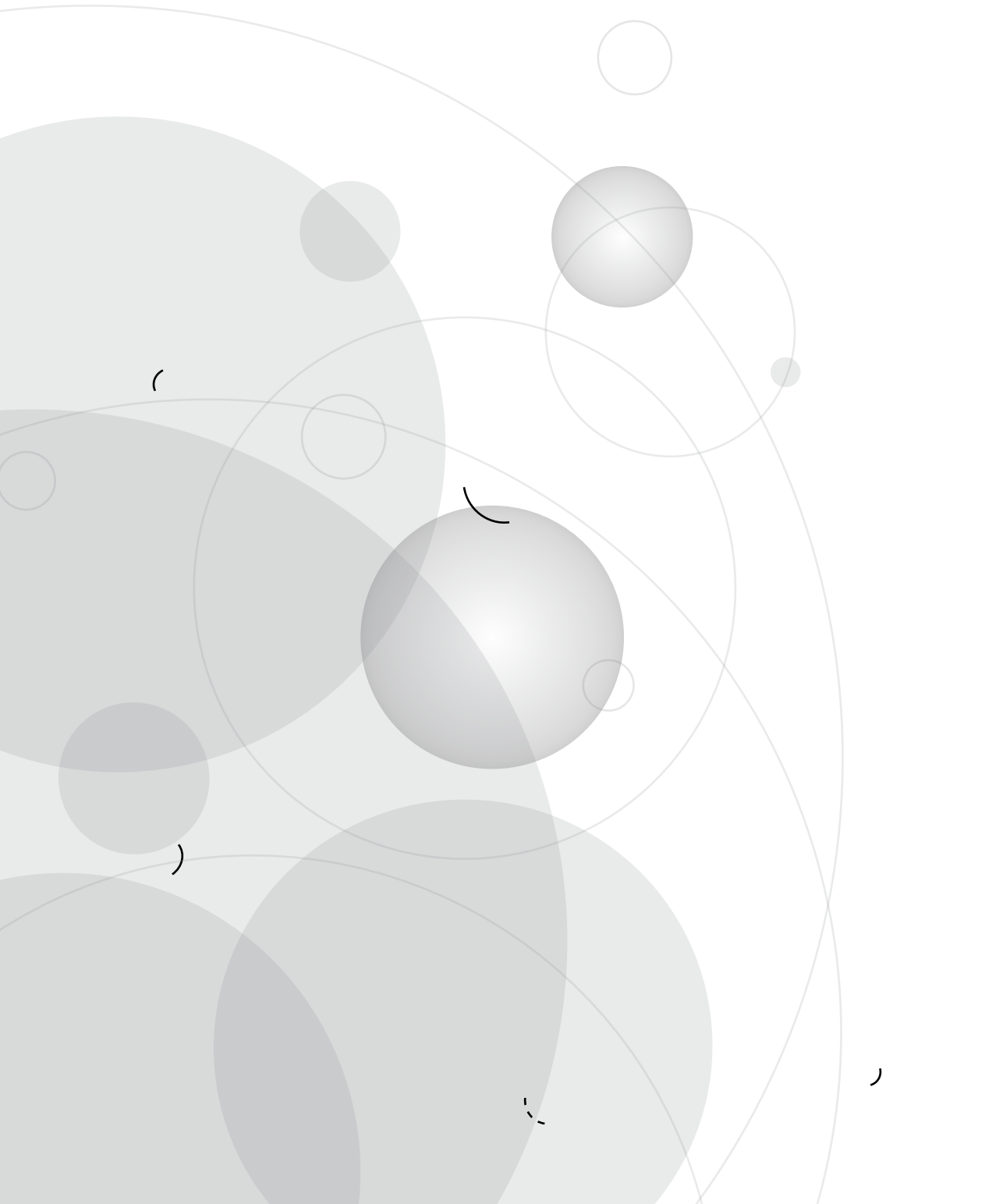
Da so bili strokovni, ustrezno usposobljeni in nenazadnje zelo uspešni psihoterapevti deležni degradacije s strani dr. Čoderl, je možno pojasniti le z vidika občutka ogroženosti pri obvladovanju psihoterapevtskega področja v Sloveniji, pri čemer najpomembnejšo vlogo več kot očitno igrajo tudi finančni interesi vrha kliničnih psihologov in psihiatrov. Poudariti gre, da s trdim delom psihoterapevtov, njihovimi prizadevanji in predlaganim zakonom ne želijo prevzeti medicinskega »monopola« nudenja psihoterapevtske pomoči – predlagajo le multidisciplinarno obliko sodelovanja med kliničnimi psihologi, psihiatri in drugimi strokovnjaki. Namreč zelo pomembni so v sistemu varstva duševnega zdravja tudi medicinske sestre, splošni zdravniki, patronažne sestre, socialne delavke, specialni pedagogi, logopedi, socialni pedagogi idr. Z vsemi temi psihoterapevti onkraj medicine sodelujejo že od nekdaj. S predlogom zakona za normativno ureditev psihoterapije v Sloveniji si prav tako prizadevajo, da bi bil psihoterapevtski poklic priznan kot samostojen in enakovreden ter da bi bil javno pravno reguliran tako, da bi se izvajala kontrola kakovosti storitev s strani zbornice psihoterapevtov z javnimi pooblastili in obveznim članstvom. V predlogu zakona so prav tako postavljene jasne zahteve glede izobraževanja bodočih psihoterapevtov in nadzor nad njim. Zakaj torej javno zdravstvo ne dovoli, da bi jim kompetentni in strokovno usposobljeni psihoterapevti pomagali

pri delu, saj je glede na absurdno dolge čakalne dobe jasno, da sami že dolgo ne zmorejo več obvladovati potreb na trgu?

## **Politični interesi odločevalcev so višje na prioriteti kot dostopnost duševne pomoči za ljudi v čustvenih stiskah**

Večinski del delovne skupine, ki vpliva na odločitve Ministrstva za zdravje glede prihodnosti psihoterapevtskega poklica in z njim dostopnosti ter kakovosti pomoči, ko jo uporabniki potrebujejo, je sestavljen iz zagovornikov t. i. medicinskega modela, kot je bil predstavljen v intervjuju. Za razliko od dr. Čoderl, ki za trenutno pereče potrebe po pomoči na trgu prvo rešitev optimistično vidi šele v letu 2026, psihoterapevti že sedaj predstavljajo več konkretnih predlogov na podlagi uspešnih praks v svetu (npr. v sosednji Avstriji). Z rešitvami, ki jih predlagajo, bi se znatno skrajšala čakalna doba – izjemno aplikativne psihoterapevtske intervencije bi lahko dobile svoj prostor v socialnem varstvu, na šolah, sodiščih, v gospodarstvu, športu – skratka povsod, kjer obravnava strokovnih delavcev zaradi pomanjkanja kadra ni optimalna. Ne glede na to pa so se psihoterapevti v dvajsetletnih prizadevanjih za ureditev tega področja ponovno znašli pred zaprtimi vrati, saj so očitno politično-finančni interesi odločevalcev bolj pomembni od njihove primarne skrbi – delovati v korist državljanov Slovenije, ko potrebujejo duševno pomoč.

»Življenje je težko.« Res primeren odgovor klinične psihologinje ljudem v stiski, ki potrebujejo dostopno in kakovostno psihoterapevtsko obravnavo?



Mihael Černetič in Marinka Černetič<sup>1</sup>

## **Ob rob intervjuju z dr. Sano Čoderl Dobnik na TVS1, 3. 9. 2023**

### *Response to the interview with dr. Sana Čoderl Dobnik on TV Slovenia, 3rd of September 2023*

Želela bi opozoriti, da so bile v oddaji informacije o psihoterapiji kot vedi, psihoterapiji kot dejavnosti ter o izvajalcih psihoterapije – torej educiranih, po sodobnih evropskih merilih formiranih psihoterapevtih – podane po najinem mnenju preveč enostransko, preozko in neskladno z dosedaj poznanim na tem strokovnem področju. Pogledi in čustveno obarvane, mnoge tudi premalo argumentirane informacije so bile podane zgolj iz vidika nekaterih kliničnih psihologov in psihiatrov, ki še zdaleč ne predstavljajo vseh strokovnih deležnikov v slovenski psihoterapevtski skupnosti.

Meniva, da je glede področja psihoterapije nujen uravnotežen prikaz stanja, da se strokovna in splošna slovenska javnost lahko seznanita z argumentiranimi pogledi tudi s strani (ostalih) poklicnih in za svojo dejavnost ustrezno izobraženih psihoterapevtov. Želela bi si, da bi bili v prihodnje oddaje (ki so bile napovedane, da bodo sledile) povabljeni tudi psihoterapevti, ki se s psihoterapijo poklicno ukvarjajo v zasebnih praksah ter v nemalo primerih psihoterapevtski dejavnosti namenijo bistveno več časa kot marsikateri klinični psiholog in psihiater v okviru javnega zdravstva.

Glede na precejšen delež nepsihoterapevtskih dejavnosti, ki jih po najinem poznavanju v povprečju vključuje delovnik številnih slovenskih kliničnih psihologov (diagnostika) in psihiatrov (farmakoterapija) v javnem zdravstvu, se zdi nenavadno, da bi si prav ta dva strokovna profila prisvojila ekskluzivno pravico do izvajanja psihoterapije. To bi bilo v kričečem neskladju z dejanskim stanjem tako v Sloveniji kakor tudi z manj ekskluzivističnimi, bolj inkluzivnimi ureditvami, ki jih srečamo v tujini.

---

1 Doc. dr. Miha Černetič, univ. dipl. psih., psihoterapevt, SFU Ljubljana, miha.cernetic@amis.net  
Marinka Černetič, prof. slov., specializantka integrativne psihoterapije, potnaprej@potnaprej.si

Zdi se nama nujno, da se o tako pomembnem področju, kot je duševno zdravje državljanov (za katerega je dr. Čoderl Dobnikova v intervjuju vseskozi izražala izjemno skrb), pogovarjamo argumentirano na podlagi dejstev, strokovnih analiz in raziskav namesto z igranjem na čustva in navajanjem selektivno izbranih in posplošenih strašljivih (ter morda celo nepreverjenih) primerov. (Ni nepomembno, da se podobno tudi psihoterapevti v svoji praksi srečujemo s posamičnimi konkretnimi primeri nestrokovnega ali neetičnega ravnanja s strani psihiatrov in kliničnih psihologov kakor tudi kolegov psihoterapevtov do klientov, ki nas po takšni izkušnji obiščejo.) Nujno je, da je javni diskurz o regulativnih rešitvah na področju psihoterapije namesto na sumničavost in predsodke oprt na sistematične in verodostojne analize stanja ter učinkovitosti/izidov obstoječih psihoterapevtskih dejavnosti v Sloveniji. To vključuje tudi analize in primerjave študijskih programov, ki v Sloveniji izobražujejo kadre za področje duševnega zdravja, namesto apriornih in neutemeljenih trditev, da imajo le klinični psihologi in psihiatri dovolj znanja za izvajanje psihoterapije. Realnost je morda prej nasprotna, saj kolikor sva seznanjena, brez opravljene ločene večletne profesionalne edukacije iz katere od psihoterapevtskih modalitet (ali nemara vsaj opravljenih manjkajočih elementov) ne klinični psiholog ne psihiater po merilih Evropske zveze za psihoterapijo (EAP) ne pridobita zadostnih kompetenc za izvajanje psihoterapevtske dejavnosti kot samostojnega poklica.

Zgoraj omenjeni standardi EAP za izobraževanje psihoterapevtov v kateri koli izmed priznanih psihoterapevtskih smeri določajo tri ključne in obvezne stebre, ki obsegajo po stotine ur: teorijo, klinično prakso pod strokovno supervizijo ter osebno izkušnjo. Namen slednje je, da se bodoči psihoterapevt sooči z lastnimi težavnimi vsebinami in jih s pomočjo strokovnjaka predela, sicer se dogaja, da te vsebine nezavedno interferirajo z njegovim psihoterapevtskim delom s klienti. Omenjeni standardi EAP predstavljajo vodilo tudi izobraževalcem psihoterapevtov v Sloveniji. Pavšalne trditve v stilu „Včeraj je še lakirala nohte, danes pa izvaja psihoterapijo“ so zato ne samo netočne, temveč žaljivo diskreditirajo usposobljene strokovnjake, ki so vlagali leta in leta marljivega truda, časa in lastnih finančnih sredstev, da so naposled dosegli naziv certificiranega psihoterapevta.

Po Strasburški deklaraciji, sprejeti že leta 1990, je psihoterapija priznana kot samostojen poklic in samostojna znanstvena veda. Deklaracija prepoznava in zagotavlja pluralnost psihoterapevtskih metod (modalitet). Omogoča dostop do psihoterapevtskega izobraževanja skozi različne preliminarne izobrazbe, ne le medicinsko in psihološko. Velja omeniti še, da psihoterapija kot taka ni le dejavnost ali tehnika znotraj zdravstvenih poklicev, temveč – že desetletja – precej več kot to. Je tudi katalizator osebnega razvoja/rasti, dejavnik osebne in

družbene primarne preventive ter dejavnost, ki že tradicionalno zajema poleg psihologije in medicine še iz strok in področij, kot so socialno delo, filozofija, druge humanistične in družbene vede, umetnost ter celo teologija.

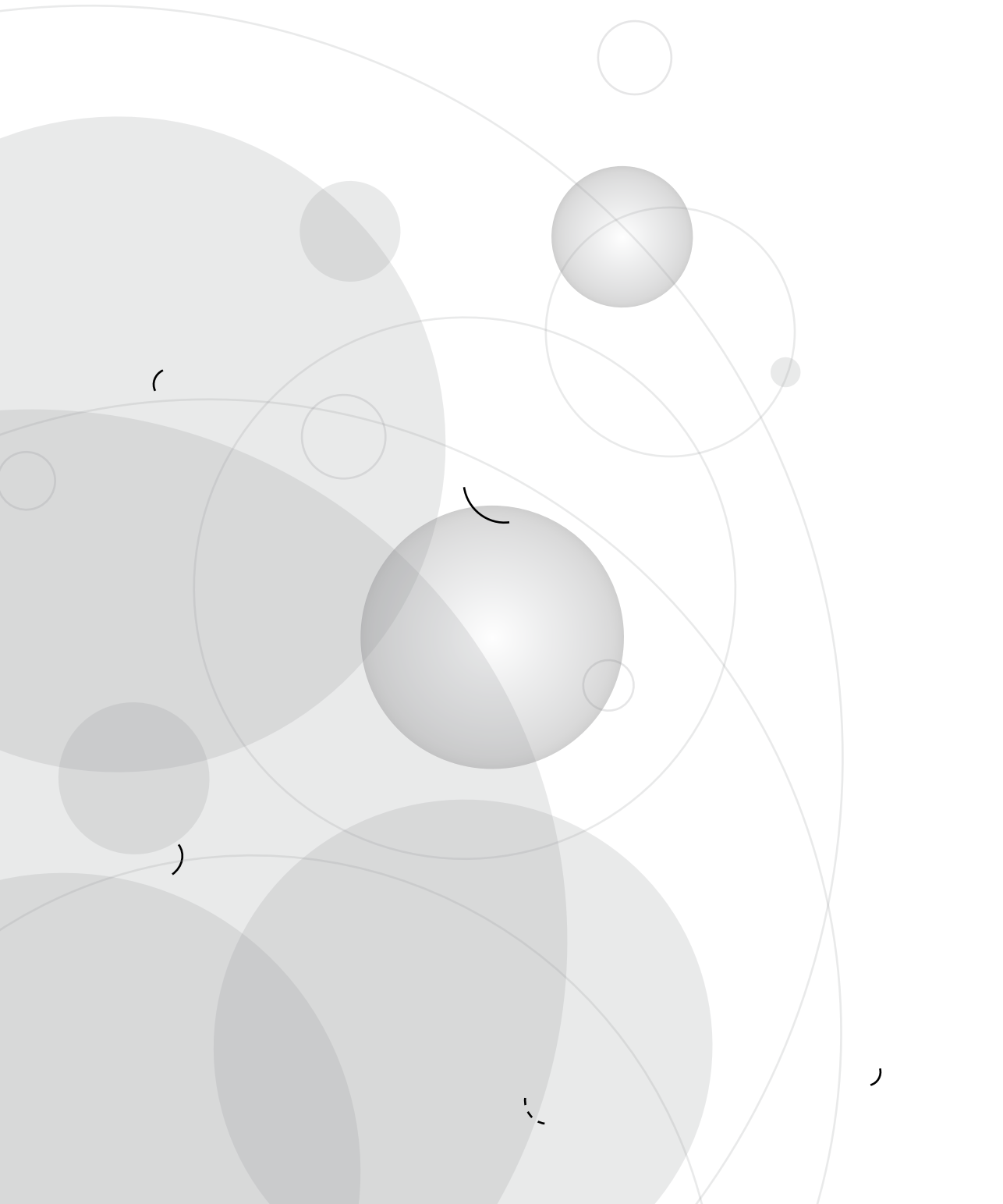
Zagotovo je psihoterapija mnogo več kot zgolj nabor tehnik. V psihoterapevtski znanosti obstaja močan konsenz, da je najmočnejši učinkujoči dejavnik psihoterapije profesionalni, terapevtski odnos, ki ga usposobljen strokovnjak vzpostavi s svojim klientom/pacientom in ki predstavlja odločilni kontekst oz. temelj, na katerem se tekom psihoterapevtskega procesa dogaja vse drugo, kar v obravnavi klientu pomaga.

Tudi psihoterapevti uporabljamo diagnostiko, ta je specifična za posamezno terapevtsko modaliteto ter širša in bolj niansirana od psihiatrične (MKB in DSM), ki pa ju prav tako poznamo in pri svojem delu uporabljamo. Zavedamo se tako potencialov svojega dela kakor tudi njegovih omejitev in tako kliente, ki potrebujejo medikamentozno terapijo oz. psihiatrično obravnavo, tja tudi usmerimo. Po drugi strani marsikaterega klienta k nam napotijo prav psihiatri ali klinični psihologi, ki mu psihoterapije v smislu običajne enkrattedenske obravnave ne morejo nuditi in naše delo vidijo kot dragoceno in komplementarno svojemu.

Še odmev na primerjavo s kirurgi, ki je bila navedena v oddaji: Psihoterapija ni toliko nabor „kirurških orodij“ (tehnik), ki se jih pač uporabi, temveč je še bolj ključno to, kdo in kako uporabi "skalpel". Psihoterapija (žal) ne funkcionira najbolje kot zgolj tehnika, ki bi jo mimogrede uporabila psihiater ali klinični psiholog (ali kdo drug) v svojem omejenem času, ki ga imata na voljo za pacienta; psihoterapija sta predvsem enkratna oseba pred nami (klient/pacient) in odnos, ki ga usposobljeni in formirani psihoterapevt ustvari s klientom.

Doslej je bilo izvedenih že na tisoče raziskav in stotine metaanaliz, ki nedvoumno dokazujejo učinkovitost psihoterapije. Prav tako je vrsta raziskav ugotovila, da razlike med priznanimi psihoterapevtskimi modalitetami še zdaleč ne igrajo glavne vloge v terapevtski učinkovitosti (tako imenovani Dodov učinek). Poleg tega sodobne raziskave, ki jih lahko prebiramo v uglednih tujih psihoterapevtskih znanstvenih revijah, čedalje bolj kažejo na zastarelost teze o superiornosti kognitivno-vedenjske modalitete, ki se iz različnih razlogov preferira v zdravstvenih sistemih.

Psihoterapija je sila kompleksna in hkrati izjemno odgovorna dejavnost, ki se človeku-uporabniku približa v njegovi najšibkejši točki, njegovi ranljivosti. Zato sva prepričana, da je potreben takšen diskurz o psihoterapiji, ki premore dovolj kompleksnosti in odgovornosti, poučenosti in strokovnosti, upošteva raznolikost, predvsem pa potrebe klientov/pacientov, ki jim je psihoterapija namenjena.





Robert Cvetek<sup>1</sup>

## **O neustreznosti izjav dr. Sane Čoderl Dobnik v oddaji Intervju**

### *On the inadequacy of Dr. Sana Čoderl Dobnik's statements in the broadcast Interview*

V intervjuju z dr. Sano Čoderl Dobnik (v nadaljevanju gostja) na nacionalni televiziji 3. 9. 2023 (<https://365.rtvsllo.si/arhiv/intervju/174983775>) so bila vsa izobraževanja na področju psihoterapije, razen specializacij v zdravstvenem sistemu (mišljene so bile predvsem specializacije iz klinične psihologije in psihiatrije), prikazana slabšalno, kot zasebni sektor, katerega prvenstveni namen naj bi bil finančni dobiček oz. okoriščanje. Poleg tega naj izobraževanja ne bi bila ustrezno kvalitetna in naj ne bi izpolnjevala strokovnih kriterijev, saj naj bi bila prvenstveno teoretična (gostja je uporabila primerjavo s kirurgom, ki se na fakulteti ne more naučiti operirati), imela naj bi le nekaj malega prakse, izobraževala premlade ljudi (to je sicer bilo kontradiktorno s kasnejšo navedbo gostje, da starost in nekatere zunanje značilnosti niso bistveni dejavniki za uspešno terapijo), poučevali pa naj bi neustrezni učitelji brez izkušenj v zdravstvenem sistemu. Ker je gostja navedla še nekaj drugih nejasnih in neutemeljenih trditev, v nadaljevanju podajam nekaj dejstev in argumentov, ki kažejo na neustreznost njenih izjav.

#### **1. Izobraževanje s področja psihoterapije in študij družinske terapije na Univerzi v Ljubljani Teološki fakulteti**

Univerza v Ljubljani Teološka fakulteta (UL TeoF) izobražuje za področje družinske terapije<sup>2</sup> s priznanimi in potrjenimi študijskimi programi s strani Nacionalne agencije za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS). Gre torej za programe v okviru javnega visokega šolstva in izjava, da gre za privatno inštitucijo, ne drži. NAKVIS je

1 prof. dr. Robert Cvetek, univ. dipl. psiholog in zakonski in družinski terapevt, Univerza v Ljubljani Teološka fakulteta, robert.cvetek@gmail.com

2 Zaradi nekaterih podobnosti z ameriškimi izobraževalnimi programi zakonske in družinske terapije (angl. marriage and family therapy) so nekateri programi poimenovani tudi kot zakonski in družinski.

nacionalni akreditacijski organ, ki »skrbi za delovanje in razvoj sistema zagotavljanja kakovosti v slovenskem visokem in višjem šolstvu. Z akreditacijo, ki jo podeljuje, visokošolski zavodi in študijski programi izkazujejo veljavnost in ustrezno kakovost izobraževanja.« (<https://www.nakvis.si/>).

Ob tem je potrebno upoštevati tudi Zakon o visokem šolstvu (ZViS), po katerem NAKVIS deluje, ki v prvem členu navaja, da ta zakon opredeljuje pogoje za opravljanje visokošolske dejavnosti. Ker naš predlog zakona o psihoterapiji umešča izobraževanje iz psihoterapije na dodiplomsko in magistrsko stopnjo, gre za visokošolsko dejavnost. Zato mora zakon o psihoterapiji, kar se tiče izobrazbe, upoštevati in slediti ZViS. Če se hoče s študijskim programom pridobiti izobrazba, ki bi jo zahteval zakon o psihoterapiji, je tako potrebno, da je študijski program v Republiki Sloveniji akreditiran pri NAKVIS (2. odst. 32. člena ZViS). Z akreditacijo postane študijski program javnoveljaven (4. odst. 32. člena ZViS), tisti, ki ga opravi, pa pridobi javnoveljavno izobrazbo oz. javnoveljavno listino (32.a člen ZViS) in seveda pri stopenjskih programih naziv, ki ga lahko javnoveljavno uporablja (v skladu z Zakonom o strokovnih, znanstvenih in umetniških naslovih). To velja seveda tudi za programe UL TeoF, ki jih je akreditiral NAKVIS kot neodvisna javna inštitucija. Zato Zbornica kliničnih psihologov, in seveda tudi gostja, nima nobene uradne pristojnosti, da bi presojala o (ne)ustreznosti visokošolskih programov, pač pa to počne na osnovi privatnih interesov, v prizadevanju za ohranitev monopola pri financiranju lastnih psihoterapevtskih izobraževanj in storitev iz javnih sredstev.

Gostja ni omenila dejstva, da specializacija iz klinične psihologije ni akreditirana pri NAKVISu, temveč je njena ureditev določena zgolj z uredbo Ministrstva za zdravje (MZ) (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2231>) in je zato veljavna samo v okviru zdravstva. Čeprav bi moral biti program specializacije glede na pravilnik o specializacijah (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV4149>, 5. člen) kreditno ovrednoten pri NAKVIS-u, so nam tam povedali, da o specializaciji iz klinične psihologije nimajo nobenih podatkov. Zato ta specializacija, za razliko od programov družinske terapije na UL TeoF, ni šla skozi številne postopke za akreditacijo izobraževalnih programov: od postopkov ustrezne habilitacije za visokošolske učitelje (za razliko npr. od nekaterih mentorjev kot nosilcev izobraževanja v specializaciji iz klinične psihologije, pri katerih je v primeru, da jih manjka, dovolj le 5 (za glavnega 10) let delovnih izkušenj na področju), do nujnosti posodabljanja in reakreditacij, spremljanja kazalnikov uspešnosti, zank kakovosti, stalne (samo)evalvacije, vključevanja v univerzitetno, razvojno in raziskovalno okolje, nadzora nad izvajanjem strategij idr.

Sedanja kompletna pot izobraževanja po modelu družinske terapije na UL TeoF je triletni dodiplomski študij (naziv programa je Človek in medosebni odnosi), dvoletni magistrski študij zakonske in družinske terapije ali dvoletni program izpopolnjevanja za tiste, ki že imajo določen poklic, in dve leti t.i. stažiranja (psihoterapevtskega dela pod supervizijo). Skupaj to znese najmanj 7 let. Glede na kritike gostje je tudi pomembno, da so nosilci in izvajalci določenih predmetov na teh programih tudi habilitirani psihiatri, pedopsihiatri in zdravniki, saj se UL TeoF pri izvajanju povezuje z Univerzo v Ljubljani Medicinsko fakulteto (npr. Katedro za psihiatrijo).

Gostja je tudi trdila, da obstajajo velike razlike glede diagnostičnih znanj o duševnih motnjah med tistimi, ki izvajajo psihoterapijo v zdravstvu in tistimi zunaj zdravstva. Tak očitek za programe UL TeoF ne drži, saj se študenti podrobno seznanijo z aktualnimi psihiatričnimi, psihološkimi in psihoterapevtskimi diagnostičnimi sistemi. Tudi glede teh vsebin so programi na visokem strokovnem in znanstveno-raziskovalnem nivoju. Sledijo vsem zahtevam in standardom izobraževanja za psihoterapijo kot samostojni poklic, ki jih postavljajo relevantne mednarodne organizacije (npr. tudi Evropska zveza za psihoterapijo). Do zdaj ni bilo resnih kritik programov UL TeoF, če seveda ne štejemo tistih splošnih, ki izhajajo iz predsodkov o Teološki fakulteti brez dejanskega poznavanja programov, izvajalcev idr.

Gostjina primerjava psihoterapevta s kirurgom je bila zavajajoča. V programe UL TeoF je namreč vključeno veliko vadbe praktičnega psihoterapevtskega dela. Študenti s pomočjo igre vlog preizkušajo psihoterapevtsko delo na sebi in na sošolcih pod ustreznim nadzorom učiteljev. Šele po obsežnem tovrstnem usposabljanju začnejo študenti delati s klienti pod redno supervizijo v okviru psihoterapevtskih centrov. Najvišji mednarodni standardi za izobraževanje iz psihoterapije zahtevajo okrog 500 do 600 ur takega praktičnega dela s klienti, razporejenih na najmanj dve leti, kar tudi na UL Teof zagovarjamo in predlagamo v zakonski ureditvi. Kirurg seveda ne more najprej preizkušati operacij na sebi ali kolegih, preden jih izvaja na pacientih. Bistvena sestavina programov izobraževanja iz psihoterapije pa je učna terapija, to pomeni, da bodoči psihoterapevt najprej preizkusi določeno psihoterapevtsko metodo na sebi. Pri tem lahko tudi razreši določene nepredelane čustvene vsebine. Takšen način ustrežneje zaščiti uporabnike, kot pa da bi takoj po vpisu v program začeli delati z njimi. Ob tem je potrebno poudariti, da pa učna terapija v specializaciji iz klinične psihologije ni predpisana. Prav tako bode v oči skrajno izključujoča naravnost kliničnih psihologov, ki po eni strani poudarjajo, kako ključnega pomena je praktično usposabljanje v zdravstvu, po drugi strani pa je Razširjeni strokovni kolegij za klinično psihologijo na svoji seji 15. 2. 2019 sklenil, da klinični psihologi

»ne morejo biti mentorji študentom, pripravnikom ali specializantom psihoterapevtskih študijev, ki nimajo enake vrste strokovne (psihološke) izobrazbe« (glej točko 6 <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/RSK/RSK-za-klinicno-psihologijo-zapisnik-3.-seje-2019.pdf>).

S strani UL TeoF sicer ne želimo v javnosti podrobneje razglašati in razčiščevati nekaterih problemov psihoterapevtskega izobraževanja kliničnih psihologov (npr. zaslužki privatnih inštitucij, ki so si same dodelile ekskluzivno pravico izobraževanja, premajhen obseg psihoterapevtskih vsebin v programu specializacije), ker nočemo zmanjševati ugleda kliničnih psihologov, ki po naših izkušnjah na svojem strokovnem področju (npr. na področju diagnostike) delajo dobro in so v zdravstvenem sistemu nujno potrebni. Tako družinske terapevte učimo, v katerih primerih morajo svoje kliente nujno usmeriti na klinične psihologe ali psihiatre. Največji problem ob tem pa so izjemno dolge čakalne dobe, pa tudi to, da je velikokrat potrebno uporabnike dlje časa prepričevati, naj gredo na tak obisk.

Podobno kot gostja, ki je podala veliko pavšalnih kritik na račun kvalitete dela psihoterapevtov zunaj zdravstva (čeprav se je ob tem komaj spomnila kakšnega neustreznega obravnavanega primera), bi tudi psihoterapevti zunaj zdravstva lahko nanizali številne primere, ko k nam pridejo uporabniki, ki so bili zelo nezadovoljni z obravnavo pri kliničnih psihologih in psihiatrih. Vendar pa imamo družinski terapevti tudi številne dobre izkušnje, ko s kliničnimi psihologi, psihiatri in pedopsihiatri pri terapevtskih obravnavah praktično vsakotredensko uspešno sodelujemo. Seveda pa si morajo uporabniki (tisti, ki si to lahko privoščijo) storitve naših terapevtskih centrov po večini plačati, ker gre za privatni sektor.

Gostja je tudi omenila, da h kliničnim psihologom »prihajajo različne zgodbe o tem, kaj se je v terapijah dogajalo – do tega, da so se terapevti poročili s svojimi pacientkami ali imeli spolne odnose«. Ni povsem jasno, kaj je gostja mislila s »prihajajo različne zgodbe«, na kaj se to nanaša in kakšne so bile specifične teh primerov. Spolni odnosi med terapijo, po novem pa tudi v vseh primerih po zaključku terapevtske obravnave, so po etičnem kodeksu družinskih terapevtov prepovedani in bi bili ob kršitvi s strani častnega razsodišča najstrožje kaznovani. Do sedaj pa pri naših diplomantih do takšnih primerov ni prišlo oz. ni bilo pritožbe v zvezi s tem; bila je ena pritožba na neprimerno verbalno opazko ene naše terapevte, ki pa je bila ustrezno obravnavana. Največja omejitev v sedanjih razmerah pa je, da lahko obravnavamo le tiste, ki so člani Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije. Prav zato se zavzemamo za zakon o psihoterapiji, da bi se preko Zbornice psihoterapevtov izboljšal nadzor nad vsemi psihoterapevti ne glede na to, ali so včlanjeni v kakšno psihoterapevtsko društvo ali ne.

2.

## **Ali je psihoterapija samo zdravljenje duševnih motenj ali še kaj več?**

Gostja, kot tudi Zbornica kliničnih psihologov, kot enega od dveh glavnih argumentov, zakaj naj bi se psihoterapija kot metoda izvajala samo v zdravstvu, navaja, da je po njihovi definiciji psihoterapija zdravljenje duševnih motenj in bolezni s psihološkimi sredstvi in da to, kar se kot psihoterapija ponuja izven zdravstvenega sistema, ni psihoterapija. Za kliničnimi psihologi so to začeli ponavljati tudi psihiatri, npr. v RSKjih za psihiatrijo in pedopsihiatrijo.

Takšno stališče ni ustrezno, kar poudarja celo Evropska komisija v svoji Evropski klasifikaciji veščin, kompetenc in poklicev (ESCO = European Skills, Competences, Qualifications and Occupations; <https://esco.ec.europa.eu/sl/about-esco/what-esco>; [https://esco.ec.europa.eu/sl/classification/occupation\\_main#overlayspin](https://esco.ec.europa.eu/sl/classification/occupation_main#overlayspin); iskanje »psihoterapevt«):

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

To je še posebej pomembno, ker Evropska komisija oz. Evropsko sodišče zavračata in prepovedujeta pretirane omejitve dostopov do posameznih reguliranih poklicev.

V tabeli 1 so zbrane definicije psihoterapije nekaterih pomembnih mednarodnih organizacij (ter zakonske definicije na Hrvaškem in v Avstriji, ki ju je Ministrstvo za zdravje omenilo kot možen zgled), iz katerih je razvidno, da je psihoterapija opredeljena veliko širše kot pa samo zdravljenje duševnih bolezni in motenj (beseda »motnje« je slovenski prevod za besedo »disorders«, kot je uporabljena v klasifikacijah DSM in MKB).

Tabela 1

## Definicije psihoterapije nekaterih pomembnih mednarodnih organizacij

Organizacija	Povezava do definicije	Definicija
European Federation of Psychologists' Associations in American Psychological Association (APA)	<a href="https://www.efpa.eu/efpa-statement-psychologists-practicing-psychotherapy">https://www.efpa.eu/efpa-statement-psychologists-practicing-psychotherapy</a> <a href="https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy">https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy</a>	Psychotherapy is the informed and intentional application of clinical methods and interpersonal stances derived from established psychological principles for the purpose of assisting people to modify their behaviors, cognitions, emotions, and/or other personal characteristics in directions that the participants deem desirable (Norcross, 1990, str. 218-220).
American Psychological Association (APA)	<a href="https://dictionary.apa.org/psychotherapy">https://dictionary.apa.org/psychotherapy</a>	Any psychological service provided by a trained professional that primarily uses forms of communication and interaction to assess, diagnose, and treat dysfunctional emotional reactions, ways of thinking, and behavior patterns.
	<a href="https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy">https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy</a>	Psychotherapy (individual, group and couple/family) is a practice designed varyingly to provide symptom relief and personality change, reduce future symptomatic episodes, enhance quality of life, promote adaptive functioning in work/school and relationships, increase the likelihood of making healthy life choices, and offer other benefits established by the collaboration between client/patient and psychologist (American Group Psychotherapy Association, 2007; APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Burlingame, et al., 2003; Carr, 2009a, 2009b; Kusters et al., 2006; Shedler, 2010, Wampold, 2007, 2010)
European Federation of Psychologists Associations – Board of Prevention and Intervention (BPI)	<a href="http://www.rjcbth.ro/image/data/v4-i34/V4I3-4_Editorial_RJCBTH_2017.pdf">http://www.rjcbth.ro/image/data/v4-i34/V4I3-4_Editorial_RJCBTH_2017.pdf</a>	Psychotherapy is usually considered to be an individual or a group psychological treatment for mental diseases, behavioral disturbances, or all other problem that leads to psychological distress and disturbances. Its aim is to help clients change impairments in a significant way, on cognitive, emotional, behavioral, interpersonal, personality or health levels. Psychotherapy is more than a helping device. It goes beyond a simple relationship of advice or support.

Organizacija	Povezava do definicije	Definicija
American Psychiatric Association	<a href="https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy">https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy</a>	Psychotherapy is a type of treatment that can help individuals experiencing a wide array of mental health conditions and emotional challenges. Psychotherapy can help not only alleviate symptoms, but also, certain types of psychotherapies can help identify the psychological root causes of one's condition so a person can function better and have enhanced emotional well-being and healing.
European Association for Psychotherapy (EAP)	<a href="https://www.europsyche.org/about-eap/documents-activities/definition-of-the-profession-of-psychotherapy/">https://www.europsyche.org/about-eap/documents-activities/definition-of-the-profession-of-psychotherapy/</a>	The practice of psychotherapy is the comprehensive, conscious and planned treatment of psychosocial, psychosomatic and behavioural disturbances or states of suffering with scientific psychotherapeutic methods, through an interaction between one or more persons being treated, and one or more psychotherapists, with the aim of relieving disturbing attitudes to change, and to promote the maturation, development and health of the treated person.
	<a href="https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/">https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/</a>	Psychotherapy is a psychological (as distinct from medical or pharmacological) treatment for a range of psychological, emotional and relationship difficulties and disorders.
Irish council for Psychotherapy	<a href="http://www.psychotherapycouncil.ie/wp-content/uploads/2016/12/ICP-Submission-FINAL-301116.pdf">http://www.psychotherapycouncil.ie/wp-content/uploads/2016/12/ICP-Submission-FINAL-301116.pdf</a>	The term psychotherapy covers a range of approaches and methods; they all involve a psychological (as distinct from medical or pharmacological) treatment for a range of psychological, emotional and relationship difficulties and disorders.
National Institute of Mental Health in USA	<a href="https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies">https://www.nimh.nih.gov/health/topics/psychotherapies</a>	Psychotherapy (sometimes called talk therapy) refers to a variety of treatments that aim to help a person identify and change troubling emotions, thoughts, and behaviors.
Avstrijski zakon o psihoterapiji iz leta 1990	<a href="https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_0/1990_361_0.pdf">https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_361_0/1990_361_0.pdf</a>	Psychotherapy is a comprehensive, conscious, and planned treatment of psychosocial or psychosomatic behavioral disorders and states of suffering, acquired through general and specialized education, using scientifically psychotherapeutic methods. It involves an interaction between one or more patients and one or more psychotherapists with the aim of alleviating or eliminating existing symptoms, changing disturbed behaviors and attitudes, and promoting the maturity, development, and health of the patient.

Organizacija	Povezava do definicije	Definicija
Hrvaški zakon o psihoterapiji iz leta 2018	<a href="https://www.zakon.hr/z/1045/Zakon-o-djelatnosti-psihoterapije">https://www.zakon.hr/z/1045/Zakon-o-djelatnosti-psihoterapije</a>	Področje psihoterapije je samostojno področje, ki se ukvarja z: - ustvarjanjem odnosa med eno ali več osebami in enim ali več psihoterapevti skozi psihoterapevtski proces, s ciljem spodbujanja osebnega razvoja, odstranjanja, spreminjanja ali omiljenja intenzitete obstoječih psihosocialnih, psihosomatskih in vedenjskih motenj ali trpljenja ter razvoja bolj funkcionalnih in primernejših vzorcev doživljanja, obnašanja, odnosov z okolico in vrednostnih sistemov; - ustvarjanjem odnosa med eno ali več osebami in enim ali več svetovalnimi terapevti skozi svetovalni proces, s ciljem pomoči pri prepoznavanju trenutnih težav in iskanju najboljše rešitve skozi izboljšanje komunikacijskih veščin, krepitev samospoštovanja, spodbujanja spremembe vedenja in optimalnega psihofizičnega zdravja.
National Health Service (NHS) in England	<a href="https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/differences-between-psychology-psychiatry-and-psychotherapy">https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/psychological-therapies/differences-between-psychology-psychiatry-and-psychotherapy</a>	Psychotherapy is conducted with individuals, groups, couples and families. Psychotherapists help people to overcome stress, emotional and relationship problems or troublesome habits.

Opredelitev psihoterapije, kot jo navajajo klinični psihologi, je zelo redka, npr. v slovarju SSKJ, ki pa ni strokovno ustrezna referenca.

Nadalje psihoterapija po slovenskem klasifikacijskem sistemu izobraževanja in usposabljanja (KLASIUS) (<http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED466>), spada pod družbene in ne pod zdravstvene vede (<https://www.stat.si/StatWeb/File/DocSysFile/9925/Opisi%20kategorij%20KLASIUS-P-16.pdf>).

Da psihoterapija ni samo dejavnost oz. metoda kliničnih psihologov in psihiatrov, temveč samostojna stroka, potrjujejo nenazadnje tudi mnenja nekaterih pomembnih slovenskih psihiatrov in kliničnih psihologov (npr. Maja Rus Makovec, Umestitev psihoterapije v psihiatrijo, VICEVERSA, št. 65, 2020, str. 12; Peter Praper, Gorazd Mrevlje, Klinična psihologija, psihiatrija in psihoterapija: Sodelovanje ali razhajanje, Psihološka obzorja, 1997, št. 4, str. 79-94).

Celo Razširjeni strokovni kolegij za psihiatrijo (<https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/RSK-za-psihiatrijo-4.-korespondencna-seja-5.-4.-2023.pdf>) je na seji dne 5. 4. 2023 pod točko 2 sprejel mnenje, da se psihoterapijo lahko učinkovito uporablja tudi izven psihiatrije in zdravstva nasploh:



»Psihoterapija se namreč lahko učinkovito uporablja tudi izven psihiatrije in zdravstva nasploh za naslavljanje človeškega osebnega trpljenja, ki nima narave duševne motnje oziroma za pospešitev osebnostnega dozorevanja.«

Celo sama Zbornica kliničnih psihologov na svoji spletni strani navaja (<http://klinikna-psihologija.si/kaj-je-klinikna-psihologija/>, razširitev zavihka Psihoterapija), da je psihoterapija zdravljenje psihičnih težav s psihološkimi pristopi, ki temeljijo na različnih teoretičnih modelih. Ta definicija jasno kaže, da psihoterapija ni omejena samo na bolezni in motnje (po DSM ali MKB), temveč širše. Pri tem prihaja tudi do napačnega prevoda angleškega izraza »treatment«, ki ne pomeni »zdravljenja« (angl. healing), temveč »obravnavo«, pri čemer se izraz uporablja na različnih področjih (npr. medical treatment, psychological treatment, beauty treatment, fabric treatment itn.).

Omenimo naj tudi sodbo Evropskega sodišča za človekove pravice (A.V. zoper Slovenijo, 9.4.2019; <http://www2.gov.si/dp-rs/escp.nsf/Offe1f8c2a758302c1256bdd00496042/5dc9ca1db9ed4193c1258447003162d1?OpenDocument>), ki je obsodilo Slovenijo zaradi kršenja 8. člena Konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, ker sodišče ni odredilo družinske terapije z namenom vzpostavljanja oz. urejanja stikov med otroci in starši po ločitvi (točka 89), česar ne moremo opredeliti kot zdravljenje psihičnih bolezni in motenj.

### **3. Regulativa psihoterapije v skandinavskih državah in spornost omejevanja možnosti izobraževanja iz psihoterapije samo na klinične psihologe in psihiatre**

Gostja je navedla, da smatra kot dober zgled regulacije psihoterapije skandinavske države (v delovni skupini so klinični psihologi konkretno kot dober zgled poimenovali Norveško, Švedsko in Finsko), kjer psihoterapijo lahko izvajajo zdravstveni delavci - zdravniki, psihologi, socialni delavci - se pravi kader, ki je opravil izobraževanje v zdravstvenem sistemu. Navedla je še, da tam izobraževanje iz psihoterapije ne poteka na univerzitetni ravni, pač pa kot subspecialistično usposabljanje, s čimer je poskušala utemeljiti stališče Zbornice kliničnih psihologov.

Takšno stališče gostje že na prvi pogled vsebuje protislovja in nedoslednosti, npr. kako naj bi socialni delavci opravili izobraževanje v zdravstvenem sistemu, kaj je mislila s subspecializacijo, ki je socialni delavci nimajo, in zakaj naj bi bili diplomirani socialni delavci ustrežnejši zdravstveni kader od diplomiranih psihoterapevtov. Pri podrobnejši analizi stanja v skandinavskih deželah pa se pokaže gostjino popolno zavajanje javnosti z netočnimi izjavami. Zato navajamo, kako je z ureditvijo v navedenih državah.

### 3.1. **Norveška**

Psihoterapevt ni zaščiten naziv, vendar psihoterapevt ni isto kot psiholog. Iz psihoterapije se je možno izobraževati ne glede na poklicno ozadje (<https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/psykoterapeut>), priznani pa so številni pristopi (npr. psihoanaliza, gestalt terapija, psihodrama, umetnostna in ekspresivna terapija, psihosinteza, integrativna terapija, analitična psihologija, plesna terapija idr.).

Psihoterapija se izvaja:

- v zdravstvenem sistemu (kdorkoli je tam zaposlen – lahko tudi socialni delavci, pedagogi idr., pri čemer morajo upoštevati zakon o zdravstvenih poklicih: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_1#S2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_1#S2)) in uporabljajo se metode, priznane s strani zdravstvenega sistema, ter
- izven zdravstvenega sistema, pri čemer morajo upoštevati zakon o alternativnem zdravljenju (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-06-27-64>).

V primeru, da nekdo z zdravstvenim poklicem izvaja psihoterapijo izven zdravstvenega sistema ali uporablja metode, ki niso priznane s strani zdravstvenega sistema, mora upoštevati zakon o alternativnem zdravljenju (poleg teh seveda tudi ne-zdravstveno osebe). Večina psihoterapije se izvaja po tem zakonu.

### 3.2. **Finska**

Na Finskem zakon iz leta 1994 ščiti naziv *psihoterapevt* in regulira poklic psihoterapevta kot samostojen poklic (Akt o zdravstvenih poklicih št. 559/94 in Dekret o zdravstvenih poklicih št. 564/94). Psihoterapevtska izobraževanja so večinoma multiprofesionalna, tako da se lahko vanje poleg zdravnikov in psihologov vključujejo še medicinske sestre, socialni delavci, teologi, specialni pedagogi ali učitelji. Nov dekret iz dne 31. 12. 2011 določa, da mora izobraževanje potekati na univerzah, ali v psiholoških in psihiatričnih ustanovah ob sodelovanju univerz ([https://www.valvira.fi/web/en/healthcare/professional\\_practice\\_rights/qualified\\_outside\\_the\\_eu\\_eea\\_member\\_state/eea](https://www.valvira.fi/web/en/healthcare/professional_practice_rights/qualified_outside_the_eu_eea_member_state/eea)).

### 3.3. **Švedska**

Švedska je bila med prvimi evropskimi državami, ki so sprejele zakon o psihoterapiji, in sicer prvič že leta 1986, po katerem je bil obseg skupin poklicev, ki lahko pridobijo naziv psihoterapevt, razširjen onkraj zdravniškega poklica. Naknadno je bila psihoterapija urejena še z zakoni iz let 1978, 1992 in 1998. Po tem zakonu so možnost, da pridobijo psihoterapevtsko izobrazbo, dobili tudi psihologi, medicinske sestre, pa tudi socialni delavci in teologi. Danes je psihoterapevt multiprofesionalen poklic, to pomeni, da se lahko vključijo v izobraževanja iz psihoterapije poleg psihologov in zdravnikov tudi strokovnjaki drugih poklicev,

npr. socialni delavci, teologi, fizioterapevti ter medicinske sestre. Ti strokovnjaki (razen psihiatrov in psihologov ter ostalih, ki imajo primerljivo izobraževanje iz psihoterapevtskih predmetov) morajo pred vpisom v magistrski program psihoterapije opraviti osnovni psihoterapevtski program<sup>3</sup>.

V skandinavskih državah je torej študij psihoterapije odprt za različne predhodne izobrazbe, kar pomeni, da za ustrezno pridobitev izobrazbe in kompetenc niso pogoj določena predhodna znanja v celotnem obsegu psihologije, temveč v manjšem (Finska – 30 kreditov iz psihologije ali psihiatrije; Švedska – npr. študij psihoterapije na univerzi v Stockholmu (<https://www.su.se/sok-kurser-och-program/sptuy-ipdt-1.649345?open-collapse-boxes=simple-article-1-559955,program-detail,programme-application,programme-more-about,simple-article-1-581039>) zahteva za vstop predmete s področja psihoterapije, ki so skladni z vsebino 4 predmetov na programu psihologije.

Omejevanje dostopa do določenega poklica brez argumentov, ki bi temeljili na znanstvenih izsledkih, ni v skladu z načelom strokovnosti, nediskriminacije, enake obravnave, sorazmernosti ter raznimi slovenskimi in mednarodnimi pravnimi zahtevami. Metaanalize kažejo, da ni pomembnih razlik med psihoterapevti z različnim poklicnim ozadjem oz. da imajo druge terapevtove značilnosti, kot so empatija, toplina, kongruentnost, prožnost idr., veliko večji vpliv na terapevtski proces in izid kot pa terapevtovo poklicno ozadje<sup>4</sup>.

Med faktorji, ki niso povezani z uspešnostjo terapije (ali so šibko povezani) so poleg poklicnega ozadja še starost, spol, terapevtovo sledenje terapevtskemu protokolu, izkušnje, samoporočane socialne veščine, terapevtove ocene lastne uspešnosti<sup>5</sup>. Posebej opozarjamo, da Wampold<sup>6</sup> (pa tudi drugi, npr. Fiegl, 2016<sup>7</sup>) navaja nepovezanost (oz. šibko povezanost) uspešnosti terapije s starostjo (kar je sicer gostja tudi omenila), zato tudi omejevanje samo na izobraževanje iz psihoterapije šele po drugi bolonjski stopnji, nima ustrezne strokovne podlage in so take omejitve neupravičene ter pravno sporne. V obširni raziskavi Goldberga idr.<sup>8</sup> se je presenetljivo izkazalo, da obstaja splošna tendenca, da so bolj izkušeni

- 
- 3 Johansson, P. in Fahlke. (2019). A study on how basic psychotherapy training is perceived by Swedish physicians in psychiatry. *Reflective Practice*, 20(4), 417–422.
  - 4 Npr. Orlinsky, D. (2009). Research on psychotherapy and the psychotherapeutic profession(s): A brief introduction. *European Journal of Psychotherapy. Counselling and Health*, 11(2), 183–190. 10.1080/13642530902927345.
  - 5 Wampold, B. E. in Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2. izd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
  - 6 Wampold, B. E. (2016). Can we become better therapists? Yes, we can. *Family Therapy Magazine*, 15(5), 16–19.
  - 7 Fiegl, J. (2016). *Tako mlad pa že psihoterapevt: Empirična raziskava o neposrednem akademskem študiju psihoterapije*. Sigmund Freud University Press.
  - 8 Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J. L., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T. in Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of counseling psychology*, 63(1), 1–11.

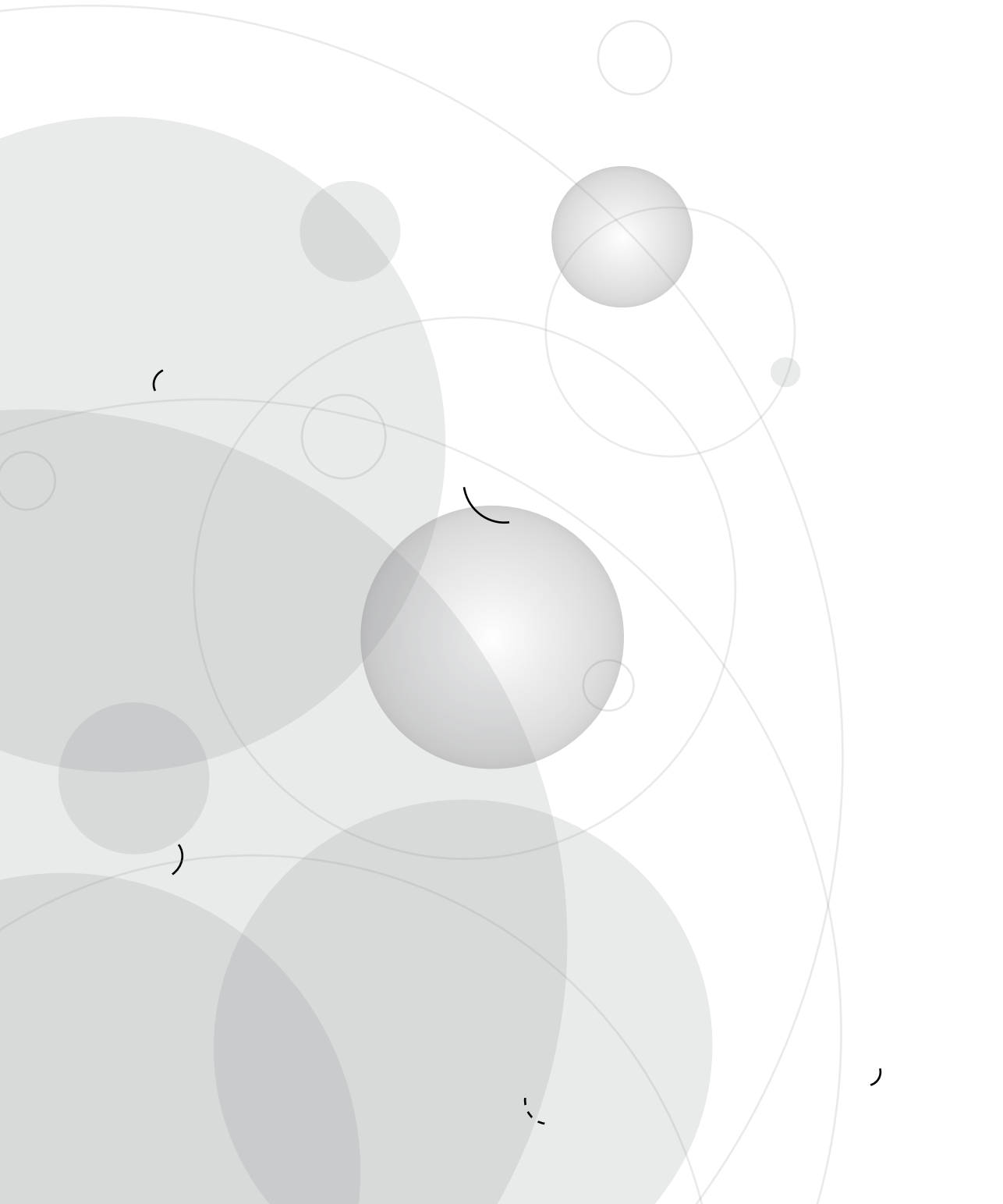
terapevti (zaradi povečevanja svoje uspešnosti in manjše motiviranosti, manjše pripravljenosti za učenje in poglobljeno delo s klienti) manj uspešni kot manj izkušeni terapevti (čeprav so med njimi pomembne razlike, prav tako so odkrili obraten trend pri zgodnjem izpadu iz terapije).

Strinjamo se, da se z izvajanjem psihoterapije pod supervizijo začne na magistrski stopnji študija, vendar je strokovno neutemeljeno preprečevati začetek izobraževanja iz psihoterapije takoj po maturi. Tudi Evropska zveza za psihoterapijo ([https://www.europsyche.org/app/uploads/2019/10/EAP\\_EQF\\_ECTS\\_Framework\\_Oct\\_2019.pdf](https://www.europsyche.org/app/uploads/2019/10/EAP_EQF_ECTS_Framework_Oct_2019.pdf)) priporoča, da je možen začetek izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic po zaključeni srednji šoli ali za drugi poklic po zaključeni drugi (magistrski) bolonjski stopnji oz. 7. stopnji po evropskem klasifikacijskem okviru (EQF - European Qualifications Framework).

#### **4. Zavajajoč prikaz delovanja Delovne skupine za pripravo zakona**

Gostja je izrecno navedla, naj bi Delovna skupina za pripravo zakona v okviru Ministrstva za zdravje imela samo eno srečanje. Imeli smo res samo eno sejo v živo, je pa zavajajoče zamolčala še dve dopisni seji, v katerih smo člani delovne skupine Ministrstvu za zdravje poslali obsežno gradivo, ki je strokovno in znanstveno utemeljena osnova za oblikovanje predloga zakona.





Irena Kosovel in Vanda Levstik<sup>1</sup>

## **Imajo polna usta lepih besed, da ščitijo paciente, ampak v tem grmu tiči zajec: intervju z Ireno Kosovel<sup>2</sup>**

*They have a mouthful of nice words to protect patients,  
but there is a catch: an interview with Irena Kosovel*

Pogovarjali smo se z Ireno Kosovel, pravnico, družinsko mediatorko in psihoterapevtko, ki je v letih 2006 do 2010 vodila prvo delovno skupino za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti pri Ministrstvu za zdravje. Zakon, ki je bil leta 2010 pripravljen za medresorsko usklajevanje, je žal obležal v predalu, ker je novi minister ocenil, da ne gre za prioriteto nalogo ministrstva. Naša sogovornica je tudi predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, ki je v letu 2022 pripravilo predlog novega zakona o psihoterapiji.

Danes je ta tema znova v ospredju, izza zaprtih vrat se je spor o tem, kdo je lahko psihoterapevt in kdo ne, prenesel na odprto sceno, v medije. Naša sogovornica pove, da se je tega vedno bala, saj je prepričana, da se morajo tako resne teme, kot je psihoterapija, obravnavati predvsem v okviru stroke, na nivoju strokovnih argumentov in ne medijske vojne.

Izoblikovala sta se dva pola s precej različnimi pogledi na ureditev področja psihoterapije, ki jo danes potrebuje vse več ljudi. Tisti, ki zagovarjajo tako imenovani medicinski model, izhajajo iz stališča, da je to metoda dela v zdravstvu, ki jo lahko izvajajo le klinični psihologi in psihiatri, morda še kakšen zdravstveni delavec, ki ima potrebna znanja iz psihoterapije, kar pa je po mnenju naše sogovornice že dolgo preseženo stanje. Tisti, ki izvajajo psihoterapijo izven zdravstva, na prostem trgu, pa menijo, da je psihoterapija avtonomna znanstvena disciplina, psihoterapevt pa samostojni poklic, ki potrebuje akademsko pot izobraževanja (podobno kot to velja za psihologe, zdravnike, socialne delavce idr.), strokovno poklicno zbornico z obveznim članstvom, dolgo prehodno obdobje in formalno

---

1 Irena Kosovel, pravnica in psihoterapevтка, irena.kosovel@gmail.com  
Vanda Levstik, vanda.levstik@styria-media.si

2 Intervju je bil objavljen na spletnem portalu Žurnal 8. 10. 2023. <https://www.zurnal24.si/zdravje/imajo-polna-usta-lepih-besed-da-scitijo-paciente-ampak-v-tem-grmu-grmu-tici-zajec-412973>

ureditev statusa delujočih psihoterapevtov, saj bo le na ta način vzpostavljen red, preglednost in strokovni nadzor na tem področju.

Slika 1

Irena Kosovel, pravnica in psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje



### **1. Preden se lotiva te teme, razčistiva, kakšna je pravzaprav razlika med psihiatrom, kliničnim psihologom in psihoterapevtom?**

Vsi se ukvarjamo z duševnim zdravjem. Psihiater je zdravnik s specializacijo iz psihiatrije in se v glavnem ukvarja s psihiatričnimi bolniki in z medikamentoznim načinom vplivanja na raznolike simptome duševnih motenj. Predpisuje zdravila, z bolnikom pa se praviloma srečuje redkeje kot psihoterapevt, na začetku enkrat na mesec, pozneje tudi na tri mesece, pol leta, čas, ki ga lahko odmeri pacientu na srečanju, pa je kratek, večinoma do 10 minut, medtem ko običajna individualna psihoterapevtska seansa traja od 45 do 60 minut.

Klinični psiholog mora najprej opraviti petletni študij psihologije in nato še štiriletno specializacijo iz klinične psihologije v zdravstvu. Primarno se ukvarja s (klinično) psihološko diagnostiko, tako da opravlja različne intervjuje, teste, oblikuje ocene psihološkega stanja človeka, nudi pa tudi psihološko svetovanje, od leta 2013 pa v slovenskem prostoru uradno tudi psihoterapijo, čeprav tu prihaja do številnih nepravilnosti.

Psihoterapevt je danes lahko nekdo, ki se je najmanj štiri leta izobraževal po evropskih kriterijih za samostojen poklic, potem ko že ima nek poklic, npr. da



je socialni delavec, psiholog, teolog, pedagog, pravnik (kot je v mojem primeru) ali pa ima nek nesoroden poklic, da je npr. farmacevt ali računalničar idr. Lahko pa izbere akademsko pot izobraževanja za prvi poklic. Za razliko od psihiatra in kliničnega psihologa smo psihoterapevti najbolj učinkoviti takrat, ko je človek pripravljen razviti čustveno pomemben odnos s terapevtom in na rednih tedenskih srečanjih, ki lahko trajajo več mesecev, leto ali več, iti skozi čustveno zahteven terapevtski proces. Ko je ta človek v svojem življenju pripravljen na večje spremembe, bodisi v odnosih z bližnjimi bodisi pri svojem delu, da bi dosegel boljše kvaliteto življenja.

**2. Psihoterapevtka ste več kot dvajset let in to s področja analitične psihoterapije. Za kakšno metodo gre?**

Pri oceni pacientovega stanja se vračamo v primarno družino, kjer se otrok uči prvih načinov vedenja, čustvovanja, mišljenja, odzivanja, vrednot itd., kar vse je zelo povezano med seboj. Na koncu pridemo do nekih izvornih težav, bodisi je to čustvena zanemarjenost v otroštvu, pomanjkanje varnega, ljubečega, empatičnega in podpornega okolja. Poglejmo npr. družino, v kateri je vladal alkohol. Ni ga otroka, ki ne bi imel zaradi tega v odraslem življenju določenih težav. V takšni družini so pogoji za razvoj otroka povsem neustrezni. Nastopijo posledice, s katerimi se ti ljudje na različne načine spopadajo vse življenje.

Seveda pa pri oceni pacientovega stanja psihoterapevti upoštevamo tudi prihodnost, kakšne cilje ima pacient, kakšna so njegova pričakovanja glede sprememb pri sebi in v pomembnih odnosih. Samo delo na preteklosti brez tega, da bi vedeli, kako bo spoznanja o svoji zgodovini pacient investiral v prihodnost, seveda nima pravega smisla.

**3. Poglejva primer. Človek na neki stopnji ugotovi, da potrebuje pomoč, da je v stiski. Smrt v družini, izguba službe, razhod s partnerjem. Odloči se za psihoterapijo, mogoče mu jo svetuje osebni zdravnik, sorodnik, prijatelj. Za tovrstno pomoč se mogoče odloči, ker si ne želi tablet. Na voljo je veliko terapevtskih pristopov. Kako vem, kateri je zame najboljši?**

Ne morete vedeti vnaprej. Ostaja vam, da sami raziščete po spletu ali poizveste pri znancih, če ima kdo kakšno dobro izkušnjo. Na spletu je teh informacij veliko, različna strokovna združenja že ponujajo kvalitetne informacije, a končna odločitev je vaša. Sicer pa raziskave potrjujejo, da psihoterapevtski pristop sam po sebi ni ključen za izid psihoterapije. Pomembni so skupni dejavniki, eden pomembnejših je vsekakor odnos pacienta in psihoterapevta.

Če se še vrnem k analitičnemu pristopu. Kje se mi učimo v prvih letih življenja kot otroci? V primarni družini. O pogojih za zdravo odraščanje govorimo takrat, ko daje primarna družina otroku tisto osnovno varnost, toplino, ljubezen, razumevanje, skrb, empatijo, seveda pa ki zna po drugi strani postavljati tudi za otrokov razvoj primerne zahteve in meje. Nekaj tega želimo vzpostaviti tudi mi, v tako imenovanem terapevtskem setingu. Terapevt in pacient se dobivata vsak teden, na isti lokaciji, ob isti uri, praviloma brez prekinitev. Pacient prinaša svoje vsebine, asociacije, sanje, terapevt pa ga posluša, usmerja, v teku psihoterapevtskega procesa tudi interpretira, konfrontira, po potrebi tudi educira. Terapevt pacienta vodi na način, da pacient sam pride do nekih zanj novih spoznanj. Gre za to, da skozi predelavo asociacij, svojih notranjih vsebin doseže uvide, nekakšen aha-učinek, ki ga skozi čas ponotranji in vključi v svoje življenje.

#### **4. Ali vse to pomeni, da je za uspeh terapije pomembno tudi pacientovo počutje v terapevtskem odnosu?**

Ta občutek je v veliki meri odvisen od pacientovih zgodnjih izkušenj, kakšen tip navezanosti je razvil v odnosu s svojimi starši. Če je ta neustrezen, bo pacient verjetno težje navezal stik s terapevtom, zato bosta imela s tem v zvezi več dela, morda bosta celo neuspešna. Pomembno je, da se pacient in terapevt povežeta, nenazadnje pacient terapevtu velikokrat zaupa stvari, ki jih doslej še ni nikomur. Terapevt pa ga ob tem ne obsoja, temveč podpira.

#### **5. Kako dolg proces je to?**

V analitični psihoterapiji traja proces od nekaj mesecev pa vse tja do več let, odvisno od značilnosti in pričakovanj pacienta, težav, ki jih rešuje, njegove sposobnosti vzdržati v odnosu itd.

#### **6. Kakšen je vaš odnos do antidepressivov?**

Načeloma pozitiven, seveda v okviru tehtnega razmisleka o indikacijah in ob sočasnih drugih načinih obravnave, npr. s psihoterapijo. Predvsem pri težjih oblikah depresije je optimalno in praviloma nujno sodelovanje psihiatra in psihoterapevta z roko v roki. V teh primerih se večkrat zgodi, da pacient zdravila trdovratno odklanja. V takšnih primerih lahko psihoterapevt ključno pripomore k temu, da pacient prepozna potrebo po jemanju zdravil. S pacientom raziskujemo, kaj je razlog za njegov odpor. Na blag način jim skušamo pokazati, da zdravila potrebujejo. Pogosto je tak način uspešen v zadovoljstvo vseh. A za vse to je potreben čas in delo s pacientom, za kar psihiatri praviloma nimajo časa.

**7. Podatki o porabi antidepressivov so alarmantni, v zadnjih dvajsetih letih se je njihova poraba povečala za 80 odstotkov.**

Do tega je prišlo, ker ljudje v duševnih stiskah sami vedno bolj iščejo antidepressive in druge psihofarmake, po drugi strani pa zdravniki in psihiatri nimajo za ponuditi kaj več od zdravil. Čakalne vrste so že sramotno dolge, saj je potreb po pomoči zaradi duševnih težav in motenj vedno več. Enostavno sodobni način življenje postaja preveč naporen. Danes ni službe, ki ne bi bila stresna čez meje pozitivnega stresa. Kamor koli pogledaš, poznaš nekoga, ki je izgorel v službi. To se lahko zgodi vsakemu, če pravočasno ne ukrepa, kar pomeni, da se zavestno in načrtno čuva pred tem. Delati na polno v službi in biti izpostavljen delovnim pritiskom še doma, kjer predvsem ženske z otroki čaka še dodaten »šihht«, zlomi še najbolj odporne. Današnji način življenja je v tem pogledu zelo krut.

**8. In izgorelost je zelo povezana z depresijo?**

Da, to je druga plat medalje. Je sicer res vezana na obremenitve v službi, da pa se človek pod težo bremen zruši, prispeva tudi naša notranja odpornost. Praviloma se namreč izkaže, da je izgorelost povezana tudi z notranjimi razlogi: pomanjkanjem samozavesti, perfekcionizmom, pogosto smo preveč zahtevni do sebe. Vse to je lahko npr. posledica zahtevnih staršev, pri čemer prave podpore ni bilo. Gre torej za kompleksno stanje, ki ga je potrebno reševati v več fazah, vsekakor je tu pomembna psihoterapija, ki bo potem, ko bo akutna faza mimo, lahko pomagala človeku prepoznati načine njegovega delovanja, vzorce razmišljanja, čustvovanja, odnosov in vrednot, kar vse ga je pripeljalo v stanje izgorelosti.

S tem delom zdravljenja se psihiatri ne ukvarjajo, za to nimajo ne časa, praviloma tudi ne ustrezne usposobljenosti. Seveda obstajajo tudi psihiatri z veliko širine, veliko dajo tudi na psihoterapijo, nekateri so se tudi sami izobraževali za psihoterapevte. Nenazadnje pa vsi poznajo osnove psihoterapevtskega dela, saj se v okviru specializacije nekaj mesecev usposablja tudi s tega področja. V osnovi pa je psihiater educiran za uporabo zdravil, s čimer se psihoterapevti ne ukvarjamo.

**9. V javnosti sta se jasno izoblikovala dva pola s precej različnimi pogledi na ureditev področja psihoterapije. Na eni strani zdravniki in klinični psihologi, na drugi ste psihoterapevti z zasebno prakso in lastniki zasebnih inštitutov in šol. Oboji se načeloma zavzemate za kakovostno obravnavo in varnost uporabnikov, o tem, na kakšen način bi to uredili, pa med vami poteka prava vojna. Kaj se dogaja?**

Leta 2018 je bila sprejeta Resolucija o duševnem zdravju za obdobje 2018 do 2028. V preko sto strani dolgem osnutku dokumenta, ki predstavlja strategijo

razvoja in dela na področju duševnega zdravja v Sloveniji za desetletno obdobje, ni bila z eno besedo omenjena psihoterapija, kar nesporno kaže na odnos zdravstvene stroke, ki je ta dokument na ministrstvu za zdravje pripravila. Na srečo smo v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje ugotovili, da teče o predlogu resolucije decembra 2017 javna razprava, v katero smo se vključili in preko poslanskih skupin dosegli sprejetje dveh dopolnitev, s katerima se je državo zavezalo, da sprejme zakon o psihoterapiji. Takoj po sprejetju resolucije v parlamentu marca 2018, je bila aprila 2018 na ministrstvu za zdravje ustanovljena že druga delovna skupina za pripravo zakona o psihoterapiji, ki pa so jo žal predstavniki zdravstva uspešno obstruirali. Po štirih srečanjih je delo delovne skupine zamrlo in nikoli nas ministrstvo ni obvestilo, zakaj.

Vendar smo v Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje (SZPS) nadaljevali z delom na zakonu. SZPS smo namreč ustanovili konec leta 2016 nekateri posamezniki, ki delujemo na področju psihoterapije izven zdravstva, skupaj s predstavniki izobraževalnih ustanov, ki izvajajo akademske programe izobraževanja iz psihoterapije (npr. Teološka fakulteta Univerze v Ljubljani in ljubljanska podružnica Univerze Sigmunda Freuda) ter predstavniki nekaterih strokovnih združenj. Osnovni namen ustanovitve tega združenja je bil in ostaja prizadevanje za normativno ureditev področja psihoterapije, kar počnemo že vsa ta leta. Lahko rečem, da smo prav mi pripomogli zadevo pripeljali do te točke, da se sedaj o vprašanju zakonske ureditve psihoterapije odprto pogovarjamo.

#### 10. **Kako potekajo ti, kot ste dejali, odprti pogovori?**

Po relativno uspešnem dialogu v prvi delovni skupini v letih 2006-2010, katere delo je zaustavil takratni novi minister, se je oblikovala druga delovna skupine aprila 2018, v kateri so predstavniki medicinskega kroga zavzeli vzvišeno držo in odklanjali vse, kar je ponudila naša stran, zatrjujoč, da nismo kompetentni sogovorniki. Spričo takšne obstrukcije dela je seveda delo delovne skupine kot že rečeno zamrlo, ministrstvo za zdravje pa ni premoglo niti toliko strokovne kompetentnosti, da bi se takšnemu obnašanju uprlo.

V letošnjem letu je nova garnitura vodstva na Ministrstvu za zdravje začela z aktivnostmi za pripravo zakona (pet let po obstrukciji), a žal zelo nespretno. V maju 2023 je ministrstvo imenovalo skoraj 40 člansko delovno skupino, katere člani so relevantni deležniki s področja psihoterapije izven zdravstva in predstavniki strokovnih združenj in inštitutov s področja psihoterapije, ki delujejo v zdravstvu ter trije razširjeni strokovni kolegiji s področja duševnega zdravja (za psihiatrijo, otroško psihoterapijo in klinično psihologijo). Že prvo srečanje je izzvenelo v ostrem in degradirajočem napadu predstavnikov medicinske stroke, ki po številu v delovni skupini močno prevladujejo, na psihoterapevte,

ki delujemo izven zdravstva. Vpeljali so specifično retoriko o psihoterapiji kot metodi dela samo v zdravstvu itd., ki jo ponavljajo povsod, kjer lahko spregovorijo o problematiki psihoterapije. Do sedaj sta prvemu srečanju sledili dve korespondenčni seji, na katerih smo člani delovne skupine odgovarjali na najrazličnejša vprašanja v zvezi z ureditvijo psihoterapije. Čeravno je od ustanovitve delovne skupine minilo že pet mesecev, člani delovne skupine nimamo nobene povratne informacije, kaj se dogaja, niti nismo prejeli nobenega odgovora na z naše strani zastavljena vprašanja. Ocenjujem, da se je tudi zato spopad nasprotujočih si stališč v zvezi z ureditvijo psihoterapije prenesel v medije.

#### 11. **Kaj prinaša vaš predlog zakona?**

Zakon prinaša poklic psihoterapevta, ki danes ne obstaja, akademizacijo, to je študij na fakulteti po srednji šoli, psihoterapevtsko zbornico, dolgo prehodno obdobje in uvajanje psihoterapevtskega poklica v različne resorje družbe, kajti potreb je veliko. Le tak zakon, kot ga predlagamo, bo lahko prinesel red, ker bo določil, kdo je psihoterapevt. Prvič bo uradno zapisal, kakšna izobrazba je potrebna za psihoterapevta, kakšne naj bodo njegove kompetence, sposobnosti. Reguliral bo poklic psihoterapevta, česar danes ni. Z izrazom psihoterapevt sicer operiramo, vendar tega poklica pri nas ni, je le registrirana dejavnost.

#### 12. **Težko je poslušati vsa ta obtoževanja z vseh strani, ki nenazadnje mečejo slabo luč na dejavnost, ki jo, to je jasno, danes potrebuje vse več ljudi. Kje so tukaj pacienti, ta še posebej ranljiva skupina ljudi? Vam nasprotna stran na primer opozarja, da so posledice tega, da zaupamo čustvene in duševne težave samooklicanim strokovnjakom, lahko uničujoče.**

Preprosto rečeno se omenjeni psihiatri in klinični psihologi, ljudje iz zdravstva torej, enostavno borijo za svoje pozicije, ki so zanje pomembne predvsem za odločanje o finančnih tokovih iz javnih sredstev. Ob tem imajo polna usta lepih besed, kako je njihov glavni namen ščititi paciente pred vsemi, ki niso klinični psihologi ali psihiatri, a če pogledate, kakšne rešitve predlagajo za ureditev psihoterapije, lahko vidite, v katerem grmu tiči zajec. Njihove rešitve, ki so izključujoče do psihoterapevtov, poskušajo ohraniti obstoječe stanje in še utrditi njihove odločevalske pozicije. Vedeti morate, da ima večina od njih koncesijske ambulante.

Zbrali smo podatke, iz katerih je razvidno, da so imeli nekateri izmed njih v zadnjih desetih letih za kar dva milijona prihodkov, na nivoju leta je to vsaj 200.000 evrov, na nivoju meseca je to 15.000, kar pa ni malo za enega človeka. Gre torej za koncesionarje, ki so danes najbolj glasno proti nam. Med njimi so

nekateri z veliko znanja, torej s strokovnim potencialom, ki bi s sodelovanjem z nami še kako pripomogel h kvalitetni ureditvi področja psihoterapije. Vendar so se obrnili popolnoma stran od strokovnih in znanstvenih argumentov. Njihova kvazi strokovna argumentacija, s katero se pojavljajo v medijih, se je popolnoma podredila težnjam po oblasti in lasti.

Prepričana sem, da bi bil lahko naš zakon dobra podlaga za nadaljnje usklajevanje. Simptomatično pa se zdi to, da se predstavniki medicinskega kroga ne zmorejo pogovarjati konstruktivno na način, da bi si dali priložnost poslušati, kaj ima povedati nasprotna stran. Če bi namreč zares prisluhnili našim strokovnim in znanstvenim argumentom, namreč ne bi mogli nasprotovati tako radikalno. Izsledki psihoterapevtske znanosti zadnjih dvajsetih let so namreč stališča, ki jih oznanjajo, povozili. Zagovarjajo stališča, npr. glede tega, kaj je definicija psihoterapije, ki so celo v nasprotju s stališči njihovih stanovskih evropskih krovnih organizacij, torej Evropskega združenja psiholoških združenj in Evropskega psihiatričnega združenja.

Sama sem se za psihoterapevko educirala v okviru Združenja psihoterapevtov Slovenije, ki je danes eden glavnih nasprotnikov psihoterapije kot samostojnega poklica. Tam sem spoznala žal že pokojnega prof. dr. Miloša Kobala, ki je bil eden mojih prvih učiteljev. Bil je tudi eden prvih, ki se je zavzemal za zakon o psihoterapiji, saj je imel poleg medicinske tudi pravno izobrazbo. Na nek način mi je prav on predal to poslanstvo v zvezi z zakonom. Žal se ta naloga vleče neuspešno že 18. leto.

13. **Lastnikom zasebnih šol se očita, da jim gre tukaj le za davkoplačevalski denar. Se strinjate s tem, da je psihoterapija danes postala velik biznis?**

Poglejva rezultate ankete, ki smo jo izvedli v SZPS, o zaslužkih psihoterapevtov, ki delujejo zunaj zdravstva s samoplačniki. Povprečna cena ure pri manj izkušenem psihoterapevtu je 50 eur, pri povprečno izkušenem 60 eur, pri bolj izkušenem 70 eur. Povprečno število klientov je med 20 do 25, ob tem delajo povprečno z enim do dvema pro bono. Povprečno število opravljenih pogovorov na teden je 20 ur (4 na dan). Mesečni prihodek je okoli 4000 eur z regresom, od tega gre mesečno najmanj 500 eur za prispevke, najmanj 100 eur za davke, okoli 350 eur za najem prostorov, 350 do 600 eur za supervizijo, 50 eur za računovodstvo, 70 eur za spletno stran in 200 eur za izobraževanje. Tako ostane okoli 1900 eur mesečno. Vsem, ki se danes odločijo za poklic psihoterapevta, je torej jasno, da se na tem področju obogateti ne da.

Kar se denarja tiče, je treba torej pogledati tudi drugo stran medalje, o kateri psihiatri in klinični psihologi nočejo govoriti, temveč raje napadajo in pripisujejo nam prav tisto, kjer imajo sami največ masla na glavi. Če se bomo v zdravstveni

sistem kot izvajalci psihoterapije lahko vključili tudi psihoterapevti, ki trenutno delujemo na trgu, bodo imeli pacienti psihoterapijo zastoj, ali pa vsaj delno refundirano. Če pa ne bo tako, bodo izviseli ravno pacienti, na njih se namreč lomijo kopija. Psihoterapevti, ki delamo na prostem trgu, bomo še naprej lahko obravnavali le samoplačnike.

Danes je povpraševanje po psihoterapevtskih storitvah tolikšno, da če pogledamo zgolj v luči tega ozkega interesa, ne potrebujemo javnega denarja, ker imamo pacientov več kot dovolj. Tudi brez zakona in celo če nas bodo preimenovali v svetovalce za nas torej ne bo bistvene razlike. Glavni način, kako uporabniki pridejo do terapevtov, je preko ustnega izročila. Najpomembnejše jim je, da dobijo kvalitetno pomoč, ne zanima jih, kakšno ime nam bodo naklonili tisti, ki krojijo zdravstveno politiko. Nepravično pa bo še naprej za paciente, ki jim psihiatri in klinični psihologi z izključevanjem psihoterapevtov, onemogočajo dostop do brezplačne psihoterapije.

#### **14. Delavci v zdravstvu vam očitajo pomanjkanje znanja na področju diagnostike.**

Spekter ljudi, ki se obračajo na psihoterapevte zunaj zdravstva, je zelo velik. Od teh jih ima manj kot polovica psihiatrično diagnozo. V teh primerih je pomembno sodelovanje psihoterapevta s psihiatri in kliničnimi psihologi. Tako sodelovanje že dolgo obstaja, vendar se tisti psihiatri in klinični psihologi, ki z nami sodelujejo, v sedanji napeti situaciji ne upajo javno izpostaviti. Nam pa jasno povedo, da se z glavnimi predstavniki svojih strok ne strinjajo, saj vsakdanja praksa kaže, da gre izključevanje psihoterapevtov iz obravnavanja duševnih motenj na škodo pacientov. Npr. v psihoterapevtski ambulanti SFU Ljubljana, kjer sodelujem kot supervizorka, trenutno obravnavamo okoli 550 pacientov, povprečne starosti 34 let in jih ima dobra polovica psihiatrično diagnozo, usmerjeni pa so k nam v skoraj 70% s strani zdravnikov in psihiatrov. Po drugi strani na naša vrata trka zelo veliko ljudi z duševnimi težavami, ki ne dosegajo kriterijev duševne motnje, zaradi izgube bližnjega, prilagajanja na težke telesne bolezni, posledic ločitev in razvez, nesreč, težav v službi, v odnosih, vzgojnih težav z odraščajočim otrokom idr., kar je daleč od potrebe po psihiatru in diagnozi.

Po tolikih letih izobraževanj in prakse je praviloma vsakemu psihoterapevtu povsem jasno, kdaj gre za dolgotrajno in hudo duševno motnjo, kot so na primer psihotične motnje, katerih obravnava zahteva sodelovanje s psihiatrom in kliničnim psihologom. Moja izkušnja je tudi, da so psihoterapevti praviloma visoko funkcionalni s stabilno in visoko moralno ter etično osebnostno integriteto, ki bodo v dvomu poiskali supervizijsko ali intervizijsko pomoč, ali konzultacijo z zdravnikom ali psihologom. Problem je obraten, psihiatri in klinični psihologi

imajo veliko manj, večinoma celo nič supervizije. Pa še to, ljudje s hudimi motnjami, na primer s psihotično epizodo, praviloma ne obišejo psihoterapevta, ampak najprej pridejo k psihiatru ali v bolnišnico. K nam pa pridejo naknadno, ker so nezadovoljni s psihiatrično hipermedikalizirano in zgolj na patologijo usmerjeno obravnavo, kjer praktično dobijo samo zdravila.

Da ne govorimo o veliki krizi psihiatrične diagnostike, ki se zadnjih 30 let samo še pogloblja. Ni psihiatrične revije ali psihiatričnega združenja na svetu, ki ne opozarja na njeno zelo omejeno uporabnost in na stalno nevarnost iatrogenosti kategorialne psihiatrične diagnostike. Vlagajo se milijoni v raziskave, da bi našli novo, boljšo diagnostiko, ki pa je še dolgo ne bo. Klinično psihološka diagnostična mnenja, ki nam jih pacienti kažejo, pa so iztirila v tako pogosto uporabo patološko obarvanih tujk, da paciente demoralizirajo.

Raziskave o učinkovitosti psihoterapije pa so pokazale, da je za dober izid zelo pomembno, da strokovnjak in pacient skupaj soustvarita opis pacientove težave, ki vzbuja upanje, motivira za terapevtsko delo in vzbuja vero v dober izid. Kdor pa je prvič hospitaliziran v naših psihiatričnih bolnicah zaradi psihotične motnje, je najprej deležen avtoritativnega prepričevanja zdravnikov, da je psihoza huda in dolgotrajna bolezen in da je edino, kar pomaga, jemanje zdravil do smrti. Da je shizofrenija bolezen, še ni dokazano. Če bo komu to uspelo, ne bo dobil le ene Nobelove nagrade, ampak najmanj tri. Zaenkrat obstajajo le hipoteze, večina psihiatričnih diagnoz je hipotetičnih, ne temeljijo na empirično potrjenih izsledkih, ker ni pojasnjen njihov vzrok in nastanek. Npr. diagnoza depresija (in tudi druge diagnoze) ne pomeni skoraj nič, ker je depresija vsakega človeka drugačna, za njo se skriva enkratna zgodba.

Psihiatrija pa je s pretirano medikalizacijo duševnih težav in motenj izgubila stik z enkratnostjo vsakega pacienta. Psihoterapevti po celem svetu pa smo sprejeli prav obratno ključno izhodišče – prepoznati v vsakem pacientu njegovo enkratnost in obravnavo vsakega pacienta prikrojiti njegovim posebnim potrebam in pričakovanjem. Zato je naše delo tudi veliko bolj zanimivo od dela psihiatrov, vsako terapevtsko srečanje je neponovljivo in od nas zahteva nenehno ustvarjalnost.

#### **15. Obstajajo pomisleki glede izobrazbe psihoterapevtov na zasebnih univerzah.**

V zadnjih tridesetih letih so se v mednarodnem okolju izoblikovali jasni standardi izobraževanja iz psihoterapije. Okoli 150.000 psihoterapevtov iz 41 evropskih držav in 128 organizacij je sprejelo t. i. Strasburško deklaracijo o psihoterapiji iz leta 1991, ki izobraževanje iz psihoterapije postavlja na tri stebre: teoretično izobraževanje, lastno izkušnjo psihoterapije in psihoterapevtsko prakso pod



supervizijo. Teoretično izobraževanje je interdisciplinarno, kar pomeni, da zajema pet ključnih področij: poleg področja psihoterapije še področja psihologije, psihiatrije/nevroznosti, družbenih ved in metodologije. V drugem delu teoretičnega izobraževanja, ko lahko študent že začne s delom s klienti oz. pacienti in mora nabrati najmanj 600 ur klinične prakse, ima na vsake štiri terapevtske ure eno uro supervizije. Vzporedno z vsem tem obiskuje tudi učnega terapevta, kjer mora opraviti najmanj 250 ur dela na sebi. Na tak način je zastavljen študij na visokošolskih ustanovah in po družtvih, ki so člani Slovenske krovne zveze za psihoterapijo (ta je od leta 1998 v Sloveniji zavezana uveljavljanju standardov Strasburske deklaracije). Tekom študija morajo študenti psihoterapije na SFU Ljubljana poleg tega opraviti 755 ur psihosocialne prakse (lahko izbirajo med okoli 100 učnimi bazami po celi Sloveniji), 140 ur take prakse v Psihoterapevtski ambulanti in najmanj 140 ur psihiatrične prakse v psihiatrični bolnici, psihiatričnih specialističnih ambulantah in/ali skupnostnih psihiatričnih službah. Žal pa je v Sloveniji problem, ker v naših psihiatričnih ustanovah kategorično odklanjajo te študente. Tako lahko v Sloveniji na prste ene roke preštejemo psihiatre, ki so pripravljeni nuditi psihiatrično prakso študentom psihoterapije v svojih ambulantah, od psihiatričnih bolnic pa jih sprejema le ena.

16. **Vi se zavzimate za javni akademski študij psihoterapije, za kar v zdravstvenih krogih ni posluha. Pravijo, da so ljudje, ki bi končali ta študij premladi, premalo zreli za tako občutljivo delo. Kako odgovarjate na te pomisleke?**

Poglejva SFU Ljubljana, ki izvaja triletni dodiplomski in dvoletni magistrski študij psihoterapije. V petih letih ga nihče ne zaključi, temveč traja najmanj sedem let. Najmlajša študentka, ki je do zdaj na SFU Ljubljana zaključila specialistični študij, je bila stara 28 let. Povprečna starost ob vpisu je od leta 2013 naprej 23,6 let. Povprečna starost devetnajstih, ki so do zdaj zaključili magistrski študij, je 43 let (razpon med 32 do 53 let). Šele v drugem letniku magistrskega študija se zanje začne psihoterapevtska praksa pod supervizijo, pred začetkom dela s klienti pa morajo opraviti vse obveznosti dodiplomske stopnje, najmanj 100 ur skupinske in najmanj 45 ur individualne učne terapije, vso psihosocialno prakso z velikim številom ur igre vlog (drug z drugim izmenično vadijo v vlogah terapevta in klienta).

Pri delu s pacienti so na začetku prav tako omejitve, najprej študent dobi enega, pa čez mesec do dva še enega itd. Prvo leto prakse lahko ima študent le pet pacientov, drugo leto deset. Se pravi, ta, ki je zaključil študij postopoma pridobiva paciente, poleg tega se jih ves čas nadzoruje, supervizira. Po opravljenih 630 psihoterapevtskih urah in najmanj 150 urah supervizije, ma pogoje

za pristop k zaključnemu izpitu. Glavno sito je prav klinična praksa, ki se lahko še podaljša, v kolikor študent ne razvije pričakovanih kompetenc. Ključno pa je, da študenti sami zelo hitro spoznajo, kako zahtevno je delo s klienti, tako da potrebujejo veliko spodbud, da sploh začnejo in vztrajajo. Velikokrat so v oceni svojih sposobnosti strožji od učiteljev in supervizorjev, tako da je strah, da bi Slovenijo iz fakultet za psihoterapijo preplavili neodgovorni in slabo usposobljeni terapevti res iz trte zvit.

Neodgovorno je nastopaštvo psihiatrov in kliničnih psihologov, ki neutemeljeno razpihujejo tak strah preko medijev. Če pa so že zavihali rokave, da bi preprečili študij psihoterapije po maturi, naj sprožijo še akcijo za preprečitev študija medicine in psihologije po maturi, nato pa naj nadaljujejo še s socialnim delom, pedagogiko, teologijo idr., saj potem logika o nezrelih mladih ljudeh velja tudi za vse te, ki so se odločili za podobno zahtevne in odgovorne poklice.

17. **Poleg kliničnih psihologov imajo veliko pripomb na predlog novega zakona tudi psihiatri, vključeni v slovensko zdravniško društvo. Kot pravijo, so zaskrbljeni zaradi predvidenega vključevanja brez izobrazbe znotraj zdravstvenega sistema v proces obravnave ene najbolj ranljivih skupin kot so osebe s psihičnimi motnjami. Kot so zapisali, tovrsten poskus ni niti etično ne strokovno utemeljen in predstavlja nevarnost za osebe, ki bi sodelovale v takšnem eksperimentu. Kako odgovarjate na to?**

Tudi njihovo izključujoče stališče, ki brani ozke cehovske interese, se skriva za lepimi besedami zaščite ranljivih oseb. Kot sem že povedala, sami preprečujejo, da bi študenti psihoterapije prišli do psihiatrične prakse, hkrati pa so prav zdravniki in psihiatri tisti, ki tiho usmerjajo svoje paciente k nam, medtem ko nekatera velika imena slovenske psihiatrije javno oznanjajo, kako nevarni smo psihoterapevti za ranljive osebe. So pa nekateri znani psihiatri s tem tudi ne strinjajo, a so utišani ali so sami raje tiho. Še posebno splošni zdravniki pa so ob navalu pacientov z duševnimi težavami in motnjami v svojih ordinacijah presrečni, če sprejememo kakšnega od njih.

Vodja delovne skupine za zakon je sicer napovedala pilotni projekt, v katerem naj bi v nekaj centrov za duševno zdravje vključili psihoterapevte, vendar so tudi glede tega odločno proti. Time teh centrov sestavljajo (pedo)psihiater, (klinični) psiholog, medicinska sestra, specialni pedagog, socialna delavka, psihoterapevta pa ni, kar je absurdno. Po tisočih raziskavah zbranih v metaanalizah se je pokazalo, da kvaliteta psihoterapije ni odvisna od primarnega poklica, če je psihoterapija drugi poklic.

Da bi psihoterapijo lahko dobro delali z ljudmi z duševnimi motnjami samo psihologi in psihiatri, je neverjetna domisljica peščice psihiatričnih vplivnežev. Npr. Ameriška psihološka zveza, ki je v svetu najvplivnejša organizacija psihologov, navaja, da lahko psihoterapijo nudijo različni strokovnjaki, poleg psihiatrov in psihologov še socialni delavci, zakonski in družinski terapevti in drugi, ki so opravili specializirano psihoterapevtsko usposabljanje.

**18. Zdravniki se med drugim ne strinjajo s stališči o večurnem preizkušanju usklajenosti terapevta in pacienta, saj to po njihovem predstavlja nedopustno izpostavljanje pacienta tveganju za poslabšanje psihične motnje. Kaj to pomeni?**

Večina ljudi k nam ne pride v akutnih duševnih krizah, saj se v teh primerih najprej obrnejo na zdravnike. K nam pridejo po letih odlašanja, potem ko so sami poskušali vse mogoče, potem ko niso dobili ustrezne pomoči v zdravstvenem sistemu in velikokrat potem ko se ni obneslo niti obiskovanje raznih alternativcev. Pri teh pacientih par ur porabljenih za spoznavanje, vzpostavljanje empatičnega stika in za oblikovanje terapevtskega dogovora ne naredi prav nobene škode. Mene so profesorji iz medicinskih vrst učili, da je za uspešno delo s pacientom zelo pomemben že sam način, kako začneš terapijo, kako pacienta sprejmeš, nagovoriš, ga poslušаш, se z njim pogovarjaš. Ključno je, da se takoj začne pri pacientu razvijati občutek, da je v pravih rokah, da lahko zaupa in da je varen. Psihoterapevti ne ukrepamo takoj, sebi in pacientu damo dovolj časa za spoznavanje, ne dajemo mu zdravil, torej kaj slabega pa lahko storimo temu človeku, če mu naklonimo vso svojo pozornost. Če pa se izkaže, da je v zelo slabem, nestabilnem psihičnem stanju, npr. v akutnem psihotičnem stanju ali samomorilno ogrožen, pa seveda ne odlašamo z napotitvijo v psihiatrično ambulanto ali v bolnišnico, kjer imajo kapacitete za obravnavo akutnih stanj.

V resnici te bojazni ne razumem. Psihoterapevti smo visoko educirani strokovnjaki, od kod takšno nezaupanje. Se zavedate, kakšno razvrstitev, diskvalifikacija psihoterapevtov je to? Ob tem, da je edukacija psihiatrov in kliničnih psihologov v več delih pomanjkljiva v primerjavi s psihoterapevtskimi akademskimi in neformalnimi programi.

**19. Vendar obstajajo tudi “vikend tečaji” za pridobitev naziva psihoterapevt, kar pa je problem ...**

Tudi sama poslušam v medijih, da se to dogaja. Z ureditvijo področja psihoterapije z zakonom bomo temu naredili konec. Zakon bo določil poti izobraževanja, v prehodnih določbah saniral obstoječe stanje na način, da bodo morali vsi delujoči psihoterapevti skozi sito preverjanja izobrazbe. Če bodo dosegali

pogoje zakona, jim bo po samem zakonu priznan status psihoterapevta. Tisti, ki tega ne bodo dosegli, ne bodo smeli opravljati psihoterapevtskih storitev. Tudi zaradi potrebe po nadzoru obvezno potrebujemo strokovno zbornico. Naš predlog zakona prinaša poklic, akademizacijo, psihoterapevtsko zbornico, dolgo prehodno obdobje in uvajanje psihoterapevtskega poklica v številne resorje družbe, ne samo v zdravstvo. V socialno varstvene ustanove, šole, vrtce, v zapore, varne hiše, vzgojne zavode, skupnostne službe, tudi v gospodarstvo, šport, zdraviliški turizem. Potreb je veliko.

**20. Kaj pravite na očitek, da bi bili psihoterapevti po petletnem študiju premladi za opravljanje tako zahtevnega dela?**

Glejte, tudi študij psihologije traja pet let in tudi mladi zdravniki imajo takoj po diplomi opravljanje s pacienti. Kot že prej povedano, pa edukacija za psihoterapevta traja v praksi mnogo dlje, saj se mora izpolniti vse tri stebre edukacije, da lahko študent pristopi k zaključnemu izpitu in pridobi s tem pravico do samostojnega dela psihoterapevta.

Žal ugotavljam, da imajo ravno tisti, ki zagovarjajo medicinski model ureditve psihoterapije polna usta o zaščiti pacientov ob tem, da jih mirno postavijo v čakalno vrsto za več mesecev, celo leto in več. Pogled v zaodrje pa pokaže, da jim gre le za privilegije, ki bi jih radi zadržali. Sprašujem se, zakaj sploh je treba prepričevati zdravstveno stroko, da potrebujemo poklic psihoterapevta in akademizacijo izobraževanja za kader, ki ga primanjkuje in ga res potrebujemo. Ali ni to nekaj samoumevnega? Si predstavljate, da bi danes ukinili fakultetne študije za medicino in psihologijo ter celotno izobraževanje za zdravnike in psihologe prenesli na par društev, ki bi bila povšeči peščici vplivnežev, ki potem delajo kot dvoživke in izobražujejo po teh društvih?

Če bo obveljal medicinski model, bo to usodno vplivalo na duševno zdravje ljudi v Sloveniji. Potrebe ljudi po psihoterapevtskih storitvah so vse večje, če bo psihoterapija vezana samo na zdravstvo, kam bodo šli vsi ti ljudje. Ne najdem pravih besed, s katerimi bi povedala, kako sem ogorčena nad to situacijo.

Imajo polna usta lepih besed, da ščitijo paciente, ampak v tem grmu tiči zajec:  
intervju z Ireno Kosovel



Miran Možina in Andreja Barat<sup>1</sup>

## **Pomirjevala in antidepresivi ne zdravijo, le blažijo simptome, vzroki pa ostajajo nepojasneni in nenagovorjeni: Intervju s psihiatrom in psihoterapevtom Miranom Možino<sup>2</sup>**

*Sedatives and antidepressants don't cure, they only alleviate symptoms, and the causes remain unexplained and unspoken: Interview with psychiatrist and psychotherapist Miran Možina*

Mag. Miran Možina je psihiater, psihoterapevt in direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja. V intervjuju je povedal, kaj storiti in kam se obrniti, če nas mučijo depresija, anksioznost, psihoza ... ali druge duševne težave. Poudaril je, da samo zdravila niso dovolj in da človek za ozdravljenje nujno potrebuje tudi delo na sebi s pomočjo psihoterapije. Dotaknil se je tudi težav slovenskega zdravstvenega sistema na področju duševnega zdravja in predlagal učinkovite rešitve.

### **1. Kakšna je razlika med psihiatrom, kliničnim psihologom in psihoterapevtom in kdaj potrebujemo katerega?**

Vse to so poklici, ki zahtevajo najvišjo možno stopnjo akademskega in specialističnega strokovnega znanja in usposobljenosti. Med seboj se razlikujejo po vsebini svojega dela in po poteh izobraževanja. Zelo poenostavljeno je težišče dela psihiatra na blaženju simptomov duševnih motenj z zdravili, klinični psihologi so edini, ki lahko opravljajo razne psihološke teste za natančnejšo diagnostiko,

- 
- 1 Mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com  
Andreja Barat, andreja.barat@iskreni.net
  - 2 Intervju je bil objavljen na spletni strani Iskreni, 10. 9. 2023, <https://www.iskreni.net/dr-miran-mozina-pomirjevala-in-antidepresivi-anksioznih-in-depresivnih-motenj-ne-zdravijo-le-blazijo-simptome-vzroki-pa-ostajajo-nepojasneni-in-nenagovorjeni/>

psihoterapevti pa zdravijo s pogovorom v zaupnem odnosu, ki ga vzpostavijo s klienti. Obisk psihoterapevta je najbolj učinkovit takrat, ko je človek pripravljen več časa vložiti v delo na sebi in v to, da v svojem življenju kaj spremeni, bodisi v odnosih z bližnjimi bodisi pri svojem delu, da bi dosegel boljšo kvaliteto življenja.

Kdor hoče postati psihiater, mora končati medicinsko fakulteto, končati pripravništvo, opraviti strokovni izpit, da lahko začne samostojno delati kot zdravnik. Nato sledi štiriletna specializacija iz psihiatrije in specialistični izpit. Ko pridobi licenco za opravljanje psihiatrične dejavnosti, jo mora, kot vsak drug specialist, obnavljati na sedem let v okviru zdravniške zbornice, tako da ne zastane v svojem strokovnem razvoju.

Psihologi imajo dvostopenjski študij in po opravljenem magisteriju leto pripravništva. Če se odločijo za specializacijo iz klinične psihologije, ta traja štiri leta.

Psihoterapevti so lahko dolgo postali le tisti, ki so že imeli nek poklic (npr. zdravniki, psihologi, socialni delavci, socialni pedagogi ...) in so šele potem opravili najmanj 5 let izobraževanja za psihoterapevta. V novem tisočletju pa se je odprla tudi pot izobraževanja za psihoterapijo kot prvi poklic. Najprej od leta 2005 v Avstriji, kjer je bila ustanovljena Univerza Sigmunda Freuda (SFU), ki omogoča neposredno izobraževanje s področja psihoterapije takoj po maturi. Ta program je nato v Slovenijo prišel že leta 2006 na ljubljanski podružnici SFU. Gre pa za dodiplomsko in magistrsko izobraževanje v trajanju pet let. Takoj ko je avstrijskim kolegom uspelo z akreditacijo tega študija, sem se odločil, da bom naredil vse, kar je v moji moči, da to omogočimo tudi v Sloveniji. Kajti ovinki preko drugih poklicev ne smejo biti edina pot do poklica psihoterapevt. Si predstavljate, da bi npr. zdravnik lahko postal le tisti, ki je prej doštudiral psihologijo, socialno delo ali teologijo?

## **2. Kaj storiti, če imam duševne težave z depresivnostjo in anksioznostjo, ki so najpogostejše?**

Glavna vstopna točka v sistem zdravstvenega varstva je tako v Sloveniji kot tudi v večini razvitih držav obisk splošnega zdravnika. Če ta ugotovi, da gre za resnejšo duševno težavo, običajno ne bo le predpisal zdravil, ampak tudi napotil k psihiatru. Če gre za zahtevnejšo duševno motnjo, psihiater predpiše še pregled pri kliničnem psihologu. Ta naredi serijo testiranja za podrobnejšo diagnostiko. Psihiater potem na podlagi mnenja, ki ga dobi, v večini primerov predpiše neko zdravilo. V Belgiji so to spremenili in na primarni zdravstveni ravni omogočajo brezplačno pomoč kliničnih psihologov in specialnih pedagogov brez napotnice. Po letu in pol se kažejo dobri rezultati. Tudi psihoterapevti bi lahko na tej ravni pomagali, da bi razbremenili splošne zdravnike.



V Sloveniji je trenutno tako, da so čakalne dobe za psihiatra in kliničnega psihologa leto, dve in več. Osebni zdravniki, ki imajo za posameznega pacienta po nekaj minut časa, so v tej situaciji v zelo nevhvaležnem položaju, saj ga nimajo kam napotiti. Včasih si seveda vzamejo tudi več časa za pogovor, vendar na račun drugih pacientov ali svojega prostega časa. Pogosto pa pacientu ne morejo ponuditi nič drugega kot zdravila in kakšen preprost nasvet, kar pa ni dovolj. Zanimivo, da ima v sosednji Avstriji okoli 1000 splošnih zdravnikov kompletno izobrazbo iz psihoterapije, pa tudi tam nimajo dovolj časa, da bi jo izvajali.

Take razmere ne bi bile kritične, če ne bi vse več študij o vplivu psihofarmakov (štiri glavne skupine so antidepresivi, pomirjevala, antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja) kazalo, da je le ta negativen, če se predpisujejo prehitro in preširoko, torej preden so bili ljudje deležni psihosocialnih oblik pomoči, med katere spada tudi psihoterapija. Stanje je še posebej zaskrbljujoče pri najpogostejših duševnih motnjah, pri odraslih depresiji in tesnoba motnjah, pri otrocih in mladostnikih pa pri motnjah pozornosti ter čustvenih in vedenjskih motnjah. Temu pojavu pravimo pretirana medikalizacija oz. medikamentalizacija težav z duševnim zdravjem.

### **3. Težava je verjetno tudi to, da ljudje zdravil ne jemljejo vedno povsem v skladu z navodili ...**

Po raziskavah veliko manj kot polovica ljudi jemlje ta zdravila tako, kot so jim bila predpisana. Ta zdravila se potem doma kopičijo, ker ljudje seveda zdravnikom ne povedo, da ravnajo po svoje, in jim ti pišejo nove in nove recepte. Zaloge neporabljenih zdravil se potem brez nadzora zdravnikov širijo po neformalnih socialnih mrežah med sorodniki, znanci in prijatelji, ki jih jemljejo po svoji presoji kot bonbone na podlagi samodiagnostike s pomočjo Googla. Pa so seveda vse prej kot sladkorčki, seznam možnih škodljivih učinkov je velik.

Nikakor nisem proti zdravilom, saj so izjemno dragocena, a v veliko ožjem področju indikacij. Narobe je, da se jih predpisuje v pandemičnih razsežnostih. To se dogaja v Sloveniji in tudi v vseh drugih državah, kjer farmacevtska industrija na ta račun kuje velike zaslužke in celo ustvarja nove kategorije duševnih motenj, ki jih sploh ni. Ta zdravila se lahko proizvajajo v praktično neomejenih količinah in interes multinacionalk je, da se čim bolj predpisujejo. Ne smemo pozabiti, da zdravila lahko postanejo strup ali »bolnila«, kot jih je nedavno v prevodu knjige Roberta Whitakerja *Pogubnost kemopsihoterapije*, poimenoval prevajalec Branko Gradišnik. Knjigo zelo priporočam, ker lahko pripomore k ozaveščanju javnosti o škodljivem delovanju farmacevtskih multinacionalk, ki v svojem ravnanju niso drugačna od multinacionalk na drugih področjih, od kmetijstva do trga z nepremičninami, ko brezsravno uničujejo vse, kar je pravično, enakopravno in solidarno.

#### 4. **Bi lahko k izboljšanju stanja doprinesli psihoterapevti?**

Visoko usposobljenih psihoterapevtov je ta trenutek v Sloveniji najmanj 300 in lahko bi priskočili na pomoč predvsem na primarni ravni zdravstvenega varstva pa tudi v drugih resorjih. Svetovna zdravstvena organizacija že 10 let stalno opozarja našo vlado in razna ministrstva, da moramo to bolje urediti in izboljšati kadrovske razmere - povečati število psihiatrov in kliničnih psihologov ter izboljšati sodelovanje in mreženje med različnimi strokovnjaki in organizacijami na področju duševnega zdravja. Priporočajo pa tudi vključitev psihoterapevtov, ki v Sloveniji že delujemo izven zdravstva. Torej to ni nekaj, kar bi zrastle samo na zelniku psihoterapevtov. Slovenski psihiatri in klinični psihologi pa, predvsem tisti, ki so najbolj glasni in ki imajo odločevalske pozicije v raznih organizacijah in na ministrstvu za zdravje, pa se kot hudič križa bojijo tega, da bi psihoterapevti postali del timov varovanja duševnega zdravja v zdravstvu. Žal so tisti psihiatri in klinični psihologi, ki se s tem ne strinjajo in ki z nami že veliko let sodelujejo pri obravnavi pacientov, tiho, ker se nočejo izpostavljati in biti deležni pogroma vplivnih kolegov in kolegic. Namreč tako ostre polarizacije, kot se je izoblikovala od leta 2018, odkar smo psihoterapevti v Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2018 do 2028 uspeli dodati obvezo, da mora država sprejeti zakon o psihoterapiji kot samostojnem poklicu, še ni bilo.

Omenil sem že, da psihoterapevti preko zaupnega terapevtskega odnosa z enim ali več klienti (npr. v partnerski, družinski in skupinski terapiji), pomagamo s pogovorom. Normativi za naše delo so specifični. Psihoterapevt ne more imeti manj kot eno uro za en pogovor, 45 minut je minimum, tako da lahko povprečno opravi okoli 5 pogovorov na dan. Tudi skupinska psihoterapija pod vodstvom dveh terapevtov, kjer eno srečanje traja najmanj uro pol, se je pokazala zelo koristna za delo na primarni zdravstveni ravni. V določenem trenutku lahko psihoterapevt ambulantno vodi največ okoli 30 klientov, v kolikor prihajajo na pogovore enkrat tedensko ali največ na 14 dni.

#### 5. **Zakaj ste se vi osebno odločili za ta poklic?**

Že kot študent sem začutil velik interes za psihoterapijo. Potem ko sem diplomiral na medicini, sem vedel, da bom lahko izvajal psihoterapijo le, če bom psihiater. Tako sem v času specializacije iz psihiatrije od leta 1986 do 1991 v svojem prostem času in na lastne stroške opravil še pet let izobraževanja iz psihoterapije. Leta 1993 sem odprl privatno prakso in od leta 1995 do 1998 v Nemčiji opravil še triletno usposabljanje za učitelja in supervizorja psihoterapije. Kot psihiater sem delal na sprejemnih oddelkih in v bolnišnični ambulanti, kjer sem moral v petih urah pregledati najmanj 40 pacientov, in s tem nisem bil zadovoljen. Hotel sem težišče svojega dela posvetiti psihoterapiji.

## 6. **Kako je možno dnevno obravnavati toliko ljudi?**

Zelo površno in nekvalitetno, kar je šlo navzkriž z mojimi etičnimi načeli. Videl sem, da me sistem organizacije dela človeško kvari, da me potiska v brezbriznost, ker empatija ni neomejena, zato sem odšel iz bolnice in se zaposlil kot zasebnik. Ljudem sem se tako lahko polno posvetil na vsaki seansi. Sicer morajo za to plačati, a kolikor je v mojih močeh delam tudi pro-bono ali za simbolično plačilo. Toda temu, da bi celostno obravnaval vsakega pacienta in mu posvetil čas, ki ga potrebuje, se ne morem in nočem odreči.

Psihoterapevtska obravnava je zelo intenziven proces, pri katerem pa ne sme biti nobene naglice in površnosti. Psihiater si za kontrolne preglede lahko vzame le deset minut, vpraša po simptomatiki, nato pa zviša, zniža ali ohranja predpisano dozo zdravil. Seveda si lahko tudi psihiater po obstoječih normativih si vzame 50 minut za eno seanso in je za to tudi plačan iz javnih sredstev. Ampak teh psihiatrov je danes zelo malo in tudi zdravstveni sistem in zavarovalnica silita psihiatra v to, da obdela čim več pacientov v najkrajšem možnem času. Če bi npr. začeli psihiatri s koncesijo delati tako, da bi si vzeli eno uro časa za psihoterapijo, bi zaslužili veliko manj, kot če v eni uri pregledajo pet pacientov na psihiatrični način. Ampak o teh anomalijah, h katerim prispevajo tudi neustrezne zavarovalniške tarife, se molči. Kar kaže na to, da je večini psihiatrov in kliničnih psihologov psihoterapija postranska zadeva, saj bi se v nasprotnem primeru gotovo bolj odločno postavili po robu zavarovalnicam.

## 7. **To se morda sliši kontroveržno, ampak včasih dobiš vtis, da zdravstvo sploh noče zdravega človeka, da hoče odvisnega uporabnika storitev. Kaj se vam zdi?**

Če govoriva o zdravstvu kot sistemu, poteka očem javnosti bolj ali manj skrito že 30 let nekaj, kar je globalni trend, in sicer razraščanje neoliberalizma. Ta med drugim prinaša to, da se katerekoli storitve merijo po merilih ekonomske učinkovitosti. Temu je vse podrejeno. In ta učinkovitost bi se naj merila na podlagi kvantitativnih analiz, ki vse pretvarjajo v številke. Po tej logiki je zanimivo število izdanih receptov, število obravnavanih pacientov v določeni časovni enoti ali na določeni lokaciji, število bolniških itn. Na podlagi teh podatkov naj bi izboljšali poslovanje, reforme pa vodijo v vse več birokracije in administrativnega nadzora, tako da je časa za paciente vse manj. Vendar pa kvalitete odnosov med pomagajočimi in uporabniki, ki ključno prispeva k učinkovitosti raznih storitev pomoči, ne bomo nikoli povsem ujeli v številke. Zavarovalnice pritiskajo na zdravnike, da morajo čim manj časa »izgubljati« za ljudi in jih silijo v to, da prinašajo merljive rezultate ekonomske uspešnosti. Znan je npr. primer slovenske psihiatrične bolnice, ki je ustvarila milijonski »dobiček«,

medtem pa so pacienti deležni obravnave t. i. »vrtečih se vrat«. To je pojav relativno kratkih hospitalizacij, ki ne prinesejo dolgotrajnih izboljšav in se pacienti hitro vračajo, kar se njihove težave ponavljajo. Če psihiater s pacientom opravi enourni razgovor, je dobiček farmacevtske industrije dosti manjši kot če v eni uri obdela 5 pacientov in predpiše toliko in toliko zdravil. Psihijatrija prinaša dobičke farmacevtski industriji predvsem preko predpisovanja zdravil in medicinskih preiskav (še posebno nevroloških preiskav, kot so CT, fMRI, MEG), zato sistem deluje tako, da zdravnike spodbuja k diagnostiki. Psihosocialne oblike pomoči, med katerimi je tudi psihoterapija, pa ekonomsko niso zanimive, ker niso tako dobičkonosne.

V ozadju vseh velikih debat in tudi afer v zdravstvu torej tiho deluje ta neoliberalistični model, ki se je zajedel v vsako poro zdravstvenih sistemov – od ministrstev do splošnih ambulant. V medinskem modelu, katerega glavna lastnost je ugotavljanje specifične diagnoze, ki naj bi mu sledil specifičen način zdravljenja, je našel najboljšega možnega zaveznika. Specifičnost je ključna beseda za razumevanje medicinskega modela. Logika je ta, da če je diagnoza specifična, bo tudi izbira načina zdravljenja lahko specifična in zato učinkovita. To se relativno dobro obnese pri akutnih telesnih bolezenskih stanjih, pri kroničnih boleznih in duševnih motnjah pa ne.

## 8. **Zakaj ne?**

Ker se je pokazalo, da so na področju duševnega zdravja ključni nespecifični oz. kontekstualni dejavniki, med katerimi so glavni terapevtski odnos, ujemanje klientovih pričakovanj s terapevtovimi razlagami in izbranimi terapevtskimi postopki, aktivacija sposobnosti klientov in virov v njihovih socialnih mrežah, ter upoštevanje kulturnega okvirja, v katerem poteka terapevtska obravnava. Študije placeba so pokazale, da k uspehom zdravljenja z zdravili odločilno prispeva, kako pacient doživlja svojega zdravnika kot osebo in odnos z njim. Učinek antidepressiva je lahko tudi do 80% boljši, če klient verjame v to, da mu bo zdravilo pomagalo in da zaupa zdravniku, ki mu je zdravilo predpisal.

Hkrati se je pokazalo, da obstoječa kategorialna psihiatrična diagnostika, ki naj bi bila specifična, pa ni, ni uporabna za učinkovito psihoterapevtsko pomoč. Vsaka »depresija« je drugačna, ker je vsak človek in njegova življenjska situacija, v kateri se je razvila, drugačna. Diagnoza je uporabna predvsem za to, da splošni zdravnik ali psihiater utemelji napotitve na diagnostiko, za možnost brezplačnega predpisovanja zdravil in za razne ugodnosti, kot so bolniške. Ampak dejstvo je, da diagnoze kot so »depresija«, »tesnoba«, »psihozoza«, »ADHD« itn. niso povezane z izidom psihoterapevtskih obravnav. Kar šokantno, ali ne? Zato so psihoterapevti v zadnjih 50 letih razvili svojo psihoterapevtsko diagnostiko, ki je procesna in individualizirana, prilagojena vsakemu klientu posebej.

Pokazalo se je, da v kolikor zdravnik, psiholog, psihoterapevt in drugi pomagajo na področju varovanja duševnega zdravja vztrajajo na svoji definiciji tega, kar je s pacientom narobe in da se to ne ujema z njegovimi pričakovanji, bodo uspehi terapije manjši. Prav tako pa se je izkazalo, da zelo pomaga, če se strokovnjaki pustimo podučiti o tem, kaj si o svojih problemih mislijo ljudje in jih vprašamo, kako si oni predstavljajo rešitev. Če izhajamo iz tega, lahko pride do neverjetnega obrata in boljših izidov, kjer so veliko manj pomembne tehnike in veliko bolj, koliko s svojo terapevtsko prezenco in odnosom uspemo aktivirati potenciala v klientih in v njihovem vsakdanjem življenju.

### **9. Torej mora zdravnik, psiholog ali psihoterapevt stopiti iz svojega piedestala in bolj prisluhniti pacientu?**

Ja. Problem je ozki medicinski pristop s pozicije moči in vednosti, ki ga je v nedavnem intervjuju na nacionalki zagovarjala dr. Sana Dobnik Čoderl, ko je vedno znova poudarjala, kako pomembna je psihiatrična in klinično psihološka diagnostika, ki naj bi bila edina možna podlaga za učinkovito pomoč ljudem z duševnimi motnjami. Večkrat je ponovila, da je le strokovnjak tisti, ki lahko (po)ve, kaj je narobe s pacientom in kaj mu je storiti, da bo ozdravel. In seveda na tej tezi sloni tudi celotna politična argumentacija kliničnih psihologov in psihiatrov, ko zagovarjajo svoj nadrejeni status v zdravstvenem varstvu. Le oni naj bi namreč obvladali to nadvse pomembno psihiatrično diagnostiko, ki jo častijo kot zlato tele. O, ko bi le bilo tako preprosto, kot je npr. pri diagnostiki vnetja slepiča in številnih drugih akutnih telesnih boleznih, kjer je ta logika učinkovita. Na področju duševnih motenj pa je resnica popolnoma drugačna. Večina kategorialnih diagnoz v veljavnih psihiatričnih diagnostičnih sistemih je uporabna za upravičevanje bolniških in drugih ugodnosti iz naslova zdravstvenega zavarovanja, v strokovnem smislu pa je prava polomija. O tem danes pišejo vse najuglednejše medicinske revije in raziskovalci po celem svetu iščejo boljšo diagnostiko, ki pa je psihiatrija še nima.

Po skoraj 40 letih dela kot psihiater in psihoterapevt sem zato eden od tistih (k sreči nas je po celem svetu vse več), ki je na podlagi lastne prakse in izsledkov tisočih raziskav prišel do zaključka, da moramo strokovnjaki na področju duševnega zdravja sestopiti iz piedestala vednosti in moči. Še nismo tam, da bi ljudem s težavami, ki jih imenujemo »duševne motnje«, povedali, kaj je z njimi narobe in kaj naj naredijo za ozdravitev in mislim, da tudi do tja nikoli ne bomo prišli, ker je to zgrešen pristop. Kolikor je to morda presenetljivo, bi morali vsi, ki se ukvarjamo z varovanjem duševnega zdravja na svoja vrata napisati: GLAVNI JUNAK OBRAVNAVE SI TI, KI VSTOPAŠ! Ja, glavni junak in akter psihoterapije je klient sam. Kot strokovnjak na področju duševnega zdravja sem se moral po

zaključku študija medicine, kjer so me iz dneva v dan učili medicinskega pristopa, ki pravi, da je treba čim bolj specifično določiti diagnozo in na tej osnovi izbrati čim bolj specifični način zdravljenja, naučiti sestopiti iz piedestala avtoritete, ki ve in se odloča namesto pacienta. Ne. Naša glavna naloga je, da ustvarimo varen in zaupen prostor s človekom v stiski, da sam raziskuje, da sam razmišlja, da z njim soustvarjamo razlage in rešitve, ki so zanj smiselne in motivirajoče. Seveda mu lahko dajemo razne sugestije in predloge na podlagi svojih izkušenj in znanja, ampak on je tisti, ki je končni razsodnik, ki mora na koncu sam ugotoviti, kaj je z njim in v njegovem življenju narobe in še bolj tisto, kaj je prav, kaj mu gre, kje je uspešen in da to okrepi. To je obrat od patologije k salutologiji, k nauku o zdravju, obrat od iskanja problemov in deficitov k odpornosti oz. rezilijentnosti, ki je v vsakem človeku in v njegovih socialnih mrežah.

#### 10. **Smo ljudje pripravljene na tak način delati na sebi?**

Ja, veliko jih je pripravljenih, toliko, da so tudi za samoplačnike čakalne vrste, čeprav še znosne. Številni ljudje pa raje segajo po tabletah, ker niso dovolj motivirani za zahtevno delo na sebi, brez katerega psihoterapija nima pravih učinkov, in ker mislijo, da se bo njihovo stanje izboljšalo, ne da bi jim bilo treba v življenju kaj spremeniti. Velikokrat pa je potrebno za izboljšanje kvalitete življenja spremeniti določene življenjske navade, kar je eno glavnih torišč psihoterapevtskih obravnav. Večkrat so lahko navade na prvi pogled celo dobre, kar vedno znova vidim, ko k meni prihajajo pregorele ženske z depresivnimi simptomi. Praviloma so to zelo požrtvovalne, skrbne, odgovorne, redoljubne osebe, ki pa se preveč razdajajo, premalo pazijo na meje svojih zmožnosti. Ker so navade železna srajca, je za njihovo spreminjanje potrebno veliko vztrajnosti in psihoterapevtska pomoč pri tem se hitro raztegne v mesece, leto, dve, lahko tudi več. Da potem res z veseljem skupaj ugotovimo in proslavimo – *Bravo, razvila si nove življenjske navade, ki te ne peljejo v depresijo, temveč k boljšemu počutju, k bolj kreativnemu načinu dela in k boljšim odnosom.*

Pri tem temeljitem delu seveda ne gre za dilemo, ali psihoterapija ali zdravila. Pogosto je potrebno oboje, vendar delamo na tem, da se zdravila, če se le da, postopno opušča in ljudje živijo brez njih, ampak z novimi navadami. Vedno znova sem fasciniran, kaj ljudje zmorejo. Kaj vse so pripravljene spremeniti, da jim gre potem bolje. Sodelovati pri tem procesu je kot asistirati pri porodu, ki pa ne traja nekaj ur, temveč najmanj nekaj mesecev. Takšna vloga dela živega tudi mene in me izpolnjuje z občutkom smisla tudi po desetletjih opravljanja tega poklica.

## 11. **Kaj pa tisti, ki niso motivirani za delo na sebi?**

Tem psihoterapevti žal ne moremo kaj dosti pomagati, ostane nam le tisto staro načelo, da moramo paziti, da jim še dodatno ne škodimo. Npr. zasvojenim od drog, ki nimajo motiva za abstinenco in spremembo navad, lahko družba pomaga le zmanjševati škodo, da se zaradi te hude nadloge ne zapletejo v kriminal. Psihoterapija ni za tiste, ki sami ne pridejo do točke, ko so pripravljeni kaj spremeniti, bodisi pri sebi bodisi v svojem okolju ali oboje. Tukaj je meja dometa psihoterapije. Nihče ne more drugega ozdraviti. Že Hipokrat, praoče medicine, je rekel: »Medicina zdravi, narava ozdravi.« To velja tudi danes. Lahko pomagamo, asistiramo našim pacientom, ampak nekaj se mora zgoditi v njih samih, v njihovih odnosih, v njihovih socialnih mrežah, da pride do spremembe. Nobena diagnoza, tehnika ali metoda tega ne more narediti namesto njih. Psihoterapija ne razpolaga s čudežno palčko.

Pristaši medicinskega modela na področju duševnega zdravja delajo napako v svojem pristopu, v kolikor mislijo in tudi poskušajo vzbujati vtis, da razpolagajo z diagnostiko, zdravilom, tehniko ali metodo, ki bo rešila probleme pacientov. Radi bi imeli nekaj podobnega inzulinu, s katerim se pomaga sladkornim bolnikom. Inzulinu podobne »psiho« tablete, tehnike ali metode pa žal ni, čeprav bi si tega, razumljivo, še kako želeli tako zdravniki kot pacienti. Pomirjevala in antidepresivi anksioznih in depresivnih motenj ne zdravijo, le blažijo simptome, vzroki pa ostajajo nepojasnjeni in nenagovorjeni. Podobno kot Aspirin, ki zniža visoko temperaturo in zmanjša bolečine, ne zdravi pa vzroka, ki je pripeljal do vročine in bolečin. Dejavniki, ki so za uspešnost psihoterapije ključni, so – klientov angažma, kakšen je terapevt kot oseba (ali je topel, empatičen, zna vzbuditi občutek varnosti, ali je prožen glede na različne kliente in njihove potrebe ...) in odnos, ki se oblikuje med pacientom in terapevtom. Pa tudi, da terapevt upošteva in vedno znova preverja povratno informacijo od klientov, kako oni ocenjujejo terapevtski odnos, razlage in postopke, koliko prav vsaka seansa izpolni njihova pričakovanja. Tehnike pa so glede pomena čisto na koncu, važno je, da so po meri klienta. To je psihoterapevtski model, ki na glavo obrača tradicionalni medicinski model.

## 12. **Kateri model prevladuje v razvitem svetu?**

Po svetu v mnogih velikih in pomembnih psihiatričnih združenjih že prihaja do premikov in se namesto biomedicinskega modela v ospredje postavlja biopsihosocialni pristop, kjer ima psihoterapija pomembno mesto. Poudarjajo, da predpisovanje zdravil ni dovolj. V Sloveniji žal ne delamo dovolj korakov v tej smeri.

13. **Ne bi bilo smiselno, da bi, glede na koristi za duševno zdravje, bila tudi psihoterapija dostopna na stroške zdravstvenega zavarovanja? Seveda za tiste psihoterapevte, ki ustrezajo standardom.**

Seveda. Tudi Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) in Evropska komisija že veliko let našo vlado in ministrstva opozarjata in priporočata, da mora to področje urediti na takšen način, da bo psihoterapija dostopna iz obveznega zavarovanja. In naj ob tem nekaj odkrito priznam: Psihoterapevti pravzaprav zakona, ki bi nas priznal kot samostojni poklic in omogočil dostop do naših storitev brezplačno, sploh ne potrebujemo! V stanju, kakršno je in kakršno še dolgo bo (v kolikor država ne bo sledila nasvetom SZO in direktivam EU), nam gre zelo dobro. Kljub temu da si morajo ljudje sami plačati, so ob tako dolgih čakalnih vrstah v zdravstvu in ob slabi kvaliteti zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja naše ordinacije prepolne. Večinoma so naši klienti tudi zadovoljni z našimi storitvami, pogledajte si samo portale, kjer večinoma anonimno izmenjujejo svoje izkušnje z nami. Veliko bolj so kritični do pomanjkljivosti našega zdravstvenega sistema, ki je za njihove stiske nedostopen ali pa jih obravnava površno in ostanejo le s kupom zdravil. In tudi vpis v programe izobraževanj s področja psihoterapije, tako akademskih kot neformalnih, iz leta v leto narašča.

In vendar si sam in številne psihoterapevtke in psihoterapevti že 20 let prizadevamo za zakon. Razlog je jasen in izhaja iz edino pravilne etične naravnosti. Ne gre za to, da bi šlo dobro psihoterapevtom, ki lahko sicer s kvalitetnim delom danes v Sloveniji zaslužijo dovolj za dostojno življenje. Gre za to, da zakon potrebujejo pacienti, klienti, uporabniki, kakorkoli že imenujemo ljudi, ki se v stiskah obračajo po pomoč. Teh pa je toliko in vse več, da je za vse strokovnjake na področju duševnega zdravja dela več kot dovolj. Da lahko danes pridejo do nas samo tisti, ki lahko plačajo, ni pravično. Mene še posebno boli, ko vidim, koliko otrok in mladostnikov, katerih duševne stiske in motnje so se skokovito povečale v času omejevalnih covid ukrepov in po njih, ostaja brez pomoči. To je naša nacionalna sramota. Zato nas ima večina psihoterapevtov in psihoterapevtk določen fond ur, ko delamo prostovoljno, ampak to še zdaleč ni dovolj, da bi zajeli vse, ki iščejo pomoč. V ambulanti SFU Ljubljana imamo npr. trenutno v obravnavi okoli 450 klientov. Naša izklicna cena je 40 € na uro. Če vzamemo povprečje, koliko ur naredimo zastonj, za simbolično ceno enega do pet €, pa je povprečna cena naše ure okoli 15 €. Poleg tega imamo sklad, iz katerega ljudem pokrivamo stroške supervizije, ko naši študenti delajo zastonj.



**14. Mnenje nekaterih ali mnogih psihiatrov in kliničnih psihologov je, da psihoterapevti ne bi smeli imeti te neposredne poti do poklica, ali ne?**

Ja, mnenje mnogih je, da lahko psihoterapijo opravljajo le tisti, ki že imajo nek poklic (npr. da je najbolje, da so zdravniki in/ali psihologi) in ob tem vsaj nekaj sivih las, sledeč principu – več sivih las, boljši terapevt, tisti s plešo so pa sploh nekaj najboljšega. Tako da prava sreča, da sem že kar nekaj časa osivel in plešast (smeh). Že zdravorazumsko se ob tem lahko vprašamo, kako pa da omogočamo socialnim delavcem, pedagogom, zdravnikom, psihologom, teologom, da gredo študirati takoj po srednji šoli? Ali nimajo tudi oni podobno velikih odgovornosti do ljudi kot psihoterapevti? Po kakšnih merilih naj bi bil poklic psihoterapevta edini na svetu nekaj tako zelo posebnega, da je potrebno čakati na vsaj nekaj sivih las?

Še bolj pomembno pa je, da imamo na tisoče raziskav, ki so pokazale, da starost tako kot spol in predhodna izobrazba psihoterapevtov (kadar je psihoterapija drugi poklic) ne vplivajo na uspešnost psihoterapije. Z njo so povezani povsem drugi dejavniki.

**15. Kaj pa je pomembno, če starost terapevtov ne vpliva na izide psihoterapevtskih obravnav?**

Refleksivnost. To pomeni sposobnost, da ko človek nekaj doživi in izkusi, lahko to tudi reflektira, premisli, prečuti in integrira. Da se doživeto lahko obori v izkušnjo. Vemo, da lahko ljudje doživijo vse mogoče, pa se iz tega nič ne naučijo. Veliko sem kot psihiater delal po domovih za ostarele, kjer sem vedno znova srečeval dve vrsti starostnikov: take, ki so ostali večni otroci, zamerljivi, egocentrični, in take, ki so se iz življenja veliko naučili in postali modri, širokosrčni in ostajali še vedno odprti za učenje. Biološka starost ni noben garant za izkušnost. To sta dve različni stvari. Tako, da je poudarjanje, kako mladi ljudje a priori ne morejo biti psihoterapevti, kaže na predsodke in izkoriščanje le teh za politične pritiske proti akademizaciji izobraževanja iz psihoterapije.

**16. Kako pa je to urejeno po drugih evropskih državah?**

Različno. V Evropi je psihoterapija kot samostojen poklic reguliran v okoli petnajstih državah. Organizirano evropsko gibanje za psihoterapijo kot samostojen poklic se je namreč začelo v devetdesetih letih. Danes je psihoterapija kot poklic in kot znanstvena veda tako razvita in obsežna, da upravičeno lahko »kandidira« za zakonsko ureditev, ki ji bo dala ustrezno avtonomijo in ugledni status v družbi.

17. **O vaši usposobljenosti za izvajanje psihoterapij gotovo nihče ne dvomi. So pa očitki, da morda kakšni psihoterapevti niso primerno usposobljeni in da lahko naredijo več škode kot koristi. So pri nas sploh kakšne omejitve, kdo lahko izvaja psihoterapijo?**

Res je, da pri nas psihoterapija pravno še ni urejena na nivoju države, je pa že precej dobro urejena na ravni psihoterapevtskih strokovnih združenj. Regulacija psihoterapije se namreč razvija po več fazah, od faze popolnega nereda preko faze samoregulacije do zakonske ureditve na državni ravni, ki zaščiti poklicni naziv in poklicne naloge. Slovenski psihoterapevti smo dosegli zadovoljivo samoregulacijo, saj smo se najprej povezali v razna psihoterapevtska društva in nato v krovno zvezo društev, ki skrbi za uveljavljanje standardov samostojnega poklica psihoterapevt.

V psihoterapiji obstaja veliko terapevtskih pristopov oz. šol, vsaj petnajst jih je danes v svetu zelo uveljavljenih (npr. psihoanalitična, kognitivno vedenjska, sistemska, humanistične smeri, integrativne psihoterapije ...). Kar okoli deset psihoterapevtskih društev je že bilo v Sloveniji, ko je leta 1998 dozorel čas, da se povežejo. Tako je nastala Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP), ki se je postala članica Evropske krovne zveze za psihoterapijo (EAP). Ta ima sedež na Dunaju in danes povezuje okoli 120.000 psihoterapevtov in 128 psihoterapevtskih organizacij iz 41 evropskih držav. Postavila je enotne evropske kriterije za psihoterapijo kot samostojni poklic s t. i. Evropsko diplomu iz psihoterapije (EDP), ki zahteva najmanj 3200 ur izobraževanja v petih letih, 1800 ur za splošni del in 1400 ur za specialni del. Na ta način je SKZP preko svojih članic vzpostavila preglednost, tako da tudi v Sloveniji glede na merila evropske diplome zelo dobro vemo, kdo je in kdo ni psihoterapevt. To npr. pomeni, da tudi dobro vemo, kdo med psihiatri in kliničnimi psihologi je in kdo ni psihoterapevt. To seveda mnogim ni všeč, saj bi radi opravljali psihoterapijo kot metodo brez ustrezne poklicne usposobljenosti, v programih specializacije iz psihiatrije in klinične psihologije pa tržili bolj ali manj okrnjene programe izobraževanj iz psihoterapije. V trenutnih debatah okoli zakona poskušajo to dejstvo skriti, tako da se prikazujejo kot večvredni poklicnim psihoterapevtom, ki delujemo zunaj zdravstva. Gre za res prefinjen politični maneuver, a zelo prozoren za vse, ki smo vključeni v evropsko zvezo ali pa se ukvarjamo z akademskim izobraževanjem iz psihoterapije, ki je še bolj zahtevno, saj kriterije evropske diplome še presega.

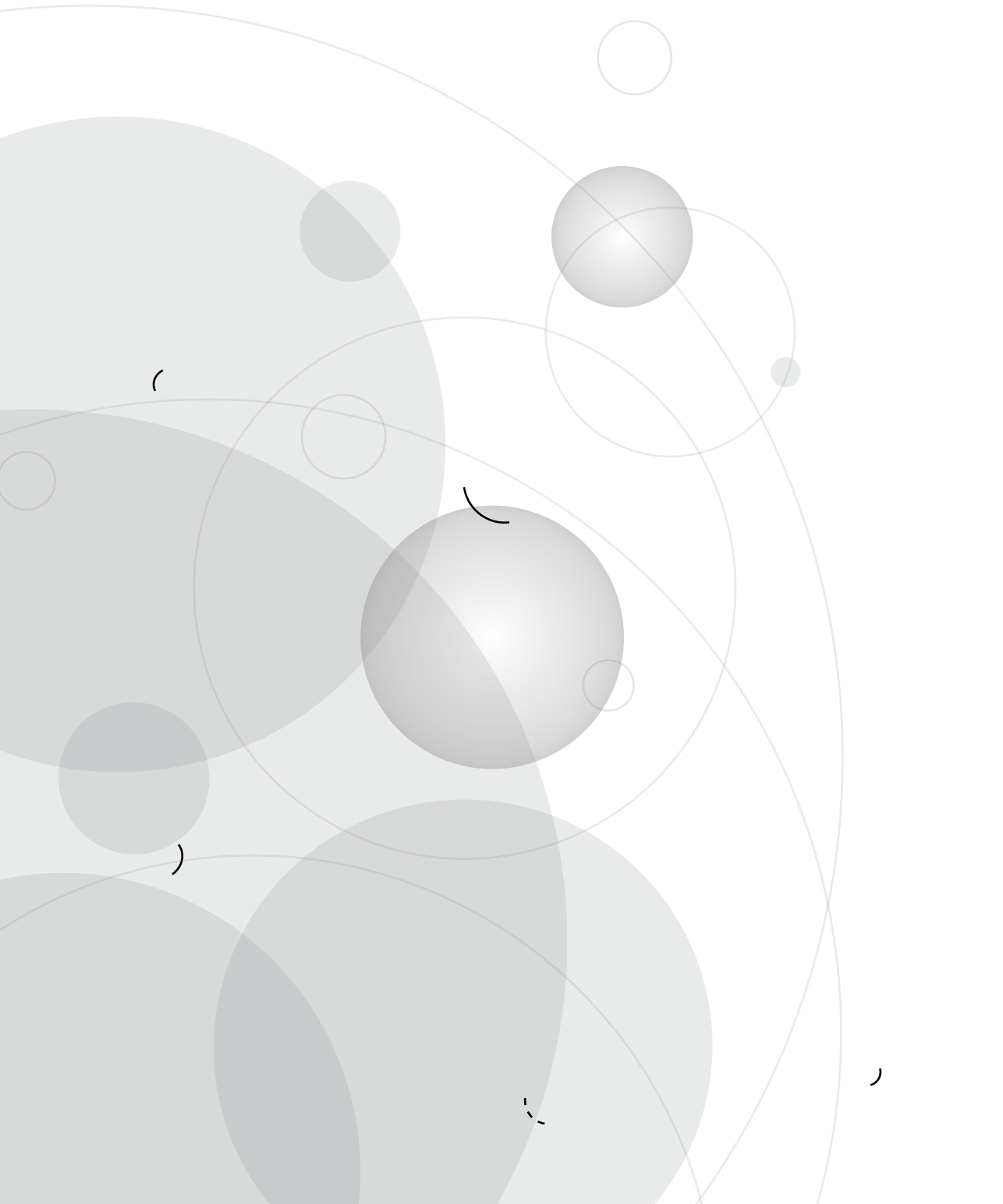
18. **Kakšen bi bil po vašem mnenju zakon o urejanju tega področja, ki bi bil v dobro pacienta?**

Ni potrebno odkrivati tople vode, temveč smo v predlogu zakona, ki smo ga pripravili v okviru Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, sledili

dobrim zgledom nekaterih evropskih držav, predvsem Avstrije in Nemčije, ki sta nam kulturno blizu in kjer je psihoterapija samostojen poklic in avtonomna znanstvena veda. Avstrija ima zakon od leta 1990 in pozitivni učinki so po več kot 30 letih jasno vidni: eksponentno se je povečal priliv proračunskih sredstev za psihoterapevtske storitve, tako ima danes vsak avstrijski državljani hiter dostop do brezplačne pomoči psihoterapevtov, katerih število se je občutno povečalo. Nemčija pa je leta 2020, tudi po avstrijskem zgledu, uvedla neposredno univerzitetno dodiplomsko in magistrsko izobraževanje iz psihoterapije po maturi.

Z evropsko diplomo iz psihoterapije imamo tudi v Sloveniji osnovno merilo, kdo je in kdo ni poklicno usposobljen psihoterapevt in na tej osnovi, kakšne naj bodo poti izobraževanja. Te je potrebno umestiti na univerze, da se bo vsak lahko izobraževal podobno kot za medicino, psihologijo, socialno delo, specialno in socialno pedagogiko, teologijo idr. Vsebina izobraževanj s področja psihoterapije pa ima že več kot 100 let tri glavne stebre: teorijo, psihoterapevtsko prakso pod supervizijo in delo na sebi oz. učno terapijo. Psihoterapevti smo ponosni na to, da smo edini poklic, ki zahteva, da vsak študent opravi najmanj 250 ur učne terapije. Ta steber oz. pogoj bi bilo potrebno vključiti tudi kot obvezen za druge poklice, ki za kvalitetno opravljanje svojega dela potrebujejo osebno zrelost in čim boljše integriteto - zdravniki, psihologi, teologi, socialni delavci, pedagogi ...

Tako naš predlog zakona prinaša pet ključnih izboljšav. Prvič, definicijo psihoterapije kot samostojnega poklica na podlagi v Evropi dogovorjenih standardov in normativov. Drugič, umestitev psihoterapije na različna področja: v zdravstvo, socialno varstvo, vzgojo in izobraževanje, pravosodje, notranje zadeve, gospodarstvo, šport, turizem idr. Tretjič, ureditev izobraževalnih poti: osnovne univerzitetne izobrazbe (3 leta dodiplomska in dve leti magistrska stopnja), nato staž ter strokovni izpit na področjih, kjer bo psihoterapevt delal. Četrto, ustanovitev zbornice psihoterapevtov, ki bo podobno kot zdravniška zbornica, prevzela nadzor nad podeljevanjem licenc, registrom psihoterapevtov, organizacijo stalnega strokovnega izobraževanja, kar pomeni tudi skrb za obnavljanje licenc na pet do sedem let, podobno kot pri zdravnikih. Naloga zbornice je seveda tudi skrb za kvaliteto psihoterapevtskih storitev, etični nadzor in omogočanje pritožbenih poti za kliente. Petič, potrebno je tudi dovolj dolgo prehodno obdobje, tako da smo po nemškem zgledu zakona iz leta 2020 predlagali 12 let.



Katja Knez Steinbuch, Miran Možina in Katarina Keček<sup>1</sup>

## Za sprejetje zakona o psihoterapiji bo potreben dialog: intervju s Katjo Knez Steinbuch in Miranom Možino<sup>2</sup>

*The adoption of a law on psychotherapy will require dialogue: interview with Katja Knez Steinbuch and Miran Možina*

Pretekli tedni so minili v duhu psihoterapije. Nismo bili sicer deležni kolektivne psihoterapije, ki bi si jo kot narod zagotovo zaslužili, temveč smo sedanji in bodoči uporabniki psihoterapevtskih storitev nehote padli v center konflikta med dvema strujama slovenskih psihoterapevtov, ki je tlel že zadnji dve desetletji daleč od oči javnosti. Konflikt je eskaliral po zadnjem intervjuju s klinično psihologinjo dr. Sano Čoderl Dobnik na nacionalni televiziji, ki je psihoterapevte, ki ne delajo v zdravstvu, označila kot svetovalce, medtem ko naj bi psihoterapijo izvajali kot metodo samo klinični psihologi in psihiatri v okviru zdravstva. Pa je taka ureditev res doba? Dobim se z dvema psihoterapevtoma, Katja Knez Steinbuch je družinska terapevtka nemedicinske izobrazbe in z mag. Miranom Možino, ki pa je po osnovni izobrazbi zdravnik s specializacijo iz psihiatrije. Oba opravljata poklic psihoterapevta, kdo izmed njiju je pravi?

### **1. Kako smo prišli do tega, da se o strokovnih pravilih, kdo je lahko psihoterapevt in kdo ne, ne dogovarjate več za mizo, temveč preko medijev?**

KKS: Težko pride do pogovora, če nekdo začne s frontalnim napadom, izključevanjem, potvarjanjem dejstev, pristranskim prikazovanjem dejanskega stanja in celo degradacijo, kjer se potem večina psihoterapevtov čuti ponižane, ko se jim vsiljuje preimenovanje v psihosocialne svetovalce. Za dialog sta potrebna dva, ni dovolj, da je za dogovarjanje pripravljena le naša stran.

- 1 Katja Knez Steinbuch, teologinja ter zakonska in družinska terapevtka, katja.knez.steinbuch@icloud.com  
mag. Miran Možina, dr. med., psihiater in psihoterapevt, Univerza Sigmunda Freuda – podružnica Ljubljana, miranmozina.slo@gmail.com  
Katarina Keček, katarina.kecek@gmail.com
- 2 To je dopolnjena verzija intervjuja, ki je bil objavljen pod naslovom Antidepresivi in pomirjevala ne zdravijo, ampak samo blažijo simptome v reviji Reporter 25. 9. 2023, letnik 39, str. 47-51.

2. **Nesoglasja se v glavnem krešejo glede izobrazbe psihoterapevtov.  
Mag. Možina, kakšno izobrazbo imate vi, če smem vprašati?**

MM: Po osnovni izobrazbi sem zdravnik, potem sem štiri leta specializiral psihiatrijo, na svoje stroške in v svojem prostem času pa sem se vzporedno še pet let izobraževal za psihoterapijo na Hrvaškem, potem pa še štiri leta za učitelja in supervizorja psihoterapije v Nemčiji. Akademski naziv magistra pa sem pridobil na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Slika 1

Katja Knez Steinbuch in Miran Možina



3. **Zdaj imate privatno prakso ali delate še vedno v javnem zdravstvu?**

MM: Ne eno ne drugo, sem direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda (v nadaljevanju SFU Ljubljana). Poleg te vodstvene funkcije veliko predavam, kot psihiater in psihoterapevt pa delam tudi s klienti v psihoterapevtski ambulanti SFU Ljubljana. Nanjo smo zelo ponosni. Trenutno jo obiskuje 550 klientov, ki jih psihoterapevtsko obravnava 135 specializantov pod supervizijo 46 supervizorjev. Večina potrebuje psihoterapevtsko, številni pa tudi psihiatrično pomoč, pomagajo pa tudi psihoterapevtke, ki so po osnovni izobrazbi socialne delavke, tako da naše kliente obravnavamo celostno.

**4. Ko je treba klientu oziroma pacientu zaradi težjih duševnih stanj predpisati zdravila, predvidevam, da jih pošljete v zdravstveno ustanovo?**

MM: Ker naša ambulanta nima koncesije, dobro sodelujemo s splošnimi zdravniki in psihiatri, ker seveda sam ne morem opraviti vsega psihiatričnega dela. Predvsem splošni zdravniki pacientov z duševnimi motnjami nimajo kam poslati, ker so čakalne vrste za psihoterapevtsko, psihiatrično in klinično psihološko pomoč v javnem zdravstvu izjemno dolge. Tako jih usmerjajo v našo ambulanto, kjer dobijo pacienti poleg psihoterapije, ki jo pod supervizijo izvajajo specializanti, še mojo psihiatrično pomoč. Pogosto svetujem zdravniku, kakšna zdravila naj predpiše in on potem moja priporočila upošteva. Zdravil direktno ne predpisujem, pišem pa za vsakega pacienta redna poročila, ki jih pošiljam njegovemu osebnemu zdravniku, na podlagi tega potem on predpisuje zdravila, odloča o bolniških in včasih o invalidskih upokojitvah itd.

**5. Radi sodelujejo z vami?**

MM: Ja, zelo.

**6. Morda ste vi v prednosti, ker imate tudi zdravstveno izobrazbo. Vi pa je nimate, ga. Steinbuch?**

KKS: Jaz sem po osnovni izobrazbi teologinja, nato pa sem opravila kompletno psihoterapevtsko izobraževanje iz relacijske in družinske terapije. Tudi mi imamo psihoterapevtsko prakso urejeno na podoben način. Ob vsakem sumu psihopatologije ali katerekoli duševne motnje smo dolžni po našem kodeksu klienta poslati naprej na medicinsko diagnostiko, h kliničnemu psihologu ali kam drugam, da potem lahko nadaljujemo z našo psihoterapevtsko obravnavo v sodelovanju s psihiatri, kliničnimi psihologi in drugimi strokovnjaki.

**7. Verjamem, da se odgovorno lotevate psihoterapevtskih obravnav, saj se lahko v vsakem vašem klientu skriva občutljiva in ranjena oseba.**

KKS: Tako je. Zato gre tu tudi za moralno obvezo, da terapevt pozna svoje meje in domet svojega dela, do kje zmore pomagati sam in kje sta potrebni dodatna diagnostika in psihofarmakoterapija.

**8. Zadnja leta je področje psihoterapije pri nas padlo v neko sivo cono, kjer ga ni urejala nobena zakonodaja. Predvidevam, da imajo v tujini urejeno to področje.**

MM: Ne povsod. Že evropske države lahko razporedimo na spekter od zelo kaotičnih razmer, preko poskusov urejanja v okviru civilne družbe,

čemur pravimo samoregulacija, pa do zakonskih ureditev, ki psihoterapijo regulirajo kot samostojen poklic. Samoregulacija pomeni, da se ustrezno strokovno usposobljeni psihoterapevti, ki jim je mar za širše urejanje področja, začnejo povezovati v društva, ta v krovne organizacije, v okviru katerih potem postavijo pravila, kdo je psihoterapevt in kdo ni. Mi smo primer države z dokaj razvito samoregulacijo, ki jo izvajajo posamična psihoterapevska društva in krovne psihoterapevske organizacije, ki povezujejo bodisi posameznike bodisi več društev.

## 9. **Katera društva so prava?**

MM: Prava so tista društva, ki si prizadevajo za visoke standarde psihoterapije kot samostojnega poklica in avtonomne znanstvene vede ter se hkrati zavzemajo za raznolik šopek psihoterapevtskih pristopov, ki imajo znanstveno potrjeno učinkovitost. Problem je, da bi psihoterapevti zunaj zdravstva želeli ohraniti velik šopek po evropskih standardih, nekateri psihiatri in klinični psihologi, ki pa imajo žal precejšen politični in medijski vpliv, pa hočejo samo nekaj cvetic. Samo tiste, ki ustrezajo njihovim ozkim interesom ne glede na evropske standarde za psihoterapijo kot samostojen poklic.

KKS: Ne samo da hočejo samo par cvetic, psihoterapevte zunaj zdravstva bi radi degradirali v psihosocialne svetovalce, čeprav psihoterapija ni svetovanje. Obstaja kratko psihološko svetovanje, ki ga izvajajo psihologi in kratko psihiatrično svetovanje, ki ga izvajajo psihiatri, medtem ko psihoterapevti dajemo velik poudarek dolgotrajnejšemu klientovemu intenzivnemu čustvenemu procesu v okviru zaupnega terapevtskega odnosa, ki klientu daje občutek varnosti, kar ima po raziskavah ključen vpliv na terapevtski izid. Težava je zdaj v tem, da nas nasprotna stran daje v isti koš s šarlatani, navkljub našim akademskim akreditiranim programom s področja psihoterapije, in kljub Slovenski krovni zvezi za psihoterapijo (v nadaljevanju SKZP), ki v Sloveniji predstavlja Evropsko zvezo za psihoterapijo. Ta ima zelo jasne in visoke kriterije za to, kdo je psihoterapevt in kdo ni.

## 10. **Vi ste sodelovali pri pripravi predloga zakona o psihoterapiji, ki ste ga predlagali Ministrstvu za zdravje?**

MM: Ja, sem član delovne skupine za zakon pri Slovenskem združenju za psihoterapijo in svetovanje. Ko je bila marca 2018 v parlamentu sprejeta Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja za prihodnjih deset let, smo psihoterapevti uspeli, da je bila v enega od strateških ciljev resolucije vključena obveza za zakonsko ureditev psihoterapije. Najprej nas je Ministrstvo za zdravje pomladi 2018 povabilo v delovno skupino za pripravo zakona, kjer je prišlo do



enake polarizacije kot letos, od jeseni 2018 naprej pa se je s strani ministrstva zgodil popolni mrk. Nobenih sestankov več ter nobenega odgovora več ni bilo na naše uradne dopise in prošnje za sestanek.

Kljub temu nismo nehali delati in smo pripravili nov predlog zakona. Po spremembi vlade smo ga septembra 2022 na ministrstvu predstavili, ampak od takrat se ministrstvo znova obnaša tako, da ne veš več, kdo pije in kdo plača. Nobenega konkretnega odgovora glede vsebine našega predloga nismo dobili, niso oblikovali nobene učinkovite platforme, da bi lahko sodelovali. Namesto tega so maja 2023 ustanovili popolnoma nefunkcionalno delovno skupino, v kateri je 37 članov in v kateri se je ponovila že znana polarizacija iz leta 2018. Ministrstvo je na ta način samo poskušalo zakriti, da od septembra 2022 ni prav nič naredilo.

KKS: 22 članov te skupine prihaja iz javnega zdravstva, 19 je zasebnikov in 6 s strani države. Ker je tudi polovica zasebnikov iz zdravstvene stroke, ta delovna skupina ni reprezentativna in ne upošteva dejanskega stanja psihoterapije pri nas. Če bi upoštevali število psihoterapevtov, ki delujejo v Sloveniji pa niso iz zdravstvene stroke, bi bili presenečeni. Ocenjujemo, da je uspešno zaključilo izobraževanja SFU Ljubljana, Teološke fakultete in društev vključenih v SKZP več kot tisoč terapevtov. Od teh se jih polno posveča psihoterapiji najmanj 400, tako da se ravno zaradi številčnosti psihoterapevtov zunaj zdravstva kaže neproporcionalnost delovne skupine.

#### 11. **Kaj je ključni problem tega spora? Eni ne dovolijo drugim, da bi zaslužili, ker bodo potem oni dobili manj?**

MM: Gotovo. Ta odklonilni odnos do vseh psihoterapevtov zunaj zdravstva, ki niso klinični psihologi in psihiatri, temveč so se poklicno psihoterapevtsko izobrazili za psihoterapijo kot prvi poklic ali na podlagi drugih poklicev, traja že okoli 30 let. Treba je poudariti, da so klinični psihologi in psihiatri odigrali zelo pozitivno vlogo v 60-ih in 70-tih letih prejšnjega stoletja, ko so znotraj zdravstva ustvarili nišo za psihoterapevtsko pomoč in izobraževanja iz psihoterapije. V 80-ih pa so se psihiatri in klinični psihologi že začeli zapirati v svoj krog. Niso mogli sprejeti, da so se v Sloveniji začeli razni psihoterapevtski pristopi in izobraževanja zunaj zdravstva. Psihoterapevtskih pristopov je namreč veliko in od tistih, ki so v svetu najbolj priznani, jih v Sloveniji okoli petnajst, npr. psihoanalitičnih, sistemskih, KVT, humanističnih, integrativnih idr. Žal tega raznolikega šopka pristopov, ki so znanstveno potrjeno učinkoviti, v razpravah o zakonu najglasnejši psihiatri in klinični psihologi ne sprejemajo.

**12. Zakaj se v zadnjih dvajsetih letih ni stroka usedla za isto mizo z namenom premostiti razlike? Oboji delate na istem področju in potreb je vedno več.**

MM: Moja prva izkušnja sodelovanja pri pripravi zakona je bila v letih 2006 do 2010. Takrat smo bili v delovni skupini ministrstva za zdravje po trije predstavniki iz SKZP in trije predstavniki iz Združenja psihoterapevtov Slovenije (v nadaljevanju ZPS). Podobno kot zdaj je bila na začetku prisotna močna polarizacija, vendar smo po dveh letih le začeli sodelovati in pripravili zelo dober predlog zakona. Takratni sekretar na ministrstvu je leta 2008 predstavnikom ZPS postavil jasni pogoji, da se morajo začeti dogovarjati z nami kot predstavniki SKZP ali pa bodo iz delovne skupine izključeni. Praktično čez noč so začeli sodelovati. Na podlagi te izkušnje sklepam, da v kolikor sedanja garnitura na ministrstvu za zdravje ne bo postavila jasnega pogoja, da izključevalna drža psihiatrov in kliničnih psihologov preprosto ni sprejemljiva, do dobrega zakona oz. sploh do zakona ne bomo prišli.

KKS: Poudariti je treba tudi to, da se klinični psihologi podobno izključujoče pozicionirajo tudi v sodstvu, kjer poskušajo ohranjati monopol nad izvedenstvom (sodno izvedenstvo stane okoli 1000 eur op. av.), čeprav na njihovo delo leti veliko kritik in pritožb. To je še eno področje, ki se skozi leta ne spreminja in se ves čas pojavljajo ena in ista imena. Potem je tu še psihiatrija, kjer se med odločevalci prav tako znova pojavljajo ena in ista imena. Za zaščito svojih ustanov si lahko privoščijo celo to, da najemajo PR-ovske agencije.

**13. Vi ste psihoterapevtka nemedicinske izobrazbe. Na Teološki fakulteti izobraževanje za psihoterapevta traja približno devet let, 5 let univerzitetni študij, 2 leti izpopolnjevanje ter najmanj 2 leti stažiranje s psihoterapevtsko prakso pod supervizijo.**

KKS: Ja, in na vse to dodajte še deset let prakse.

**14. Ampak po trenutnem mnenju vaših kolegov je vaše znanje psihoterapije nekvalitetno?**

KKS: Zanje je to šarlatanstvo. Teološko fakulteto se predstavlja zlasti v kontekstu, da indoktrinira študente v neke religiozne sfere, čeprav se to v resnici ne dogaja in se to predstavlja kot nek negativen kriterij. Ne vedo pa, da naš študij izvira iz ZDA in da je našel svoje mesto na Teološki fakulteti, ker nosilcu programa Christianu Gostečniku na drugih fakultetah niso hoteli odpreti vrat. Pri meni kritizirajo Teološko fakulteto, pri mag. Možini, da je SFU Ljubljana zasebni zavod, vsakomur kaj najdejo. Dejstvo pa je, da imata obe univerzi akreditirane programe, pregledne in javno objavljene, ki po eni strani izpolnjujejo pogoje

zakona o visokem šolstvu, po drugi strani pa upoštevajo standarde za psihoterapijo kot samostojen poklic.

Če pa pogledamo, koliko je psihoterapevtskih vsebin v okviru specializacij iz psihiatrije in klinične psihologije, pa ugotovimo, da so zelo okrnjene in da je nabor možnih pristopov močno skrčen na psihoanalitične, KVT in sistemske. V teh izobraževanjih na primer ni dovolj jasno postavljena zahteva po osebni izkušnji, da bi vsak specializant opravil dovolj dela na sebi. Učna terapija je namreč pomembna za razvijanje terapevtove empatije. Tako se ljudje, ki prihajajo k nam, pogosto pritožujejo nad odnosom zdravstvenih delavcev do njih, da tudi pri psihiatrih in kliničnih psihologih večkrat pogrešajo empatije in sočutja. Tako prihaja do absurda, da tisti, ki v svojih izobraževanjih niso absolvirali dovolj psihoterapevtskih vsebin, potem kritizirajo nas, da nismo dovolj izobraženi.

**15. Če bi torej jaz ali kdo iz tujine danes hotel izvajati psihoterapijo, torej nihče nima nadzora nad tem, kakšne terapije izvajam in če sem ustrezno izobražena?**

MM: Tako je na prostem trgu. Drugače pa je, če bi želela delati v javnem zdravstvu. Tam bi potrebovala mnenje ENIC NARIC centra, ki bi preveril, ali vaše kvalifikacije ustrezajo. Morala bi tudi opraviti strokovni izpit. ENIC NARIC center sicer ne odloča o zaposlovanju, dajejo samo mnenje o izobrazbi, delodajalec potem odloča, ali bo takšnega človeka zaposlil ali ne. Spomnim se, kako je k meni po pomoč prišla klinična psihologinja iz ZDA, ki je bila tudi doktorica znanosti. Dala je prošnjo za priznanje specializacije klinične psihologije, a je bila zavrnjena.

KKS: Poznam še primere iz Ukrajine in Italije, nostrifikacija je pri njih šla sicer skozi, vendar jih potem na Zbornici kliničnih psihologov niso hoteli potrditi. Brez kakršnekoli razlage.

**16. Vaše združenje je pripravilo osnutek zakona, ki ga druga stran zavrača?**

KKS: Pripravili smo ga predstavniki Teološke fakultete, Slovenskega združenja za psihoterapijo in svetovanje, Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, SKZP, SFU Ljubljana in pravniki. Druga stran zavrača naš predlog zakona na teh ključnih točkah: zavrača psihoterapijo kot samostojen poklic, ustanovitev zbornice psihoterapevtov, akademsko izobraževanje iz psihoterapije in vključevanje psihoterapevtov v zdravstvo.

17. **Strokovnjaki in raziskave ugotavljajo, da je v Sloveniji vse več ljudi, zlasti mladostnikov, ki imajo težave z duševnim zdravjem. Na drugi strani pa je dostop do ustrezne zdravstvene pomoči močno otežen. Leto dni in več je recimo čakalna doba v našem zdravstvenem sistemu na prvo srečanje s kliničnim psihologom ali psihiatrom.**

MM: Potem ko smo leta 2018 sprejeli Resolucijo o nacionalnem programu duševnega zdravja, so se začela črpati javna sredstva za uresničevanje akcijskega načrta, kjer je pomemben partner Nacionalni inštitut za javno zdravje. V resoluciji je bilo obljubljen, da mora v Sloveniji zrasti okoli 50 novih centrov za duševno zdravje, okoli 25 za odrasle in okoli 25 za otroke in mladostnike. To se v veliki meri uresničuje, kar je izjemno pozitivno. Ta sistem naj bi deloval brez čakalnih vrst, tako da je nekdo, ki se obrne po pomoč in ima simptome duševne motnje, recimo depresije, takoj deležen triažnega pogovora. Če se ugotovi, da gre za resnejšo težavo oz. motnjo, lahko takoj dobi razbremenilne pogovore. Ni nujno, da triažni pogovor nudi psiholog ali psihiater, tak razgovor lahko opravi tudi socialna delavka ali medicinska sestra. Če pa oseba nima kakšnega od simptomov duševnih motenj, ga usmerijo v samoplačniško psihoterapijo.

Na prvi pogled se lahko to zdi strokovno korektno, vendar pa kvalitetna triaža ne more temeljiti samo na oceni simptomov. Lahko gre namreč za zelo zahtevno situacijo pri nekom, ki še ni razvil simptomov depresije in obratno, lahko gre za človeka z blago depresijo, kjer ozadje še ni zapleteno. Zato je potrebna celovitejša ocena socialne situacije, stopnje pacientovega socialnega funkcioniranja, ocena osebnosti, ki vključuje ne le negativne, temveč tudi pozitivne sposobnosti in vire idr., a za to si mora strokovnjak vzeti čas. Lahko se namreč zgreši tiste, ki bi potrebovali intenzivno obliko pomoči in daje preveč pomoči tistim, ki je ne potrebujejo. Tu bi psihoterapevti v timih centrov za duševno zdravje gotovo lahko veliko doprinesli.

18. **V prvi polovici leta 2020 je bil zaznan porast števila oseb, ki so prejele vsaj en recept za antidepresive. Po podatkih NIJZ-a antidepresive jemlje skoraj 3% celotne populacije, kar nanese približno 60.000 ljudi.**

MM: Imamo vse podatke, za vsak recept, ki je bil izdan v Sloveniji. Vsak je evidentiran in NIJZ vodi letne evidence. Iz teh podatkov je popolnoma jasno, da največ antidepresivov in pomirjeval predpišejo osebni zdravniki in ne psihiatri. V zadnjih 30-ih letih se je ne le pri nas, temveč v celem svetu začela stopnjevati medikalizacija duševnega zdravja. Eksponentno je začela rasti poraba psihofarmakov in njihovo predpisovanje.

V psihiatrični diagnostiki je prišlo do sprememb, da se vse več duševnih težav ljudi diagnosticira kot duševne motnje. Recimo, žalovanje ob izgubi bližnjega,

ki je normalen odziv, se zdaj lahko hitro diagnosticira kot depresija oz. velika depresivna epizoda. Ne glede na življenjske okoliščine je za to diagnozo dovolj, da ste na primer 14 dni večji del dneva potrti, brezvoljni in da vam ni do družbe in zabave.

Ko človek dobi to diagnozo, potem lahko zdravnik predpisuje zdravil, kolikor hoče, nikoli ne bo klican na odgovornost, da je morda taka diagnoza preurajena. Zanimanje zdravnikov za celostno razumevanje in obravnavo pacienta v veliki meri ugasne, ko se postavi diagnoza, saj se naslednji korak zreducira na predpisovanje zdravil in prepričevanje pacienta v njihovo koristnost. Danes zdravniki pri depresivnih in anksioznih motnjah, ki so najpogostejše, tudi vse bolj predpisujejo mešanico štirih glavnih vrst psihofarmakov: poleg antidepresivov radi predpišejo antipsihotike v nizkih dozah za pomiritev in če to ne pomaga, še pomirjevala in stabilizatorje razpoloženja.

To se dogaja zato, ker psihofarmaki ne zdravijo, temveč samo blažijo simptome. Žal pa jih tudi povzročajo in kaj hitro lahko pride do tega, da zdravnik z zdravili blaži simptome, ki so jih povzročila zdravila. V 80-ih letih so prišli v javnost podatki, da pomirjevala povzročajo zasvojenost. Veliko let je farmacevtska industrija to zakrivala, potem so se vdali pod močnimi pritiski. In začeli so z novo kampanjo, da so za anksiozne motnje odlični antidepresivi in uspeli prepričati večino zdravnikov in ljudi. In zgodba se ponavlja, vse več je podatkov o škodljivosti antidepresivov, a farmacevtska industrija to spet ignorira, kolikor se da.

Zato danes, če ste depresivna, hitro dobite še nizke doze antipsihotika, ker se morajo zdravniki izogibati predpisovanju pomirjeval. Celo mladostnikom jih predpisujejo. Če bi jaz v osemdesetih letih, ko sem začel delati kot specializant psihiatrije, predpisal mladostnikom za anksiozne težave antipsihotik, bi se moral zagovarjati za strokovno napako. Danes pa je to kar norma. Meja medikalizacije se je vsa ta leta nižala, tako da nismo opazili, kako globoko smo zdrsnili v to.

Ljudje so sprejeli novo božanstvo, tableto. Že sami, če nas kaj zabolí ali če ne moremo spati, takoj pomislimo na tableto in jo použijemo. Razvili smo »tabletni refleks«. Tudi k zdravniku prihajamo s pričakovanjem, da naj nam čimprej predpiše tableto, ki bo rešila vse težave. Nastala je krožna samoojačevalna povezava med tabletnimi pričakovanji pacientov in ustrezljivo tabletno postrežbo zdravnikov.

**19. Posledica spora medicinskih in nemedicinskih psihoterapevtov je torej samo ta, da bomo kratko spet potegnili uporabniki vaših storitev.**

MM: Tako je.

KKS.: Razumem, da so antidepresivi in pomirjevala v številnih primerih potrebni za blažitev simptomov, težavo vidim v dolgotrajnih duševnih težavah

in motnjah, ki se ne zdravijo. Prepogosto se zgodi, da ljudje trpijo mesece in leta, pa jih nihče ne pošlje k psihoterapevtom ali po kakšno drugo obliko pomoči, ki bi odpravila vzrok njihovih težav. Večkrat je že na prvi psihoterapevtski uri jasen vzrok težave, ko gre npr. za posledice travme. Po drugi strani pa se tudi zavedamo, da brez zdravil v primerih, ko gre za psihotične motnje, ne moremo uspešno pomagati. Mi s takimi klienti ne delamo sami, pač pa le v sodelovanju z zdravniki.

MM: Kot sem že omenil, tako ravnamo tudi v naši SFU ambulanti. Pri hudih in dolgotrajnih duševnih motnjah morata psihoterapija in psihofarmakoterapija morata hoditi z roko v roki. Ampak indikacijsko področje za zdravila se je preveč razširilo. Ker imajo psihiatrična zdravila zelo veliko stranskih učinkov, v naši ambulanti težimo k varčnemu predpisovanju in tudi odvajanju od zdravil, čimprej je mogoče.

20. **Pri zdravniku je jasna njegova odgovornost, čeprav je zakonsko težko dokazljiva. Tako so spisani naši zakoni. Kakšna pa je vaša odgovornost glede zdravljenja in terapij?**

KKS: Imamo Združenje zakonskih in družinskih terapevtov, znotraj tega obstaja častno razsodišče, kamor se lahko pritožijo klienti v primeru, da so z obravnavo nezadovoljni. Velik poudarek dajemo superviziji, že ves čas študija in po njem. Večina nas dela tudi na raznih inštitutih in zavodih, tam imamo poleg supervizije še intervizijo, kjer je vključen tudi etični kodeks, ki ga moramo upoštevati, da sploh lahko opravljamo terapijo. Mnogi psihiatri v javnem zdravstvu dobro sodelujejo z nami, vendar se danes glede zakona o psihoterapiji nočejo izpostavljeni. Prav tako dobro sodelujemo z drugimi zdravstvenimi ustanovami, kdaj pa moramo poslati tudi koga na telesne preiskave, da vidimo, kaj se dogaja. V primerih nasilja, ženski po takšni izkušnji lahko svetujemo tudi povezovanje v skupini za samopomoč ali udeležbo na tečaju samoobrambe itn. Gojimo odprtost za sodelovanje v smislu celostnega zdravljenja, samo tako lahko zdravljenje postane učinkovito.

MM: To je nazoren opis samoregulacije preko lastnega strokovnega društva, ki deluje, kadar so psihoterapevti odgovorni. Vendar obstajajo tudi takšni psihoterapevti, ki niso člani nobenega društva, saj nikogar ne moreš prisiliti v včlanitev. In nad temi terapevti ni nobenega nadzora, oni delajo v sivi coni. Zato si v našem predlogu zakona prizadevamo za Zbornico psihoterapevtov z obveznim članstvom. Kdor se želi ukvarjati z psihoterapijo, bi moral biti včlanjen v zbornico in pristati na etični nadzor in tudi na stalno strokovno izpopolnjevanje. Tako kot obstaja Zdravniška zbornica, bi moral obstajati tudi Psihoterapevtska zbornica, saj gre za podobni etično izjemno občutljivi področji.

KKS: Posebna skupina pa so ljudje, ki sploh nimajo nikakršne psihoterapevtske izobrazbe, recimo razni alternativci in osebni svetovalci ali kouči, ki si kar pripišejo, da izvajajo tudi psihoterapijo, ker lepo zveni. Ni pa to nezakonito, ker osnovne regulacije, kdo sploh lahko izvaja te storitve in kdo ima ta poklic, pri nas nimamo.

**21. Katera država ima to dobro urejeno?**

MM: Avstrija je dober primer, saj je tudi zibelka sodobne psihoterapije. Freud jo je pred 120 leti utemeljil na Dunaju, tako da imajo zaradi bogate tradicije to področje izjemno razvito, čeprav so relativno majhna država. Zakon o psihoterapiji so sprejeli leta 1990 in pozitivni učinki so natančno dokumentirani. Zelo se je povišalo število psihoterapevtov, trenutno jih je registriranih čez 11.000. Normativ Svetovne zdravstvene organizacije je en psihoterapevt na 1000 ljudi, tako da bi jih Slovenija potrebovala 2000. Vsak avstrijski državljani lahko dobi veliko ur brezplačnih terapij.

**22. Povprečni Slovenci imamo težave z dostopom do psihoterapevtov tudi zaradi tega, ker menimo, da ste predragi. Ura terapije stane okoli 90 eur.**

MM: V naši SFU ambulanti je cena 45 Evrov, ker pa si tega številni ne morejo privoščiti, delamo tudi pro bono ali po nižji ceni, tako da je povprečna cena naše ure 15 Evrov.

KKS: Najprej moramo sprejeti zakon, v drugi etapi pa pride na vrsto urejanje finančnega dela. Tudi Avstrijci so po implementaciji zakona potrebovali še deset let, da so se z zavarovalnicami dogovorili o refundaciji. Zdaj Avstrija celo refundira stroške svojim državljanom, če se psihoterapevtsko zdravijo v Sloveniji.

MM: Če pogledamo študije stroškov in koristi, je psihoterapija zelo rentabilna. Pokazalo se je, da se vsak evro, ki ga država vложи psihoterapijo, povrne tudi v razredu velikosti stokrat. Države, ki delujejo racionalno, vlagajo v duševno zdravje svojih prebivalcev. Tudi Nemčija je dober zgled. Oni so leta 2019 sprejeli nov zakon o psihoterapiji, ki je na področju izobraževanja uvedel velike spremembe. Po novem je osnovno izobraževanje za psihoterapevta samo akademsko, takoj po srednji šoli. Tako so se odločili zaradi vse večjih problemov z izobraževalnimi programi, ki so potekali izven univerz po društvih in inštitutih, kjer so vse bolj raztegovali svoje programe. Nekatera psihoterapevtska društva so na primer zahtevala 1000 ur osebne izkušnje in vse večje število supervizijskih ur. V ozadju so bili finančni apetiti. Najcenejša izobraževanja so stala 60.000 eur. Potem so se vprašali, ali so res tako bogata država, da si lahko privoščijo, da mora vsak najprej doštudirati en poklic in se šele potem izobraževati za psihoterapijo kot drugi poklic.

In ker so ugotovili, da to ni niti racionalno niti strokovno utemeljeno, so z zakonom odprli akademsko izobraževanje iz psihoterapije za prvi poklic.

23.

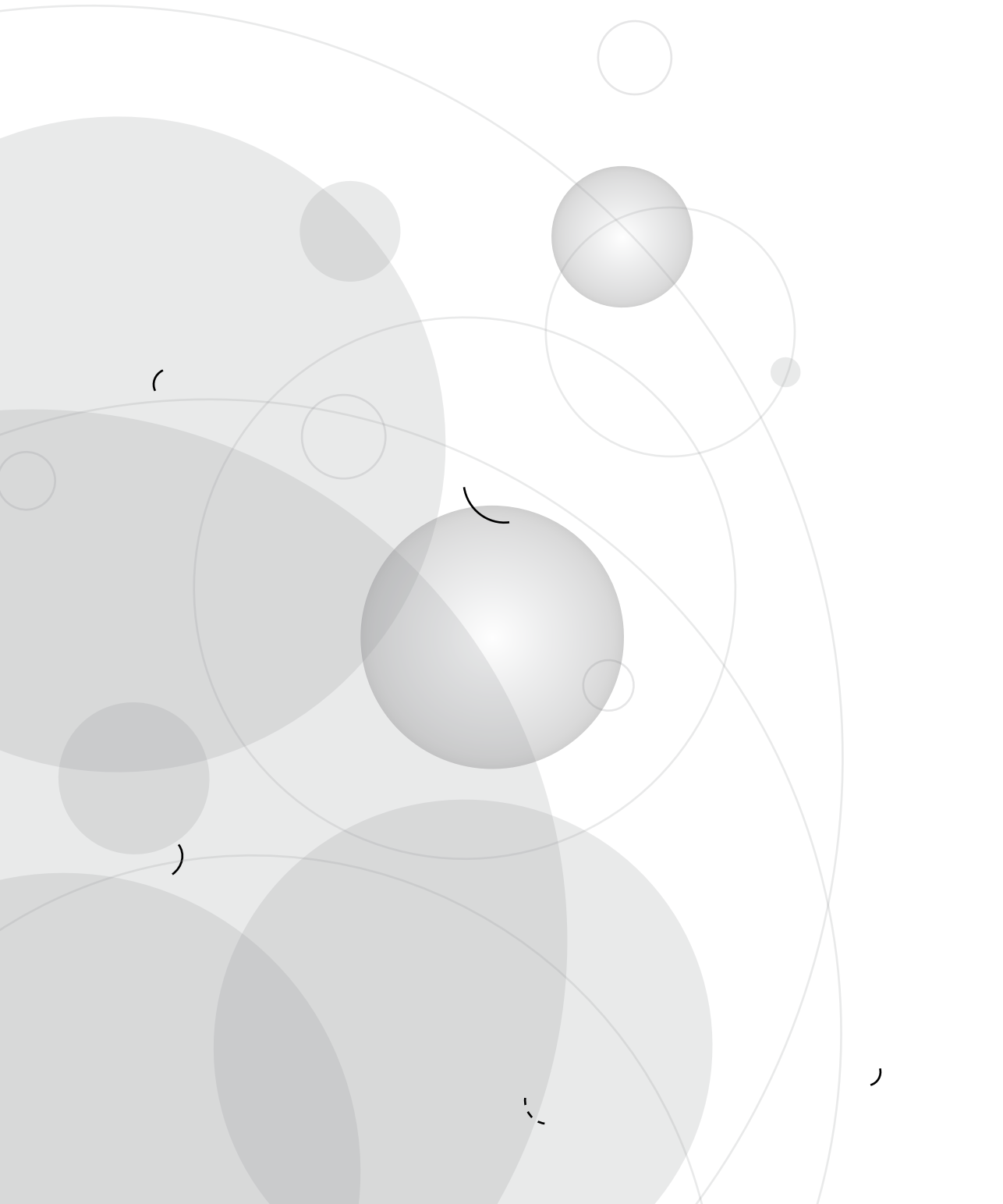
**Ko vaju poslušam imam občutek, da niti ni takšna težava v strokovnosti, v bistvu gre pri regulaciji psihoterapije za politično vprašanje.**

KKS: Klinični oz. medicinski lobi se je povezal s politiko in kapitalom. Če ima npr. nek inštitut, ki ga vodi klinični psiholog in je pravno d.o.o., kar pomeni, da je možna delitev dobička, okoli 400.000 eur letnega prometa, za to področje to niso majhne številke. Prav tako pade v oči, da ima lahko drug klinični psiholog samo z izvedenskimi mnenji čez 300.000 eur letnega prometa.

MM: Trenutna medijska pojavnost psihiatrov in kliničnih psihologov ima vse manj zveze s potrebami ljudi, ki potrebujejo dostopno in kvalitetno psihoterapevtsko pomoč in vse manj zveze s psihoterapijo kot stroko in znanostjo. V ospredju so interesi za last in oblast.



Za sprejetje zakona o psihoterapiji bo potreben dialog:  
intervju s Katjo Knez Steinbuch in Miranom Možino



Robert Oravec<sup>1</sup>

## **Kot pri vseh drugih zadevah gre tudi pri zakonu o psihoterapiji le za politiko, človeški egoizem in denar<sup>2</sup>**

*As with all other issues, the law on psychotherapy is all about politics, human egoism and money*



Doc. dr. Robert Oravec, psihiater in psihoterapevt

Zadnje dni se stopnjuje lobiranje vpletenih v oblikovanje zakona o psihoterapiji. V dnevnih časopisih in na televizijskem ekranu se krešejo mnenja psihoterapevtov, kliničnih psihologov, predstave pripadnikov ene ali druge opcije. Tako imenovana medicinska opcija, ki to po mojem sploh ni, se trudi, da bi razvrednotila psihoterapevtsko izobrazbo, pridobljeno na zasebnih fakultetah. Takšen odnos do drugačnosti sam po sebi veliko pove o motivih teh posameznikov, pa tudi, zakaj se tako vehementno postavljajo pod prapor te ideologije.

---

1 Doc. dr. Robert Oravec, dr. med., psihiater in psihoterapevt, robert.oravec@siol.net

2 Članek je bil objavljen na spletni strani Metropolitan 11. 9. 2023, <https://www.metropolitan.si/odnosi/psihologija/dr-robert-oravec-psihoterapija-ni-vesoljska-znanost-je-ljubec-cloveski-odnos/>

## **Psihoterapija pred letom 2000**

Sam sem po osnovnem poklicu psihiater, sicer pa imam doktorat iz psihologije. Naziv specialista psihoterapije sem pridobil na Madžarskem. Od leta 2007 predavam na treh zasebnih fakultetah, zadnjih deset let v statusu docenta. Glede na mojo izobrazbo in nazive bi lahko sodili, da sem nekje vmes, med medicinskim in nemedicinskim modelom psihoterapije. Ker pa že skoraj trideset let aktivno delujem na tem nadvse kompleksnem kliničnem področju, premorem svoj vpogled in videnje razvoja psihoterapije v Sloveniji.

Izobraževanje iz psihoterapije so v slovenski prostor pripeljali klinični psiholog Leopold Bregant ter psihiatra Lev Milčinski in Miloš Kobal, vsi so že pokojni. Takrat je šlo za dvosemestrski študij psihoterapije, ki je postal obvezen del specializacije za psihiatre in klinične psihologe. Težko bi trdili, da je ta študij kogarkoli usposobil za psihoterapevtsko delo.

Psihoterapija se je »formacijsko« izvajala le na centru za mentalno zdravje v Ljubljani, nekaj malega pa v Zdravstvenem domu Maribor. V perifernih bolnišnicah nas je le nekaj entuziastov »fušalo«, sicer pa je bilo bolj malo možnosti za to, da bi se kdo lahko udeležil zares kvalitetnemu zdravljenemu pogovoru.

Po spremembi družbenega sistema so se na Slovenskem pričela odvijati izobraževanja iz skupinske analize, sistemske psihoterapije idr. pod vodstvom tujih terapevtskih šol, vendar so ti tečajji bolj malo vplivali dostopnost do psihoterapevtskih storitev. Nekateri psihoterapevtsko izobraženi klinični psihologi so se takrat odločili za zasebnost s koncesijo. Ker so bili klinično psihološki pregledi zelo visoko vrednoteni s strani zavarovalnice, se je le redko kdo odločil za psihoterapevtsko delo. V psihiatričnih bolnišnicah se je psihoterapija izvajala le v obliki psihoterapevtskih skupin, večinoma enkrat na teden.

Kliničnih psihologov je bilo do še pred kratkim v Sloveniji relativno malo. Po eni strani jim tradicionalna psihiatrična obravnava ni pripisovala prav pomembne vloge, poleg tega pa je bila njihova specializacija dolgotrajna in finančno zahtevna.

## **Psihoterapija po letu 2000**

Po letu 2000 se je na področju slovenske psihoterapije vendarle začelo prebujanje. V težkih porodnih mukah in številnih polenih, zmetanih pod noge, se je leta 2006 vzpostavila ljubljanska podružnica Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja (SFU Ljubljana). Na začetku se je večji del študija izvajal na Dunaju, s pridobivanjem kvalitetnih predavateljev pa se je program skoraj v celoti osamosvojil od Dunaja.

Vzporedno s tem programom se je nato na Fakulteti za uporabne družbene študije razvil program psihosocialne pomoči, po vrnitvi dr. Christiana Gostečnika v domovino pa na Teološki fakulteti še študij zakonske in družinske terapije.

Na drugi strani se v vseh teh letih na strani pristašev 'medicinskega modela' ni razvilo praktično nič. Kolegica je pred leti poskušala oblikovati komplementaren program, ki bi omogočal dodelitev naziva psihoterapevt, a se iz tega ni nič izcimilo. Danes tako ne premorejo enega izobraževalnega programa, ki bi pariral zgoraj omenjenim.

Navkljub povedanemu pristaši 'medicinskega modela', kot ga zadnje čase imenujejo mediji, praviloma zagovarjajo stališče, da se psihoterapevska izobrazba lahko nadgradi le na že obstoječo izobrazbo iz psihologije - torej v sklopu izobraževanja iz klinične psihologije ali na specializacijo iz psihiatrije, medtem ko protagonisti že omenjenih programov zagovarjajo stališče, da je psihoterapija samostojen poklic na način, kot je to že primerno urejeno v kar nekaj evropskih državah.

## Argumenti in protiargumenti

Naj na tem mestu najprej izpostavim naslednje. Izobrazba psihoterapevta po 'medicinskem modelu' je neopravičljivo draga. Pripeljati nekoga do magisterija iz psihologije ali medicine, plačati celotno specializacijo iz klinične psihologije ali psihiatrije, nato pa še izvesti celotno usposabljanje iz psihoterapije, kar vključuje stotine ur osebnih izkušenj, teoretičnih predavanj in supervizij, stane nepredstavljivo veliko denarja in najmanj desetletje intenzivnega izobraževanja, ogromno porabljenega službenega in/ali prostega časa.

Zastavlja se vprašanje, ali je psihoterapija res takšna 'vesoljska znanost', da bi zahtevala tako zahtevno izobraževanje? Če se ozremo k samim začetkom razvoja psihoanalize, drži, da je bil ta poklic bolj ali manj omejen na zdravnike, predvsem psihiatre. Šele po dolgih desetletjih so psihologi lahko postali svetovalci, kasneje pa tudi psihoterapevti. Po drugi svetovni vojni je psihoterapija, predvsem psihoanaliza, postala zelo dobičkonosna dejavnost v zahodnem svetu. Zgodnji filmi Woodija Allena to pristno ponazarjajo. "Tvoj analitik, ki te pokliče sredi noči in se zjoče v telefon ..."

Sčasoma so se kriteriji za psihoterapevtsko izobrazbo nekoliko znižali. Zaradi prepoznane potrebe po psihoterapevtski izobrazbi se vse več oseb iz t. i. suportivnih poklicev odloča za pridobivanje psihoterapevtske izobrazbe. Tako bogatijo svojo poklicno kompetenco in se hkrati pomembno osebno razvijajo. Ta znanja in spoznanja spodbujajo dragoceno samospoznavanje in spodbudijo razvijanje senzitivnosti do trpljenja drugih.

Na drugi strani pa pristaši 'medicinskega modela' od samega začetka trdijo, da je za psihoterapevtsko delo potrebna zrelost, ki se po njihovem mnenju odraža predvsem v letih starosti. Do neke mere drži, da je 25-letni diplomant, magister psihoterapevtskih znanosti, precej mlad za opravljanje tega poklica, pa vendar tudi 25-letni zdravnik že operira ali na terenu samostojno odloča o življenju in smrti. Še več, 25-letni psiholog, socialni delavec ali specializant psihiatrije že opravljajo svetovalne pogovore in v teh svetovalnih pogovorih so zagotovo prisotni elementi psihoterapije. Bi zares lahko z gotovostjo rekli, da v tem primeru nevarnost, da bi neusposobljena in mlada oseba brez dostopa do supervizije (nehote) povzročila hudo škodo, izostane?

## **Psihoterapevti so že tukaj**

V preteklih 20 letih so zasebne fakultete usposobile več sto svetovalcev ter psihoterapevtov in vpliva teh angažiranih posameznikov na slovensko kulturo ni možno zanikati. Ljudje so pričeli prepoznavati, da jim psihoterapija lahko pomaga razrešiti težave, izboljšati funkcioniranje ali partnerske, družinske odnose. Do danes so pomagali na tisoče ljudem. Preden so se ti 'šarlatani' pojavili na 'trgu', kot smo lahko nedavno slišali s strani predstavnika 'medicinskega modela', ta prostor ni premogel nobene prave skupine podpore.

Med drugim tako ni obstajala nobena skupina za nosečnice in mlade mamice, dokler se ni mlada diplomantka SFU Ljubljana po lastni izkušnji z materinstvom izobrazila na tem področju in zdaj že dolga leta vodi prav takšne skupine. Na tem mestu lahko omenim tudi, kako je kolegica, ki je tudi sama posvojiteljica, na to temo napisala diplomsko nalogo, zdaj pa si prizadeva razviti podporni program za druge posvojitelje.

Teh nekaj sto psihoterapevtov je v teh letih na tem prostoru storilo ogromno dobrega, navkljub temu, da se nekateri še vedno trudijo zaustaviti proces, ki zagotovo vodi v bolj človečke medosebne odnose. Svetovalci, psihoterapevti in klienti skupaj ustvarjamo mehurčke humaniziranosti. Odgovorno trdim, da tako izvajalci kot klienti vpleteni v ta proces postanejo boljši, bolj tolerantni, čustveno inteligentnejši ljudje. Glede na travmatiziranost in terapevtsko nedotaknjenost slovenske populacije menim, da je psihoterapija pomemben kontrapunkt radikalizaciji, razraščanju političnega in medijskega nasilja.

## **Je torej psihoterapija res takšna visoka znanost, kot to nekateri akterji poskušajo predstaviti?**

Irvin Yalom, eden od najbolj priznanih terapevtov na svetu, zatrjuje, da je psihoterapija predvsem ljubeč človeški odnos. Dodal bi, da za takšnim odnosom vseeno stoji veliko znanja, dela na sebi in psihoterapevtske prakse pod supervizijo. Terapevt mora spoznati svoje motive, predelati, ubesediti svoje pretekle izkušnje, sprejeti svojo nepopolnost.

Usposabljanje iz psihoterapije je pomemben element, vendar nobena šola psihoterapije ne more ustvariti 'supermana', 'superterapevta', ki ne bi bil še vedno do neke mere pod vplivom svoje nevrobiološke organiziranosti, osebnostnih predpostavk ali osebnih izkušenj iz časa otroštva ali odraslosti. Terapija vedno temelji na odnosu, ki ga ne glede na izobrazbo nekateri zmorejo, drugi pa ne.

### **Zaprta vrata javnega sistema**

Psihoterapevti, diplomanti zasebnih fakultet, se kot psihoterapevti danes ne morejo zaposliti v javnozdravstvenih ustanovah. Poklicno se tako lahko afirmirajo le na prostem trgu. In čeprav so takšna pravila igre zelo kruta, trg hitro pokaže, kdo bo preživel in kdo ne.

Veliko študentov že med izobraževanjem pride do spoznanja, da ta poklic ni najbolj primeren zanje ali pa so stroški študija previsoki. V zasledovanju tega poklica tako do konca ostane le 20 do 30% prvotno vpisanih, ki postanejo povsem usposobljeni terapevti. Veliko se jih nato zaposli v nevladni sferi, ki ni tako kritična do virov pridobljene izobrazbe.

Na drugi strani pa študij psihologije ne vključuje nobenih elementov samospoznavanja ali terapevtskih veščin, čeprav ljudje prav psihologe vidijo kot kompetentne za svetovanje in reševanje problemov.

Tekom svoje strokovne kariere sem srečeval zelo sposobne, empatične psihologe in psihiatre, ki so občutljivi na trpljenje drugih ljudi in znajo nuditi kvalitetno pomoč. Obstajajo pa tudi takšni, ki so osebnostno moteni, vase zagledani, nezmožni empatije, ne da bi se tega tudi zavedali. Ne glede na škodo, ki jo povzročajo, jim sistem vseeno omogoča izvajanje terapevtskega in svetovalnega dela.

Danes je v vseh ustanovah, ki se posvečajo ranljivim in pomoči potrebnim osebam, nujna redna supervizija, le v psihiatričnih zavodih supervizije v formalni obliki ni. To marsikaj pove o tem, v kolikšni meri so te ustanove zaščitene pred zlorabo, pomanjkljivo empatijo, razčlovečenjem.

Večina psihoterapevtov, ki konča izobrazbo na SFU Ljubljana zadosti kriterijem za 'evropsko diplomo psihoterapevta', kar pomeni, da bi kot psihoterapevti lahko

delali v drugih evropskih državah. Poleg teoretične izobrazbe imajo za seboj stotine ur samospoznavanja, 'tutorskih' skupin in nenazadnje najmanj 600 ur psihoterapevtske prakse pod supervizijo. Glede na to, da argumenti pristašev 'medicinskega modela' večinoma ne držijo, lahko sklepamo le, da 'zajec tiči v nekem drugem grmu'.

## Politika, egoizem in denar

Kot pri vseh drugih zadevah, gre tudi pri zakonu o psihoterapiji le za politiko, človeški egoizem in denar. Glede politike je bolj ali manj jasno. 'Medicinski model' podpirajo sile kontinuitete, ki delujejo na osnovi starih vzorcev, ki vidijo v psihoterapiji, predvsem v analitično usmerjeni psihoterapiji, neko imaginarno nevarnost. Če se zakon po njihovem nareku sprejme, bodo široke množice najbolj potrebnih psihoterapevtske pomoči ostale brez kvalitetne obravnave za cela desetletja, dokler se ne izobrazi primerno število psihoterapevtsko usposobljenih kliničnih psihologov. Čakalne vrste za terapijo se bodo merile v letih ali kar desetletjih.

Vprašanje je tudi, kakšna bo kvaliteta teh obravnav, saj gre sklepati, da se bo večina bodočih kliničnih psihologov odločala za vedenjsko-kognitivno terapijo, ki omogoča hitro odpravo simptomov, kot sta tesnoba in depresija, ne da bi takšna obravnava segla do globine in resničnih vzrokov problemov.

Vsekakor pa je v 'psiho-biznisu' tudi veliko denarja. Izobraževanja, osebna izkušnja, supervizija, predstavljajo velik finančni zalogaj, kar je do sedaj padlo na pleča posameznika ali dobro stoječih staršev, sedaj pa bodo stroški izobraževanja šli v breme države oziroma zdravstvene blagajne. S tem denarjem se bodo okoristili posamezniki, ki se do sedaj še niso uspeli zriniti h koritu.

Žalostno je, da pri vsej tej kolobociji taistim ni mar silne množice ljudi, ki strašno trpijo zaradi posledic hudih izkušenj iz časa otroštva ali v odraslosti. Vseh tistih, ki hrepenijo po odnosu, v katerem bodo prepoznali in (končno) ubesedili vire svojih bolečin in trpljenja.

Človek bi od visoko usposobljenih strokovnjakov, ki naj bi skrbeli za duševno zdravje drugih ljudi, pričakoval osebnostne značilnosti, kot so toleranca, sprejemanje drugačnosti, senzitivnost do trpljenja drugih. Konflikt, ki je nastal med zagovorniki različnih predstav o pravilnem pristopu do psihoterapije, pa zrcali povsem drugačne značilnosti nekaterih vpletenih. Med drugim ni tako težko prepoznati elemente, kot so izključevanje, zavidanje, narcistično zagledanost v lastno vrednost, netolerantnost do drugačnosti.

Ta konflikt je pravzaprav zrcalo delovanja celotne družbe, ki očitno ne more preskopiti lastne sence in učinkovito proizvajata radikalizme in narcisizme različnih barv.



Sprašujem se, ali bo po tem sodelovanje med pripadniki teh različnih pristopov in predstav sploh mogoče. Bodo ti posamezniki sposobni delovati v terapevtskih timih, sistemih, ne da bi na druge gledali le 'skozi puškino kukalo'?

## Sodelovanje strok je mogoče

Da je sodelovanje med različnimi strokovnjaki vseeno možno, dokazuje psihoterapevtski tim, v katerem sodelujem. Terapevtski tim našega dnevnega programa sestoji iz psihiatra, magistra psihologije, magistra delovne terapije in diplomirane medicinske sestre. Razen mene, psihiatra, so vse tri mlade kolegice vključene v proces izobraževanja iz različnih modalitet psihoterapije. Na lastne stroške - in ne zato, ker se to od njih zahteva, ampak zato, ker jim to nalaga vest in želja po znanju.

Opažam, da je od teoretske izobrazbe bolj pomembno to, da smo vsi štirje v procesu nenehnega pridobivanja osebnih in poklicnih izkušenj, pa tudi, da lahko med seboj delimo svoje občutke, spomine in pretekle izkušnje, ki nas bogatijo in zbližujejo. Odprtost, sprejemanje izkušenj in drugačnosti in predvsem sočutje do naših uporabnikov so elementi, ki so najmočnejše prispevali k temu, da smo skupaj ustvarili terapevtski sistem, v katerem prevladujeta empatija in občutljivost za hude travme oziroma trpljenje naših uporabnikov.

Vsak prispeva po svoji moči in sposobnostih. Spoznavamo, da so lastne predelane izkušnje pomemben element v ustvarjanju konstruktivnega terapevtskega odnosa. Poklicne veščine in tehnike prav tako veliko štejejo. Navsezadnje pa vendarle delujemo kot terapevtski sistem. Sledimo istim vrednotam, sprejemamo različnost vseh nas in se med seboj dopolnjujemo. Odprti smo na doživljanje, probleme, izkušnje eni drugih. Zavedamo se svojih omejitev, se učimo, tudi na lastnih napakah. Rastemo in postajamo boljši ljudje, sposobni sprejemati različnost in ne obsojati. Sistem je več, kot smo mi sami. Temu se prilagodijo naši uporabniki in študentje, ki so na praksi. Vsi smo člani iste družine, dihamo isti zrak, ustvarjamo vzdušje, v katerem so lahko izrečene skrivnosti, sprejete bolečine.

Včasih se sprašujem, kako je takšen sistem nastal. Zagotovo ne v šolskih klopeh, v katerih smo sedeli, ampak tekom stotin ur individualne terapije, skupinskih srečanj, pogovorov. Včasih rečem, da sem se vse, kar zares vem, naučil od svojih pacientov, najbrž pa tudi oni od mene.

Za konec svojega tokratnega pisanja polagam upe v modrost zakonodajalcev, da ne bodo padli v past političnega prerokanja ali pod vpliv parcialnih, osebnih interesov nekaj posameznikov, ter sprejeli zakon, ki bo v korist uporabnikom, torej psihoterapije in svetovanja potrebnim množicam.



Blaž Mesec<sup>1</sup>

## **S priznanjem psihoterapevtskega poklica in stroke lahko pridobimo vsi<sup>2</sup>**

### *Recognition of psychotherapy as an independent profession and autonomous discipline can benefit all of us*

V nedavni razpravi o psihoterapiji je bilo izraženo mnenje, da je psihoterapija le (dopolnilna) dejavnost psihiatrov in kliničnih psihologov, zaposlenih v zdravstvu, in ne samostojen poklic, kaj šele veda, ki sodi na univerzo. Ker sem nekoč prepričeval odločevalce, da je socialno delo, ki je danes univerzitetna disciplina, ne le stroka in poklic, ampak tudi veda o tej stroki, in sem takrat premišljeval te reči, se nepoklican vtikam v razpravo med zagovorniki psihoterapije kot dejavnosti v okviru zdravstva in zagovorniki psihoterapije kot samostojnega poklica, ne glede na to, kje se izvaja in kdo plačuje storitve.

Ob tem sporu sem se spomnil, da so se takrat ob razpravi o socialnem delu nekateri opirali na sofizem po zvoku besed. Trdili so, da socialno delo ni veda, ker je "delo", in "delo" pač ni veda. Na koncu so le uvideli, da je socialno delo "delo", stroka, in hkrati veda o tem delu kot samorefleksija stroke. Zdi se, da imamo v zvezi s psihoterapijo opraviti s podobnim sofizmom. Če je psihoterapija »terapija«, to je (po zvoku) »zdravljenje«, naj se izvaja samo v zdravstvenih ustanovah, psihoterapevti pa morajo imeti medicinsko izobrazbo. To je sofizem »po zvoku besed«, ne pa razumen vsebinski sklep.

Psihoterapevti menijo, da medicinska predizobrazba ni nujna za delo v zdravstveni ustanovi, ker težave klientov, ki jih obravnavajo, niso »bolezni« v medicinskem pomenu. Zavračajo »medicinski model« obravnave s togim diagnosticiranjem in medikamentozno terapijo in poudarjajo »opolnomočenje« uporabnikov v pogovoru in zadržano uporabo »zdravil«, češ da ta le lajšajo simptome, ne urejajo pa klientovega doživljanja in odnosov. Če njihovi klienti niso »bolni« in psihoterapevti, kljub svojemu nazivu, ne »zdravijo« na enak način kot zdravniki-psihiatri, je torej sklep, da ne sodijo v zdravstvo, logičen, a nasproten težnji psihoterapevtov. Predlagano je bilo, da bi

1 prof. dr. Blaž Mesec, univ. dipl. psiholog, meseceksrebrni@gmail.com

2 Članek je bil objavljen časopisu v Sobotni prilogi Dela, 4. 11. 2023.

psihoterapijo prekrstili v »svetovanje«. V tem primeru bi bili spet svetovni unikum. Rešitev vidim v nekoliko bolj odprtem razmišljanju. »Zdravljenje« (terapija) je širok in spremenljiv pojem. Tudi znotraj »medicinskega modela« so zdravili in zdravijo »s soncem in svežim zrakom«, z »uravnoteženo prehrano in gibanjem« itd. Lahko bi dopustili, da se zdravi tudi samo s pogovorom in da to sodi v zdravstvo. Odgovori na druga vprašanja v zvezi s poklicem psihoterapevta so sorazmerno lahki.

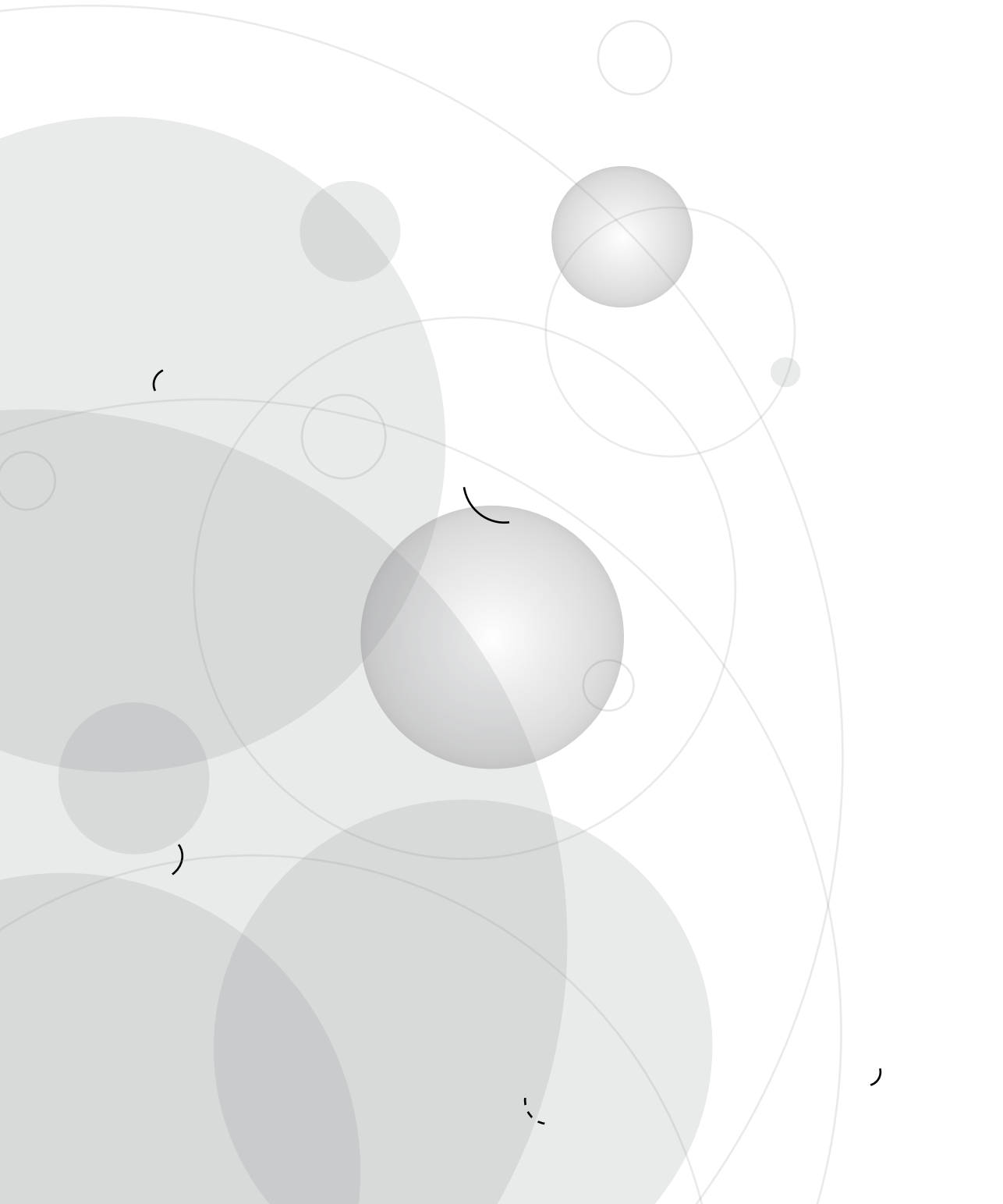
Ali je psihoterapija dejavnost ali poklic? Dejavnost (aktivnost) je delo, delovanje, vezano na določeno področje, na primer zdravstvena dejavnost in v njenem okviru na primer cepljenje. Cepljenje je zgolj dejavnost in "cepilec" ni poklic. Dejavnost ima status poklica, če je za njeno opravljanje potrebno posebno znanje; če se po obdobju šolanja, uvajanja ali usposabljanja izvaja redno in sistematično; če se ob izvajanju upoštevajo strokovni in etični standardi; če je v kaki obliki plačana. Dodatni kriteriji za poklic so kontinuirano izobraževanje oziroma obnavljanje (osveževanje) in dodajanje znanja, obstoj poklicnega združenja oziroma druge oblike združevanja pripadnikov poklica. In končno: za opravljanje poklica je potrebna formalna licenca. Psihoterapevska dejavnost ustreza vsem tem merilom – je torej poklic – le glede licence, naziva in vpisa v uradni register poklicev so pri nas težave, kar je težko razumeti.

Ali je psihoterapija posebna veda? Osnovni kriteriji obstoja vede so: obstoj posebnega predmeta ali vidika preučevanja, svojske metode in pripadnost sorodni skupini ved. Psihoterapija kot veda preučuje psihoterapevtsko dejavnost, je samorefleksija te dejavnosti. Pri tem uporablja znanstveno metodo, definirano s kriteriji racionalnosti, empiričnosti, kritičnosti, preverljivosti, objektivnosti, sistematičnosti, zanesljivosti, kumulativnosti idr.. Specifičnost njene metode je v udeleženi procesnem raziskovanju in evalvacijskih raziskavah. Kot taka pripada psihoterapevska veda skupini ved o človeškem ravnanju (angl. action sciences; nem. Handlungswissenschaften), kamor sodijo med drugimi veda o socialnem delu, veda o vzgoji in izobraževanju (pedagogika), organizacijske vede, veda o športu (kineziologija) in – na koncu a ne nazadnje – medicina, veda o zdravljenju.

Poglavitna zunanja merila obstoja posebne vede so: obstoj priznanih visokošolskih programov in akademskih ustanov, ki zagotavljajo izobraževanje v tej vedi; raziskovalna dejavnost, strokovna in znanstvena publicistika, strokovna in znanstvena društva in združenja. Vse naštetu obstaja na področju psihoterapije v Sloveniji, kar so večkrat navedli predhodniki v tej razpravi.

S priznanjem psihoterapevskega poklica, stroke in vede (izobraževanja in raziskovanja) lahko pridobijo vsi, ki so si zdaj v laseh: psihiatri bi lahko še naprej poleg psihiatričnega zdravljenja izvajali psihoterapevtsko dejavnost po

svoji presoji. Klinični psihologi bi še naprej pomagali psihiatrom pri diagnosticiranju duševnih bolezni, poleg tega pa bi lahko ob ustreznem dodatnem usposabljanju izvajali psihoterapevtsko dejavnost. Psihoterapevti bi lahko opravljali svoj poklic v zdravstvu ali zunaj zdravstva, v okviru javnih zavodov ali zasebne prakse. Vsi trije poklici pa bi lahko sodelovali v dobro uporabnikov, kar se med razumnimi ljudmi tako ali tako že dogaja, vseeno kje. Če zaradi napredka strok zdravstvena blagajna lahko uvrsti na svoj seznam druge nove storitve, bo uvrstila tudi psihoterapijo.



Blaž Mesec<sup>1</sup>

## **Zakaj psihiatri in klinični psihologi v zdravstvu nasprotujejo psihoterapiji kot poklicu?<sup>2</sup>**

### *Why are psychiatrists and clinical psychologists opposed to psychotherapy as a profession?*

Da je stanje na področju psihoterapije neurejeno in ga je treba urediti, se strinjata obe nasprotni strani. Spor je nastal glede tega, kako to stanje urediti, kaj uzakoniti, predvsem pa, ali sploh potrebujemo psihoterapevte. V polemiki so udeleženi na eni strani psihiatri in klinični psihologi, zaposleni v zdravstvu, na drugi strani pa ustrezno usposobljeni psihoterapevti, čeprav pri nas njihov poklic ni zakonsko priznan.

Psihoterapevti trenutno pri nas delujejo zunaj zdravstva, javnega in zasebnega, in so klientom dostopni samo samoplačniško v zasebnih psihoterapevtskih ambulantah, od katerih nekatere delujejo v okviru nekaterih visokošolskih ustanov, npr. psihoterapevtska ambulanta ljubljanske podružnica dunajske Univerze Sigmunda Freuda (SFU Ljubljana), nekatere v okviru strokovnih psihoterapevtskih združenj in nekatere zunaj takih okvirov.

Izobraževanje iz psihoterapij poteka na visokošolski ravni v dodiplomskih in podiplomskih programih. SFU Ljubljana izvaja petletni študij, ki usposobi za psihoterapevta, na Teološki fakulteti pa slušatelji po zaključenem magisteriju opravljajo vsaj dveletni staž pod supervizijo v okviru Združenja zakonskih in družinskih terapevtov. Vsi izvajalci v okviru Slovenske krovne zveze za psihoterapijo naj bi imeli programe, ki izpolnjujejo kriterije Evropske zveze za psihoterapijo za samostojni poklic.

V okviru strokovnih združenj se zagotavlja strokovni in etični nadzor, vendar ne sistematično, ker področje ni zakonsko urejeno. Individualna psihoterapija poteka večinoma v obliki pogovorov s klientom, ki ima težave sam s sabo in z drugimi,

---

1 prof. dr. Blaž Mesec, univ. dipl. psiholog, meseceksrebrni@gmail.com

2 Članek je bil objavljen 19. oktobra 2023 na spletnem portalu +Portal <https://www.plusportal.si/2023/10/19/zakaj-psihiatri-in-klinicni-psihologi-v-zdravstvu-nasprotujejo-psihoterapiji-kot-poklicu/>

tako da se postopno spremenita njegovo doživljanje in ravnanje, s tem pa tudi njegovi odnosi z drugimi, v smeri njegovega "opolnomočenja" in izboljšanja kakovosti življenja – sam naj bi postopoma prevzel vajeti svojega življenja v svoje roke. Psihoterapevti si prizadevajo, da bi bila njihova dejavnost tudi pri nas priznana kot poklic in da bi se lahko zaposlovali tako v javnem zdravstvu kot zunaj njega, npr. v socialnem varstvu, na področju vzgoje in izobraževanja, pravosodja, notranjih zadev, gospodarstva, športa, zdraviliškega turizma idr..

Temu nasprotuje večina – ali vsaj glasnejši del – psihiatrov in kliničnih psihologov, zaposlenih v zdravstvenih ustanovah. Psihiatri zdravijo duševne motnje na način, ki je običajen v medicini. Začne se z diagnostičnim postopkom, v katerem se skuša čim bolj natančno ugotoviti značilnosti motnje in ki se konča z diagnozo, tj. uvrstitvijo bolezni v določen predalček klasifikacije bolezni in z njenim poimenovanjem. Zdravnik-psihiater potem predpiše ustrezno terapijo, ki je po pravilu medikamentozna in se po potrebi kombinira s hospitalizacijo, včasih pa tudi s psihoterapijo. To slednje je odvisno od narave motnje, psihiatrovega interesa, pa seveda od kritja stroškov. Klinični psiholog sodeluje predvsem v diagnostičnem postopku tako, da z uporabo psiholoških testov prispeva k ustrezni diagnozi, ki jo postavi psihiater. Tudi klinični psiholog, zaposlen na kliniki za duševne bolezni, lahko izvaja psihoterapijo, če ga zanima, če se je usposobil za to dejavnost in če to dopuščajo organizacijski pogoji.

Čemu pravzaprav nasprotujejo psihiatri in klinični psihologi? Mar ni nerazumno nasprotovati uzakonitvi poklica psihoterapevta z jasnimi izobrazbenimi pogoji, načinom delovanja, strokovnim in etičnim nadzorom? Samo na ta način bi se znebili nestrokovnih kvazi-psihoterapevtov in dovolili samo delovanje psihoterapevtov, ki ustrezajo zakonsko določenim pogojem.

Po zdravi pameti bi kot državljan z odprtimi rokami pozdravil pojav in razvoj psihoterapevtskega poklica, saj so potrebe po psihoterapevtskih storitvah velikanske. Psihiatri in klinični psihologi jih ne zmorejo obravnavati poleg svoje običajne dejavnosti. Na široko bi temu poklicu odprl vrata v javne zdravstvene ustanove, da ljudem ne bi bilo treba teh storitev še dodatno plačevati iz svojega žepa poleg prispevka za zdravstveno zavarovanje. Kako torej razumeti odpor do take ureditve? Gre res za bojazen pred tem, da bi psihiatri in klinični psihologi morali s psihoterapevti deliti omejena sredstva zdravstvenega zavarovanja? Saj bi lahko skupaj s psihoterapevti pritiskali na zavarovalnico, da odobri nove storitve! Če lahko odobri to ali ono najnovejše slikanje možganov, zakaj ne bi odobrila psihoterapevtskega pogovora kot zdravstvene storitve. S kakšnimi argumenti nasprotujejo uzakonitvi tega poklica?

V resnici so argumenti psihiatrov in kliničnih psihologov protislovnii. Po eni strani trdijo, da je psihoterapija terapija, torej zdravljenje, in sodi v zdravstvene ustanove;



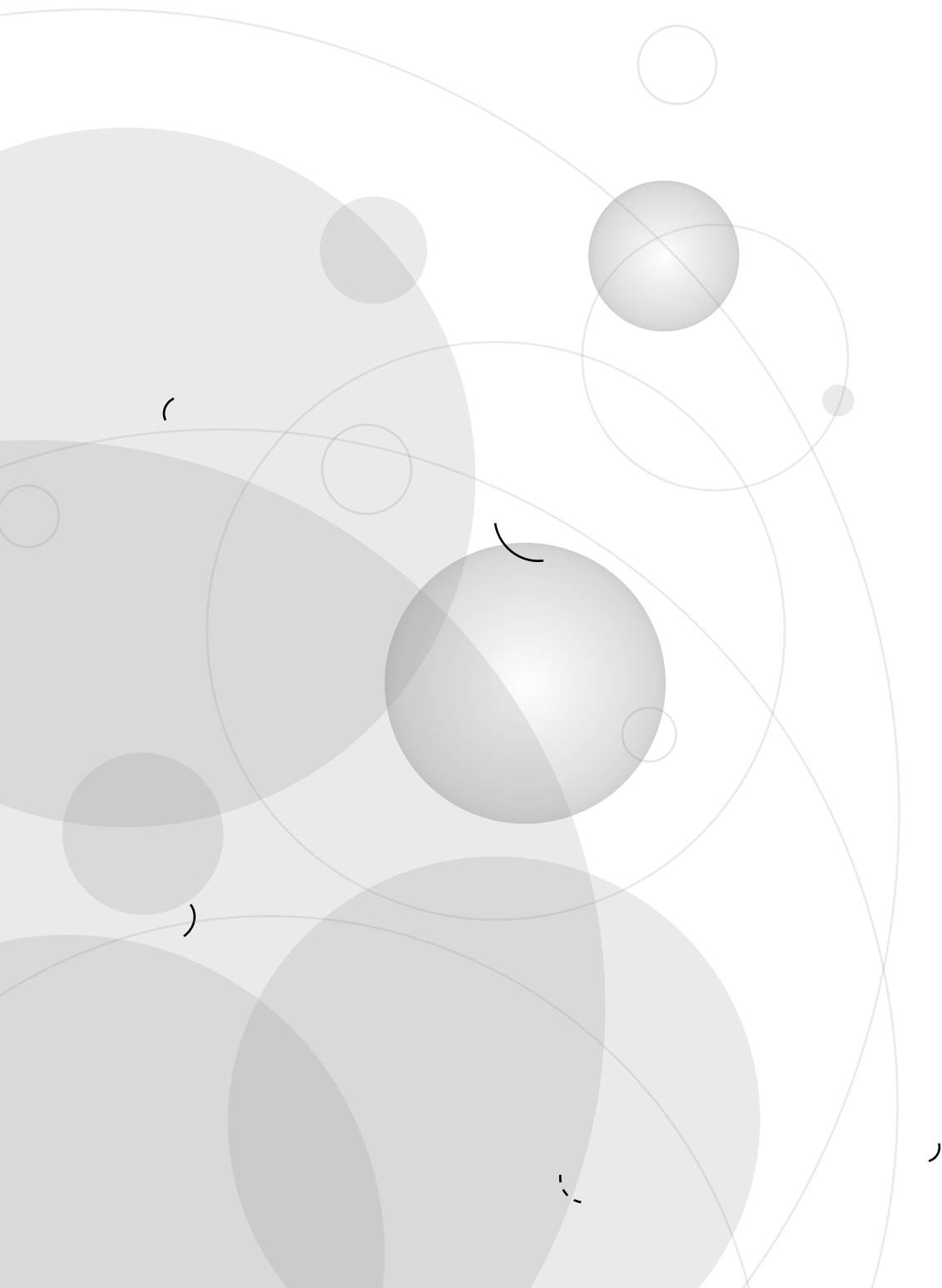
ni prav, da se izvaja "divje" zunaj njih. Za psihoterapevte zahtevajo medicinsko izobrazbo, ko psihiatrična stroka sama uvideva, da to, kar zdravi, niso "bolezni" ampak "motnje", jim torej priznava drugačen status kot boleznim, ki majo telesne vzroke. Po drugi strani pa trdijo, da psihoterapija ni poklic, ampak zgolj dejavnost, ki jo lahko izvajajo samo psihiatri in klinični psihologi (in morda še kakšen zdravstveni poklic) in torej ni potrebe ne le po sodelovanju psihoterapevtov ampak sploh ne potrebe po tem poklicu. Psiholog (neklinični) bi v tem zaznal težnjo po prisvajanju dejavnosti pomoči ljudem v duševni stiski, po nadzoru drugega, po izganjanju rivala, in/ali njegovem izničenju oziroma zanikanju njegovega obstoja. Psihoterapija je bojda zgolj dejavnost, ne poklic. To je hudo samozavestno oblastno naziranje in očitno zanikanje realnosti. Psihoterapevti obstajajo, sprejemajo kliente, jim pomagajo k boljšemu življenju; dopolnjujejo in nadaljujejo delo psihiatrov in kliničnih psihologov pri težavah, ki jih oni ne obravnavajo.

Psihoterapija ni samo dejavnost, je poklic. Dejavnost je delo ali delovanje na določenem področju. Cepljenje je ena od zdravstvenih dejavnosti. Ne obstaja pa poklic "cepilec". Poklic je dejavnost, za katere opravljanje je potrebno posebno, v našem primeru visoko strokovno znanje, pridobljeno s šolanjem, usposabljanjem; ki se izvaja redno in sistematično; ki se mora odvijati po določenih strokovnih in etičnih merilih; in je plačana. Pripadniki določenega poklica se običajno povezujejo v poklicna društva ali združenja, ki zagotavljajo strokovni in etični nadzor njihovega dela. Zavezani so k stalnemu poklicnemu izpopolnjevanju, osveževanju znanja.

Vse to že danes obstaja na področju psihoterapije pri nas. Psihoterapevt je poklic povsod v državah, ki so glede te ureditve naprednejše, (npr. Avstrija, Nemčija, Nizozemska, Finska, Švedska, Malta, Hrvaška idr.) le pri nas ne sledimo njihovemu zgledu, čeprav psihoterapevti dejansko opravljajo svoje delo tako kot tam, kjer je zakonsko priznan.

Psihoterapija ni samo poklicna dejavnost, je tudi veda o tej dejavnosti; je kritična raziskovalna samorefleksija klinične psihoterapevtske prakse; veda, ki se raziskovalno razvija in poučuje na ravni visoke šole ali univerze (pri nas na Teološki fakulteti in na SFU Ljubljana). Raziskovalci te vede, ki so hkrati psihoterapevti-praktiki, izmenjujejo izkušnje na strokovnih srečanjih in kongresih; izdajajo od leta 2007 znanstveno strokovno revijo *Kairos*. Slovenska psihoterapija ima torej vse potrebne sestavine posebne vede.

Kako dolgo si bomo še zatiskali oči pred dejstvom, da obstajajo strokovno ustrezno usposobljeni poklicni psihoterapevti in da se razvija psihoterapevtska veda? Čakamo, da država to uvidi in uzakoni.



Irena Kosovel, Robert Cvetek, Franci Gerbec, Urška Kranjc Jaška,  
Miran Možina<sup>1</sup>

## Izjava za javnost ob Dnevu duševnega zdravja, 13. oktober 2023

### *Mental health day public statement, 13th of October 2023*

Ob nedavnem svetovnem dnevu duševnega zdravja in imenovanju nove ministrice za zdravje dr. Valentine Prevolnik Rupel predstavniki psihoterapevske stroke zunaj zdravstva izražamo veliko upanje in pričakovanje, da bomo v Sloveniji po dolgih letih kmalu dobili sodoben in mednarodno primerljiv zakon o psihoterapiji, ki bo pacientom in uporabnikom omogočil strokovno in varno uveljavljenje svojih potreb in pravic na področju duševnega zdravja, izvajalcem na področju opravljanja psihoterapevske dejavnosti pa omogočil nemoteno, strokovno in etično opravljanje svojega poklica.

Ob tem pa žal ne moremo mimo pritiskov in podtikanj ter netočnih, enostranskih in obtožujočih izjav kliničnih psihologov, psihiatrov in pedopsihiatrov, ki jih že dalj časa ponavljajo in širijo v javnosti, nazadnje v izjavi za javnost 10. oktobra 2023, pod katero sta podpisana dr. Sana Čoderl Dobnik, predsednica Zbornice kliničnih psihologov Slovenije in prof. dr. Borut Škodlar, dr. med., psihiater in vodja enote za psihoterapijo na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, zaradi česar v nadaljevanju ponovno in bolj podrobno pojasnjujemo svoja stališča.

Nismo izgubili upanja, da bi delovna skupina za pripravo predloga zakona na Ministrstvu za zdravje lahko prišla do predloga zakona o psihoterapiji, ki bo sprejemljiv za celotno psihoterapevsko stroko v Sloveniji, ki jo neločljivo predstavljamo tako psihoterapevska stroka zunaj zdravstva kot tudi klinični

1 Irena Kosovel, univ. dipl. prav., psihoanalitična psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo, irena.kosovel@gmail.com  
prof. dr. Robert Cvetek, univ. dipl. psiholog, specialist zakonske in družinske terapije, predstojnik Katedre za zakonsko in družinsko terapijo ter psihologijo in sociologijo religije Univerze v Ljubljani Teološke fakultete, 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  
asist. Urška Kranjc Jakša, univ. dipl. filozofinja, zakonska in družinska terapevtka stažistka, doktorantka zakonske in družinske terapije, mediatorica, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ukranjcjaksa@gmail.com  
mag. Miran Možina, dr. med. spec. psihiater in psihoterapevt, direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda, miranmozina.slo@gmail.com

psihologi in psihiatri v zdravstvu, ki želijo v javnosti ustvariti vtis, da so sami edina in celotna psihoterapevtska stroka v Sloveniji, čemur odločno nasprotujemo. Na srečo temu nasprotuje tudi nova ministrica za zdravje dr. Valentina Prevolnik Rupel, ki je na zaslišanju v Državnem zboru napovedala nadaljevanje dialoga o različnih stališčih celotne psihoterapevtske stroke v Sloveniji. Ob tem izražamo pričakovanje, da se bo nova ministrica podrobno seznanila z dosedanjim delom delovne skupine, ki jo bo po lastni presoji in v pogovoru z vsemi dosedanji člani prenovila v smislu vodenja, sestave in pravil delovanja, da bo omogočala učinkovito, konstruktivno in poglobljeno razpravo, ki smo jo člani in predstavniki psihoterapevtske stroke zunaj zdravstva do sedaj zelo pogrešali. S tem bi bili tudi ustvarjeni pogoji, da bi bila delovna skupina razbremenjena razgrete javne polemike.

Odločno zavračamo neresnične navedbe, da zakon o psihoterapiji predstavlja zgolj krinko za skrajševanje čakalnih dob. Take navedbe so v nasprotju s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije, ki Sloveniji za skrajševanje čakalnih dob in za druge izboljšave na področju duševnega zdravja priporoča sprejetje posebnega zakona o psihoterapiji, ki bo reguliral psihoterapijo kot samostojni poklic in s tem omogočil vključevanje obstoječih psihoterapevtov tudi v javni zdravstveni sistem.

Odločno zavračamo neresnične navedbe, da Univerza Sigmunda Freuda Dunaj - podružnica Ljubljana in Univerza v Ljubljani, Teološka fakulteta izvajata izobraževanja, ki so dokazano škodljiva ali vzpostavljajo prenizke kriterije. Nasprotno, njuni izobraževalni programi vključujejo ne le evropsko ampak tudi svetovno uveljavljeni pristopi, ki imajo znanstveno in raziskovalno dokazano visoko uspešnost. Kriteriji za psihoterapevtsko stroko zunaj zdravstva so postavljeni visoko, saj upoštevajo evropske standarde izobraževanja s področja psihoterapije in poklicne dejavnosti, ki so po svoji zahtevnosti primerljivi z drugimi pomagajočimi poklici (zdravniki, psihologi, socialnimi delavci, specialnimi pedagogi idr.), tako po dolžini trajanja kot po vsebinah. Naše stališče je, da bi tudi v Sloveniji morali vse izobraževalne poti in kriterije za naziv psihoterapevta ali psihoterapevtke, zunaj in znotraj zdravstva, poenotiti in zvišati.

Odločno zavračamo podtikanja in namigovanja, da bo zakon o psihoterapiji omogočil izvajanje psihoterapije osebam, ki nasprotujejo ustavno zagotovljeni pravici do splava. Obsojamo vse poskuse zmanjševanja obsega in spreminjanja načina varovanja katerekoli ustavno zagotovljene pravice. Pri svoji psihoterapevtski obravnavi brez razlikovanja in obsojanja pomagamo tudi ženskam, ki so to pravico uveljavile ali jo nameravajo uveljaviti.

Odločno zavračamo podtikanja in namigovanja, da bo zakon o psihoterapiji omogočil izvajanje psihoterapije osebam, ki menijo, da je istospolna usmerjenost bolezen, ki jo je treba zdraviti in izražajo nestrpnost do različno spolno usmerjenih. Obsojamo vse izraze nestrpnosti v družbi in poudarjamo, da so predsodki, diskriminacija in izključevanje zaradi spolne usmerjenosti, spolne identitete in drugih osebnih okoliščin v družbi popolnoma nesprejemljivi. Toleranco do drugačnosti je psihoterapevska stroka zaradi narave svojega dela dolžna še posebej strogo spoštovati in razviti do najvišje možne mere, o tem pa je dolžna ozaveščati tudi druge. Pri svoji psihoterapevski obravnavi brez razlikovanja in obsojanja pomagamo tudi pripadnikom skupine LGBTQ+. Še več, tudi psihoterapevke in psihoterapevti zunaj zdravstva smo ponosni in spoštovani člani na seznamu LGBTQ+ prijaznih psihoterapevtk in psihoterapevtov.

Odločno zavračamo neresnične navedbe, da je psihoterapevska stroka zunaj zdravstva javno zanikala pomen diagnostike ali obstoj hudih duševnih motenj. Poudarjamo pa, da so se v okviru svetovne psihoterapevske stroke in znanosti razvili novi in izvirni načini diagnostike, ki pomembno dopolnjujejo psihiatrično in klinično psihološko diagnostiko ter omogočajo učinkovitejše izvajanje psihoterapije. Prav tako psihoterapevska stroka zunaj zdravstva nikoli ni zanikala potrebe po predpisovanju zdravil, vendar pa opozarjamo na možnosti zlorab, pri hudih in dolgotrajnih duševnih motnjah pa poudarjamo pomen sodelovanja različnih strokovnjakov ter kombinirani obravnavi z zdravili in s psihoterapijo, kar jasno kaže na naš vključujoč pristop.

Predstavniki psihoterapevske stroke zunaj zdravstva smo k podpori naših prizadevanj za zakon o psihoterapiji na legitimen način pozvali samo naše kolegice in kolege, nikoli pa k temu nismo pozivali svojih uporabnikov. So pa številni uporabniki sami in prostovoljno izrazili podporo našim prizadevanjem, o katerih so najprej prebrali v medijih, velika večina podpornikov pa je tistih, ki so bili tako ali drugače oškodovani zaradi slabe dostopnosti in nizke kakovosti psihiatričnih, klinično psiholoških in psihoterapevskih storitev v okviru zdravstva. Pri tem skrbno varujemo njihovo identiteto, nekateri uporabniki pa so se prostovoljno sami razkrili javnosti.

Psihoterapevti v zdravstvu poskušajo v javnosti ustvariti vtis, da njihova posebna strokovna usposobljenost izhaja iz njihovega članstva v razširjenih strokovnih kolegijih (RSK) pri Ministrstvu za zdravje. Natančnejši pregled članov RSK pa pokaže, da večina članov psihoterapije sploh ne izvaja, če pa že jo, pa o svojem delu ne objavlja v strokovnih in znanstvenih publikacijah. To sicer v ničemer ne zmanjšuje velikega strokovnega in znanstvenega prispevka članov RSK na področjih (pedo)psihiatrije in klinične psihologije, vendar pa

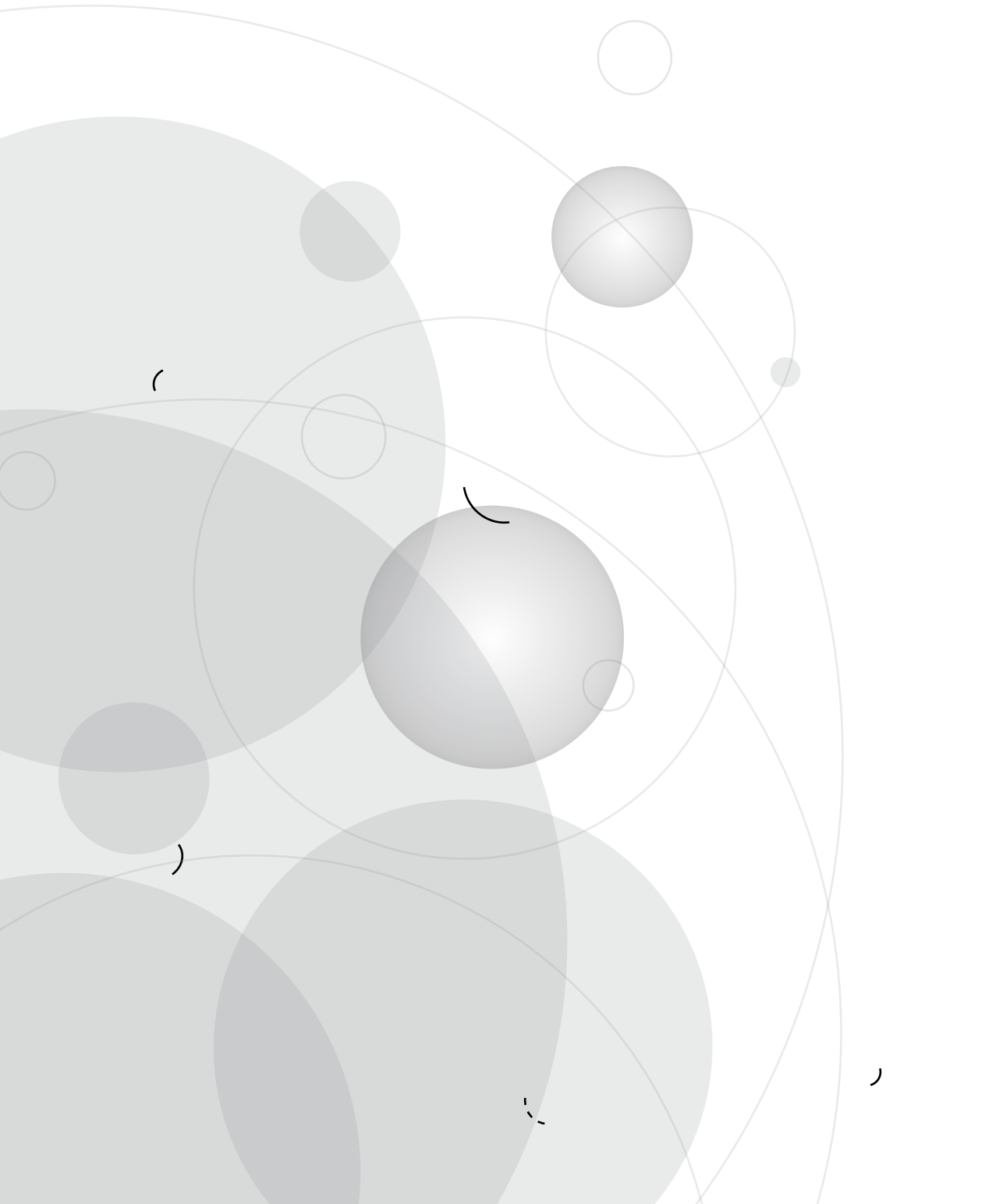
je naše stališče, da bi se o normativni ureditvi psihoterapije v Sloveniji lahko pravno zavezujoče opredeljeval samo RSK za psihoterapijo sestavljen iz članov, ki psihoterapijo dejansko tudi izvajajo in se tudi ukvarjajo z raziskovanjem na področju psihoterapije, žal pa tak RSK za psihoterapijo še ne obstaja.

Zakon o psihoterapiji bi z uvedbo zbornice psihoterapevtov, registra psihoterapevtov in določitvijo jasnih meril za podeljevanje psihoterapevtskih licenc onemogočil in sankcioniral šarlatanstvo, ki je sedaj precej razširjeno, zagotovil jasno razlikovanje med psihoterapijo in psihosocialnim svetovanjem in omogočil veliko boljšo orientacijo za paciente in uporabnike.

Pilotni projekt uvajanja psihoterapevtov v Centre za duševno zdravje (CDZ) bi bil smiseln samo v primeru, če bi se s strani neodvisnih raziskovalcev zagotovilo istočasno preverjanje kvalitete dela vseh, ki sestavljajo interdisciplinarne time v CDZ, ne le psihoterapevtov. V Sloveniji namreč ni sistematične kontrole kvalitete storitev psihiatrov, kliničnih psihologov in drugih strokovnjakov na področju duševnega zdravja, zato nihče od njih nima pravice zahtevati preverjanja kvalitete dela psihoterapevtov, sebe pa iz tega izključiti ali se celo postavljati v vlogo edinega razsodnika.

Zakon o psihoterapiji naj temelji na vključevanju vseh potencialov, ki jih na področju duševnega zdravja v Sloveniji imamo in na sodelovanju kliničnih psihologov, psihiatrov, pedopsihiatrov, psihoterapevtov in drugih strokovnjakov. V ta namen smo pripravljani na dialog, ne sprejemamo pa vsiljevanja ozkih, preživetih in slabih rešitev, načrtnega zavračanja dialoga v delovni skupini in oviranja priprave zakona z načrtnimi javnimi pogromi nad predstavniki in člani združenj in organizacij psihoterapevtov zunaj zdravstva. Zato pozivamo psihoterapevtsko stroko v zdravstvu, da se v medijih vzdrži načrtnih napadov na predstavnike psihoterapevtske stroke zunaj zdravstva.







Irena Kosovel, Franci Gerbec, Urška Kranjc Jakša, Miran Možina<sup>1</sup>

## **Odziv na pobudo Zbornice kliničnih psihologov glede presoje etične ustreznosti implementacije psihoterapevtskega pilotnega projekta v zdravstvu in pobuda do opredelitve Komisije RS za medicinsko etiko do ravnanja Zbornice kliničnih psihologov<sup>2</sup>**

*Response to the initiative of the Chamber of Clinical Psychologists regarding the assessment of the ethical appropriateness of the implementation of the psychotherapy pilot project in health care and the initiative to take a stand of the Commission of the Republic of Slovenia on Medical Ethics regarding the conduct of the Chamber of Clinical Psychologists*

V izjavi za javnost<sup>3</sup>, ki jo je Zbornica kliničnih psihologov (ZKP) objavila 10. 3. 2023 in je bila povzeta v več medijih, smo zasledili trditev, da je ZKP na Komisijo RS za medicinsko etiko (KME) naslovila prošnjo za presojo etične ustreznosti implementacije pilotnega projekta vključevanja psihoterapevtov v Centre za

- 1 Irena Kosovel, univ. dipl. prav., psihoanalitična psihoterapevtka, predsednica Slovenskega združenja za psihoterapijo, irena.kosovel@gmail.com  
Franci Gerbec, univ. dipl. prav., podpredsednik Zveze organizacij pacientov ter uporabnikov zdravstvenih in socialno varstvenih storitev Slovenije, franci.gerbec@zveza-pacientov.si  
asist. Urška Kranjc Jakša, univ. dipl. filozofinja, zakonska in družinska terapevtka stažistka, mediatorica, predsednica Združenja zakonskih in družinskih terapevtov Slovenije, ukranjcjaksa@gmail.com  
mag. Miran Možina, dr. med. spec. psihiater in psihoterapevt, direktor ljubljanske podružnice Univerze Sigmunda Freuda, miranmozina.slo@gmail.com
- 2 Ta odziv je bil 13. 10. 2023 poslan Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko na Ministrstvu za zdravje, ki je potem prošnjo Zbornice kliničnih psihologov za presojo etičnosti zavrnilo.
- 3 <https://klinikna-psihologija.si/za-medije/>

duševno zdravje. Ob tem so tudi zatrdili, da bi bilo »tako vključevanje psihoterapevtov, ki se niso izobrazili v okviru zdravstvenega sistema, etično nesprejemljivo in strokovno neutemeljeno ter predstavljalo tveganje za osebe, ki bi sodelovale v takem eksperimentu«. Izvedbo pilotnega projekta Ministrstva za zdravje (MZ) je sicer napovedala vodja delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapiji, dr. Mojca Zvezdana Dernovšek.

Pilotni projekt, ki naj bi ga izvedlo MZ, se nam sicer ne zdi potreben, saj velja vključevanje psihoterapevtov, izobraženih na zelo podoben način, kot bi bilo verjetno predvideno v takem pilotnem projektu, kot zelo koristno za duševno zdravje v družbi in se v mnogih državah dejansko izvaja. Številne raziskave v tujini potrjujejo koristnost takšne prakse. Vseeno pa se moramo odzvati na njihovo pobudo in pojasniti nekatera dejstva. KME prosimo, da se opredeli do naslednjih točk.

1. Ocenjujemo, da ustrezne etične presoje pilotnega projekta MZ Komisija RS za medicinsko etiko niti ne more izvesti, saj sploh niso znane nikakršne podrobnosti o takem projektu, znana je le splošna namera oz. ideja v kratki izjavi medijih (v kateri sploh ni bila opredeljena točna izobrazba takšnih psihoterapevtov). Prepričani smo tudi, da je MZ zavezano etičnemu ravnanju in bi projekt bil ustrezno izveden z vidika etične sprejemljivosti.
2. Ob tem niti ne verjamemo, da bi ZKP resno mislila s pobudo za presojo projekta, ko o njem praktično skoraj ničesar ne vedo / vemo in katerega nosilec sploh ni ZKP. Ocenjujemo, da je taka poteza namenjena bolj medijskim in političnim pritiskom, kar bi lahko razumeli tudi kot zlorabo postopkov oz. v tem trenutku vsaj nepotrebno obremenjevanje KME za te namene. Predlagamo, da z jasnimi izjavami KME na neutemeljene pobude preprečuje uporabo postopkov za take namene.
3. Nadalje prosimo KME, da se opredeli tudi do (po našem mnenju) strokovno oz. etično spornih obtožb o etični nesprejemljivosti vključevanja psihoterapevtov, ki se niso izobraževali v zdravstvu, v Centre za duševno zdravje. Take izjave (po našem mnenju) delajo verjetno tudi veliko škodo sami psihoterapevtski stroki, zmanjšujejo zaupanje ljudi v psihoterapijo itn.
4. Centri za duševno zdravje že vključujejo strokovnjake, ki so se izobraževali izven zdravstvenega sistema, saj so vključeni socialni delavci in psihologi. Le ti so se izobraževali na Fakulteti za socialno delo ter na Filozofski fakulteti in ne v zdravstvu. Prav tako se na številnih drugih organizacijah na področju zdravstva zaposlujejo kadri, ki niso imeli izobraževanja na področju zdravstva (npr. pedagogi, logopedi, psihologi, socialni delavci ...). Zato samo dejstvo, da se nekdo ni izobraževal na področju zdravstva, ne more biti etično sporno le zaradi tega.

5. Če bi (neustrezno) trdili, da imajo socialni delavci, psihologi idr. zaposleni v zdravstvu, izobrazbo v zdravstvu, ker so opravili pripravništvo in strokovni izpit na področju zdravstva, to seveda ne pomeni, da ne bi mogli tudi za psihoterapevte v zdravstvu postaviti podobne ureditve. Tudi s tega vidika je očitak o neetičnem stališču vključevanja psihoterapevtov s strani ZKP nestrokoven oz. celo nelogičen.
6. Podobno kot se je na primer v seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti v nekem trenutku uvrstilo psihologa (ki sicer deluje tudi na drugih področjih, ne samo v zdravstvu), bi se lahko (če bi bila taka odločitev MZ), uvrstilo tudi psihoterapevta (ki tudi deluje lahko na drugih področjih, npr. socialnem, šolskem itd.). Taka uvrstitev pač ne more biti etično sporna samo iz tega razloga, ker ga trenutno ni na seznamu poklicev v zdravstvu, sploh ker se do sedaj področja psihoterapije niti ni urejalo in ga tako tudi ni moglo biti.
7. Tehnično gledano se tudi klinični psihologi niso izobraževali v okviru zdravstva, saj imajo izobrazbo iz psihologije, ki se izvaja izven zdravstva (na fakultetnih programih psihologije v Kopru, Ljubljani in Mariboru). Opravili so sicer 4-letno (pred zadnjo večjo prenovo 3-letno) specializacijo iz klinične psihologije (usposabljanje), vendar pa pri tem ne gre za javnoveljavno (visokošolski) izobrazbeni program. Le ta bi, če bi hotel predstavljati javno veljavno (formalno) izobrazbo na področju visokega šolstva, moral biti akreditiran pri Nacionalni agenciji za kakovost v visokem šolstvu (NAKVIS) (v skladu z Zakonom o visokem šolstvu), kjer so nam zatrdili, da ni. Prav tako po teh informacijah program specializacije ni kreditno ovrednoten, čeprav bi moral biti (glej 5. člen Pravilnika o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev<sup>4</sup>). Poleg tega se ne izvaja na akreditiranem visokošolskem zavodu. Zato bi z določitvijo, da je neetično, če so v zdravstvu zaposleni strokovnjaki, ki se niso izobrazili v okviru zdravstva, za neetično proglasili tudi zaposlitev kliničnih psihologov.
8. Sam Nacionalni program duševnega zdravja<sup>5</sup>, v okviru katerega so vzpostavljeni Centri za duševno zdravje, je izrazito medresorsko naravnano, hkrati pa je iz teksta razvidno, da jasno ločuje med psihološko, psihoterapevtsko, kliničnopsihološko in psihiatrično obravnavo oz. storitvami. Če naj bi nacionalni program duševnega zdravja povezoval strokovnjake različnih strok in resorjev, ni jasno, zakaj bi bili nekateri strokovnjaki izključeni.
9. Nadalje je pomembno, da izobraževanje iz psihoterapije ne more potekati

4 <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV4149>

5 [https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/05/Mira-resolucija-SLO\\_splet\\_2019\\_elektronska-izdaja.pdf](https://www.zadusevnozdravje.si/wp-content/uploads/2021/05/Mira-resolucija-SLO_splet_2019_elektronska-izdaja.pdf)

v okviru zdravstva (verjetno je mišljeno v okviru Medicinske fakultete oz. zdravstvenih fakultet, ki podeljujejo formalne izobrazbe), saj se glede na Uredbo o uvedbi in uporabi klasifikacijskega sistema izobraževanja in usposabljanja<sup>6</sup>, ki se v Sloveniji mora uporabljati, področje psihoterapije uvršča pod področje O313 Psihologija, le to pa pod družbene vede in izrecno ne pod medicinske (KLASIUS- opredelitev kategorij<sup>7</sup>).

10. Opozarjamo še, da Evropska komisija preko projekta ESCO (European Skills, Competences, Qualifications and Occupations europa<sup>8</sup>) za opis poklica psihoterapevt/psihoterapevska navaja: »Psihoterapevti ne potrebujejo univerzitetne izobrazbe iz psihologije ali medicine na področju psihiatrije. Gre za poklic, ki je ločen od psihologije, psihiatrije in svetovanja.«<sup>9</sup> Prav tako pa je uvrščen pod družbene vede.
11. Pridobivamo številna poročila o tem, da v praksi (pedo)psihiatri s psihoterapevti izven zdravstva (kjer sedaj delujejo) odlično sodelujejo in da psihoterapevti izven zdravstva redno dobivajo napotitve s strani (pedo)psihiatrov, v mnogih primerih temu sledi timska obravnava. »Ne-zdravstveni« psihoterapevti namreč uspešno že vrsto let delujejo izven zdravstva, npr. na področju socialnega varstva, predvsem pa samoplačniško. Če bi bilo tako delovanje psihoterapevtov izven zdravstva etično ali strokovno problematično, potem bi morala ZKP prvenstveno opozoriti na to. Očitno pa jih ta dejavnost ne moti, v kolikor ni financirana oz. se ne dogaja v okviru zdravstvenega sistema. Sama strokovnost ali etičnost delovanja pa načeloma ne more biti odvisna samo od tega, iz katerih javnih proračunskih sredstev je določena dejavnost financirana ali v okviru katerega resorja se dejavnost izvaja.
12. Nelogična je nadalje tudi navedba ZKP, ki sledi iz njihovih predlogov, da bi lahko nekateri psihoterapevti izven zdravstva lahko še nadalje opravljali svojo dejavnost, samo da bi jo bilo potrebno poimenovati psihosocialno svetovanje. Etičnost ali strokovnost nekih storitev načeloma ne more biti odvisna od njihovega poimenovanja, v kolikor ne gre za zavajanje.
13. Pri tem je pomembno, da je sodobna psihoterapija v svetu razumljena veliko širše od, zdravljenja (duševnih motenj in bolezni), kar vztrajno kot strokovno mnenje razglašajo klinični psihologi v Sloveniji (pri čemer verjetno prihaja do napak pri prevajanju angleške besede treatment, ki se razlikuje od healing, namreč medical treatment je le ena vrsta obravnave, poznamo tudi

6 <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=URED466>

7 [https://www.stat.si/doc/klasif/klasius\\_opisi.pdf](https://www.stat.si/doc/klasif/klasius_opisi.pdf)

8 <https://esco.ec.europa.eu/en>

9 [https://esco.ec.europa.eu/en/classification/occupation\\_main](https://esco.ec.europa.eu/en/classification/occupation_main)

- npr. psychological treatment<sup>10</sup>, beauty treatment<sup>11</sup>, fabric treatment<sup>12</sup> itn.), čeprav so bili že večkrat opozorjeni na nestrokovnost (ali vsaj pristranskost in necelovitost) takega strokovnega zatrjevanja, to še naprej ponavljajo.
14. Opredelitev psihoterapije mnogo širše kot zdravljenje duševnih bolezni in motenj s psihološkimi sredstvi najdemo tako pri opredelitvi psihoterapije s strani Evropske zveze psiholoških društev, torej njihove stanovske organizacije; Ameriške psihološke zveze APA, Evropske zveze psiholoških društev – oddelek za preventivo in intervencije; Ameriške psihiatrične zveze; Evropske zveze za psihoterapijo<sup>13</sup>, ter številnih drugih. Praktično najdemo ožjo definicijo le še v kakšnem Slovarju slovenskega knjižnega jezika, ki pa tudi po zatrjevanju najpomembnejših strokovnjakov zanj ne more biti uporabljen kot strokovna referenca.
  15. Klinični psihologi svoje nasprotovanje (in očitanja neetičnosti oz. nestrokovnosti) uporabi poimenovanja psihoterapije tudi za dejavnost izven zdravstva (za katero predlagajo imenovanje psihosocialno svetovanje) utemeljujejo tudi z razlogom, da ne bi prihajalo do zmede pri uporabnikih. Če opredelimo psihoterapijo zaradi strokovnega mnenja slovenskih kliničnih psihologov drugače, kot se jo razume praktično v večini evropskih držav in najpomembnejših strokovnih organizacij, bo seveda tudi zaradi tega prihajalo do številne zmede pri uporabnikih, da ne govorimo o zmede pri evropskih združenjih in vključevanju slovenskih organizacij v njih.
  16. Zaradi takega strokovnega mnenja slovenskih kliničnih psihologov, ki so ga sicer izrazili pred kratkim, bi se potem morale številne psihoterapevtske organizacije (npr. Slovenska krovna zveza za psihoterapijo), očitno preimenovali v psihosocialno svetovalne organizacije, kar bi verjetno povzročalo še dodatno zmedo.
  17. Zaradi akreditiranih programov in že podeljenih javnoveljavnih naslovov s področja psihoterapije (npr. specialist zakonske in družinske terapije), po Zakonu o visokem šolstvu pa tudi npr. habilitacijskih področij, bi bila njihova prepoved uporabe in preimenovanje celo v nasprotju z zakonom in pravnih redom.

10 <https://div12.org/treatments/>

11 <https://stylecaster.com/beauty/skin-care/430927/beauty-treatments/>

12 <https://www.newtex.com/npm/fabrics/coating-options/fabric-treatments>

13 <https://www.efpa.eu/efpa-statement-psychologists-practicing-psychotherapy>

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

[http://www.rjcbth.ro/image/data/v4-i34/V4I3-4\\_Editorial\\_RJCBTH\\_2017.pdf](http://www.rjcbth.ro/image/data/v4-i34/V4I3-4_Editorial_RJCBTH_2017.pdf)

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

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

18. Kar se tiče ocene ZKP, da so psihoterapevti, ki so se za psihoterapijo izobraževali zunaj zdravstvenega sistema (torej verjetno mišljeno vsi, ki niso klinični psihologi in psihiatri), nestrokovni in bi bilo njihovo vključevanje zaradi tega neetično, je potrebno poudariti naslednja dejstva:
- ZKP se pri oceni strokovnosti, ki naj bi bil razlog neetičnosti zgoraj opisanega vključevanja, nahaja v izraziti situaciji konflikta interesov, saj ocenjuje strokovnost psihoterapevtov izven zdravstva v primerjavi s samim sabo oz. s kliničnimi psihologi, ki jih zastopa. Že po statutu se namreč ZKP zavzema za poklicne interese kliničnih psihologov, kar jo seveda dela pri tem pristransko. Kaj je ustrezna strokovna izobrazba, torej ne morejo odločati oni, saj presojuje tako sami sebe.
  - Za akreditacijo, ustreznost in kakovost izobraževalnih programov (tudi ciljev, kompetenc, didaktičnih načinov ...) v Sloveniji skrbi NAKVIS, ki vključuje tudi mednarodne strokovnjake. Ob tem poudarjamo, da obstajajo akreditirani in javnoveljavni izobraževalni programi na področju psihoterapije, ki jih spremlja, ocenjuje in potrjuje njihovo ustreznost NAKVIS, zato nasprotna mnenja, ki jih zagovarja in v javnosti razširja ZKP, niso ustrezna oz. so pristranska in zavajajoča.
  - Zbornica kliničnih psihologov je kljub besedi »zbornica« v imenu pravno organizacijsko zasebno društvo, ki nima javnih pooblastil.
  - Za tako grobo razlikovanje oz. po našem mnenju diskriminacijo med ne-medicinskimi in medicinskimi psihoterapevti, kot jo predlagajo, bi morali po našem mnenju predstaviti jasne in očitne (npr. znanstveno-raziskovalne) dokaze za svoje strokovno mnenje, ne pa le nekih bolj abstraktnih zatrjevanj v smislu, da je neko mnenje strokovno, ker oni kot strokovni organ tako menijo ali ker so našli določeno nestrokovno ali neetično vedenje pri določenem psihoterapevtu.
  - Obstaja namreč dokaj velik konsenz v znanstveno-raziskovalni srenji na področju psihoterapije, da med psihoterapevti različnih predhodnih izobrazb (npr. psihiatri, socialni delavci, psihologi, svetovalci, družinski terapevti ...) v učinkovitosti ni pomembnih razlik, saj so veliko bolj pomembne druge značilnosti psihoterapevtov (npr. sposobnost empatije, ustvarjanja odnosa, kongruentnost, sprejemanje povratnih informacij, profesionalna ponižnost ...). Kot dokaze za take trditve sodobni pregledi raziskovanja<sup>14</sup> navajajo pomembne znanstvene raziskave, tudi s po več

14 Npr. Barkham, M., Lutz, W., & Castonguay, L. G. (Eds.). (2021). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed.). John Wiley & Sons, Inc. Str. 313.

- tidoš udeleženci.<sup>15</sup> Raziskav, ki bi dokazovale nasprotno, ali pregledov raziskav, ki bi trdili nasprotno, nismo našli.
- f. Tudi med zdravniki in kliničnimi psihologi s psihoterapevtsko izobrazbo najdemo take, ki sami ali v timih ponujajo storitve, kot so bioresonanca, ayurveda, joga, shakti ples, evolutivna naturopatija, oligoterapija, diatezna fitoterapija, BioPsicoQuantistica, masaže, limfna drenaža, Bownova terapija, kovčing, kozmetika, ličenje idr. V kolikor bi psihoterapijo ustrezno regulirali, za kar si prizadevamo, bi tudi neetična in strokovna ravnanja psihoterapevtov ustrezno sankcionirali.
- g. Trditve ZKP o neustrezni strokovni izobrazbi ne-medicinskih psihoterapevtov so še toliko bolj problematične zaradi obsega in načina izobraževanja s področja psihoterapije, ki je zahtevano za dokončanje specializacije iz klinične psihologije (glej 10. člen Odredbe o programu specializacije iz klinične psihologije<sup>16</sup>). 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 petih 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 kreditnih točk oz. ECTS (izvaja se ob vikendih v živo ali preko zooma), za vedenjsko kognitivno terapijo 492 ur (vendar je v teh urah šteto 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 ne-medicinskih psihoterapevtov – npr. vsaj 4 leta izobraževanja, vsaj 120 kreditnih točk ali ECTS.
- h. Glede na bistvene razlike v izobrazbi specifično s področja psihoterapije (npr. 8,16 kreditnih točk proti 120 kreditnih točk), bi lahko kvečjemu izvajanje psihoterapije s strani tako izobraženih kliničnih psihologov imeli za etično ali strokovno problematično.

15 Npr. 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*, 52(3), 337–345. <https://doi.org/10.1037/pst0000015>;

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating therapist variability: 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>;

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>.

16 <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ODRE2231>

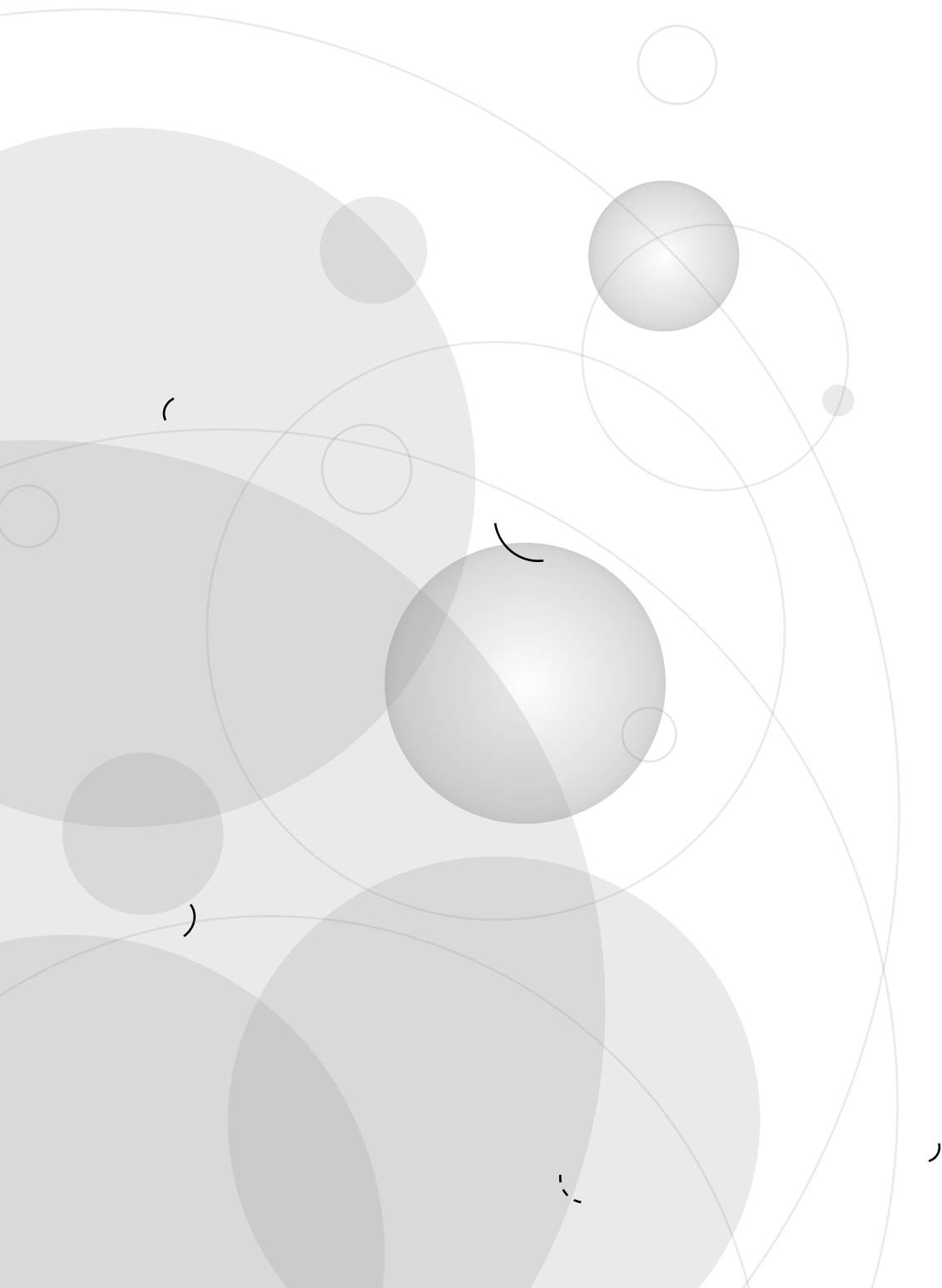
- i. Poleg tega običajno v te programe niso vključeni vsi elementi – npr. osebna terapevtska izkušnja (oz. je vključena minimalno), ki se povečini smatra za potrebno za izobraževanje iz psihoterapije.
  - j. Izobraževanje, ki ga priznava ZKP v okviru specializacije po psihoterapevtskih smereh, se izvaja samo na izbranih, večinoma zasebnih, organizacijah (dve od teh sta gospodarski družbi, dve sta močno povezani z vidno članico ZKP). Vse organizacije pa seveda zahtevajo za svoje izobraževanje plačilo, ki je tako potrebno za dokončanje specializacije iz klinične psihologije.
  - k. Poleg tega je potrebno znanje s področja psihoterapije postalo tako obširno, da ga je po našem mnenju strokovno problematično skrbiti in izobraževati za psihoterapijo v programih, ki imajo drug fokus (npr. kliničnopsihološki).
  - l. KME nadalje prosimo, da presodi, ali gre pri pobudah in stališčih ZKP res za etično skrb za uporabnika (ki danes zaradi dolgih čakalnih vrst praktično ne dobi ustrezno hitre in kakovostne obravnave v smislu psihoterapije), ali pa gre bolj za željo po monopolizaciji, neupravičeni restrikciji in diskriminaciji ter ohranjanju finančnih ugodnosti ter struktur družbene in politične moči pod krinko skrbi za etično obravnavo.
19. Menimo, da je sporno in etično lahko problematično tudi izključevanje večjega dela stroke in razглаševanje sebe za edino vredne nastopati v strokovni vlogi, kot je razvidno iz namere ZPK. Še posebej, ker mnogi predstavniki in učitelji ne-medicinskih psihoterapevtov glede na kriterij strokovnosti, v smislu objave znanstvenih in strokovnih člankov s področja psihoterapije, močno presegajo nekatere predstavnike ZKP.
20. Prosimo za presojo zgoraj opisanih stališč in namer ZKP. Še posebej se nam zdi etična presoja pomembna zaradi nekaterih eksplicitnih poudarkov členov Kodeksa poklicne etike psihologov Društva psihologov Slovenije<sup>17</sup>, ki so mu tudi klinični psihologi zavezani (npr. 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. 1.8. Psiholog zavrne sodelovanje v postopkih, ki kršijo pravne in moralne pravice drugih ljudi. 1.22. Psiholog enakopravno in enakovredno obravnava vse ljudi, ne glede na raso, narodnost, spol, vero, politično pripadnost, spolno usmerjenost ali druge osebne okoliščine. Ne dopušča, ne opravičuje, ne prikriva, ne olajšuje in ne sodeluje pri nobeni diskriminaciji. 4.5 Psiholog predstavi svojo strokovno usposobljenost, izkušnje in pristojnosti obravnavancem, sodelavcem, kolegom psihologom in širši javnosti objektivno in pošteno. 4.12.



Psiholog ima do javnosti aktiven odnos in stremi za tem, da je javnost *objektivno* obveščena o prispevkih psiholoških spoznanj za razvoj posameznika in družbe.

Prosimo, da KME skrbno preuči navedene dileme. V kolikor so vam za preučitev potrebne še kakšne informacije, smo vam na voljo, pripravljeni smo priti tudi na sejo in v živo pojasniti svoje poglede.

Zahvaljujemo se vam za sodelovanje in želimo vse dobro.



Anja Koželj

## **Iniciativa za zdrave odnose v šolah<sup>1</sup>: Odprto pismo ministrici za zdravje dr. Valentini Prevolnik Rupel, ministru za vzgojo in izobraževanje dr. Darju Feldi in ministru za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti Luki Mescu<sup>2</sup>**

*Healthy school relationships initiative:  
Open letter to the minister of health, Dr Valentina Prevolnik  
Rupel, the minister of education, Dr Darjo Felda, and  
the minister of labour, family, social affairs and equal  
opportunities, Mr Luka Mesec*

Spoštovana ministrica, spoštovana ministra,

spodaj podpisani posamezni 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 okrepitevi 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

- 
- 1 Iniciativa predstavnikov ravnateljev, učiteljev, svetovalnih delavcev in drugih zaposlenih v osnovni šoli, katere vodja je Anja Koželj, učiteljica na Osnovni šoli Jakoba Aljaža v Kranju, anja.kozelj.os@gmail.com
  - 2 Odprto pismo, ki ga je napisala Anja Koželj, je podpisalo okoli 950 zaposlenih samo v osnovnošolskem prostoru, podporo pa so že izkazali tudi v vrtcih in srednjih šolah. 27. 10. 2023 je bilo poslano trem ministrom.

simptomom ne poiščejo strokovne obravnave in je tudi ne prejmejo. 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.

Ker spremembe v družinskih odnosih neposredno narekujejo odnose, ki jih otroci in mladostniki vzpostavljajo v širšem družbenem okolju, to močno občutimo tudi v šolah. Še pred desetletjem se je učitelj ukvarjal predvsem s snovanjem zanimivih učnih vsebin ter je bil kot avtoriteta in pomembna odrasla oseba v življenjih otrok deležen spoštovanja pri starših, danes pa pogosto ni več tako. V šolah strmo naraščajo krute oblike medvrstniškega nasilja, opažamo drastično pomanjkanje empatije, velik upad koncentracije, ki močno vpliva na učne sposobnosti otrok, nezmožnost oblikovanja zdrave samopodobe in mnoge druge kazalnike družbene patologije. 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 pojasnujemo 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.

Ker spremljamo celotne generacije otrok in trend ne nakazuje izboljšanja, čutimo vse večjo odgovornost, da o naši nemoči spregovorimo. Težko je prenašati nespoštovanje našega dela in dvom o naših strokovnih presojah v laični javnosti. Težko je doživljati nemoč ob pomanjkanju specifičnega strokovnega znanja, da bi ustrezno podprli vse otroke in mladostnike, ki nas potrebujejo. Težko nam je v primerih, ko je nasilja s strani učencev in staršev deležen sodelavec, a mu, z več kot le nekaj tolažilnimi besedami, ne zmoremo stati ob strani.

Sporočamo, da učitelji, svetovalni delavci, ravnateljji 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

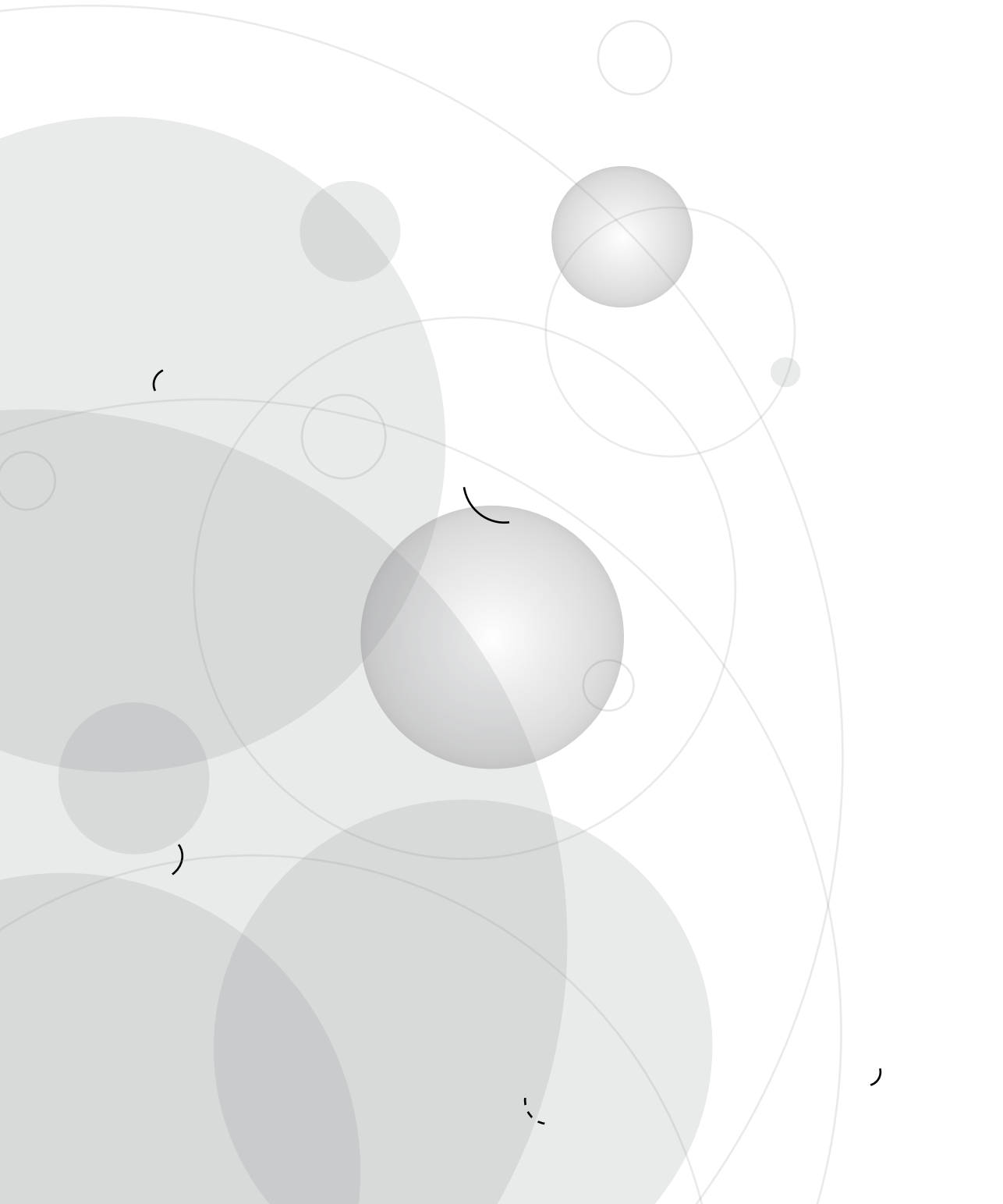
bila njihova podpora za ohranjanje duševnega zdravja zaposlenih ob kritičnih situacijah neprecenljiva.

Boleče je zavedanje ignoriranja dejstva, da postajajo razmere v našem delovnem okolju nevzdržne in da o tem nazorno govori število bolniško odsotnih in adrenalno izgorelih zaposlenih. Mnogi zapuščajo javno šolstvo, nadomešča pa jih nekvalificiran kader z nepoznavanjem razvojne psihologije in didaktičnih pristopov. Vpis na fakultete pedagoških smeri pomenljivo upada, prosta mesta se ne zapolnijo niti v drugem prijavnem roku. Dejstvo je, da zanimanja za delo v razmerah, o katerih beremo tudi v medijih, žal ni.

Dogodek v kranjski osnovni šoli, o katerem so nedavno poročali mediji, je sprožil odziv javnosti s številnimi mnenji, kar nas je dodatno pretreslo. Lahko bi se namreč zgodil v kateri koli šoli. Sprašujemo se, do katere mere naj bo učitelj zmožen prenašati pritiske staršev in provokativen, nespoštljiv odnos učencev ter kako naj ob tem ohranja odgovornost do svojega zdravja. Je v primeru razvoja anksioznosti, depresije ali zmanjšane zmožnosti obvladovanja odzivov upravičen do bolniške odsotnosti? Naj sam išče mejo, do katere je zmožen z odgovornim odnosom do sebe in drugih na delovnem mestu še opravljati svoje delo? Menimo, da je ta meja zelo tanka in težko določljiva. S tem ko je v šolah vse manj strokovno izobraženih učiteljev, si upamo trditi, da bo tovrstnih situacij še več, saj se marsikdo, ki pride na delovno mesto učitelja z drugih področij dela, ne zaveda polne odgovornosti, ki jo s svojo prisotnostjo prinaša v šolski prostor.

Kako bo v šolah, ko v njih skorajda ne bo več učiteljev z ustrezno izobrazbo, in kaj to pomeni za javno šolstvo, sta skrb vzbujajoči vprašanji, ki ju moramo začeti reševati zdaj. V kakšne odrasle osebe bodo zrasli naši otroci in s kakšnim znanjem bodo opremljeni, ko bodo nekoč soustvarjali svet prihodnosti, bi morala biti primarna kolektivna skrb. To je splošna problematika, ki nemudoma zahteva sistemske rešitve na državni ravni.

Za konec želimo podati še zavedanje, da učiteljskega poklica ne bodo rešile le višje plače, temveč tudi in predvsem ustrezna podpora na delovnem mestu, ponovno vzpostavljanje varnega in zdravega delovnega okolja ter povrnitev zaupanja v strokovnost in pozabljene vrednote. Zavzemanje za telesno in mentalno zdravo družbo bi moralo biti prioriteta nas vseh, ki nam je zaupano delo z otroki in mladostniki ter zanje.



Neposvečeni sladoledar<sup>1</sup>

## Sladoledarska štorija

### *Ice cream story*

V lepi deželici za devetimi gorami in devetimi vodami vre. Mnogim njenim prebivalcem zelo prija sladoled in hvaležno ga ližejo, a se je v zadnjem času pojavil legalističen zaplet pri dobavi. Nekateri pripadniki določenih sladoledarskih cehov (recimo jim Posvečeni) so mnenja, da le v njihovem cehu znajo izdelovati pravi sladoled, in bi radi dosegli prepoved sladoledarske dejavnosti za ostale ponudnike (tem recimo Neposvečeni). S tem bi v deželi dosegli prikladen monopol nad sladoledarskim poslom.

Situacija je zapletena. Posvečene finančno in moralno podpira deželna oblast. Zato imajo velike sladoledarne v mestnih središčih, izobraževanje njihovih sladoledarjev finančno podpira država, ljudje pa lahko tam sladoled dobijo brezplačno.

Sliši se bajno – vendar žal ni tako. Pred državnimi sladoledarnami Posvečenih se namreč vijejo dolge vrste čakajočih strank, na voljo pa sta le dva okusa – vanilija in čokolada. O številu kepic, ki jih dobi stranka, odloči sladoledar. Postrežejo pa samo tiste, ki izkažejo dovolj veliko željo po sladoledu. Marsikatero stranko v teh sladoledarnah navdaja občutek hladne, industrijske atmosfere (pri čemer hlad ni omejen zgolj na sladoledno omaro). Nekatero stranke dobijo neprijeten vtis, da bi morale biti osebju hvaležne, da sploh dobijo kaj sladoleda. Vsled vsega tega se marsikdo, kljub svoji koprneči želji po sladki osvežitvi v poletni vročini, sladoledu raje odpove. In potem morda zavije v bife.

Ali pa na sladoled k Neposvečenim. Tam je stvar drugačna. Treba je sicer imeti denar, kepace so v glavnem samoplačniške in cenovno niso vsakomur dostopne. Čeprav se lahko sam odločiš, koliko si jih boš naročil. Na voljo pa so številni okusi – poleg že omenjene klasične dvojice sta jagoda in borovnica šele začetek, tu so potem še mango, ananas, pa punč in piškotek, pa brezglutozni in brezglutenski sladoled, ... Izbira je prav pestra, vsakdo lahko najde sebi primeren okus. Ali sladoledarnico, ki mu ustreza. Ponavadi gre za majhne, toda okusno urejene sladolednice z vzdušjem topline. Tam ti lahko odleže že zgolj odnosa, ki ga ima osebe do tebe; počutiš se precej cenjenega in upoštevanega in da se

1 Opomba uredništva: Avtor tega prispevka je hotel ostati anonimen pod psevdonimom Neposvečeni sladoledar. Pišete mu lahko na naslov [sladoledar@neposvečeni.si](mailto:sladoledar@neposvečeni.si)

osebje zares zavzame zate in da zanje nisi „le številka“. Nekateri sladoledarski mojstri celo sestavijo unikatno sladoledno simfonijo posebej za vsako stranko. Čeprav so tudi v velikih sladoledarnah Posvečenih zavzeti in srčni sladoledarji, stranke pravijo, da je odvisno, kako naletiš.

Tudi male sladolednice so sicer podvržene svoji lastni vrsti težav. Ponekod te privabijo živobarvni okusi ali njihova vabljava imena, a se izkaže, da je sladoled voden, umetnega ali celo prav trpkega okusa (čeprav tudi v sladoledarnah Posvečenih še zdaleč ni vselej brezhiben). Lahko naletiš na sladolednico, ki ima vrtoglave cene, čeprav ni nič posebnega. Ali na ponudnika, ki premalo pazi na higieno in tvegaš salmonelo ... Pomisliš, da bi bilo dobro, če bi oblast bolj regulirala raznoliko paleto sladolednic in sladoledarn. Saj si vendar vsak človek zasluži dostojen sladoled, vsaj takrat, ko je zares močna pripeka!

Prav za to gre, pravijo Posvečeni. Treba je ustrezno regulirati sladoledarsko panogo, v korist ljudstva in za njegovo dobrobit! Neposvečeni se počutijo, da so po krivici odrinjeni, zapostavljeni in neupoštevani. Že prej nismo imeli enakih možnosti, pravijo, sedaj pa naj bi nas kar odrezali? Veliko je prerekanja in nezadovoljstva na obeh straneh.

Poznavalci, prav tako na obeh straneh, pa se sprašujejo: Če hočemo regulirati sladoledno panogo, ali se ne bi bilo treba usmeriti na stvari, ki so pri sladoledu resnično pomembne? Torej na okus, teksturo, zdrave sestavine, higienski minimum pri pripravi in postrežbi ter podobno. Ali ne bi bilo modro čim bolj upoštevati dognanj, o katerih pišejo v *Analih sladoledarstva*, *Mojstrskem sladoledarju*, *Sladoledni harmoniji* in drugem strokovnem sladoledarskem tisku? Zdi se, da si mnogi sladoledarji (tudi kdo izmed bolj glasnih) s temi dognanji še zdaleč niso na ti. In ali ne bi bilo v vsej regulativni vnemi smiselno večkrat pokukati izza plank male deželice in se vsaj temeljito seznaniti s priporočili *Mednarodne sladoledarske zveze* ter s stališči drugih inozemskih združenj?

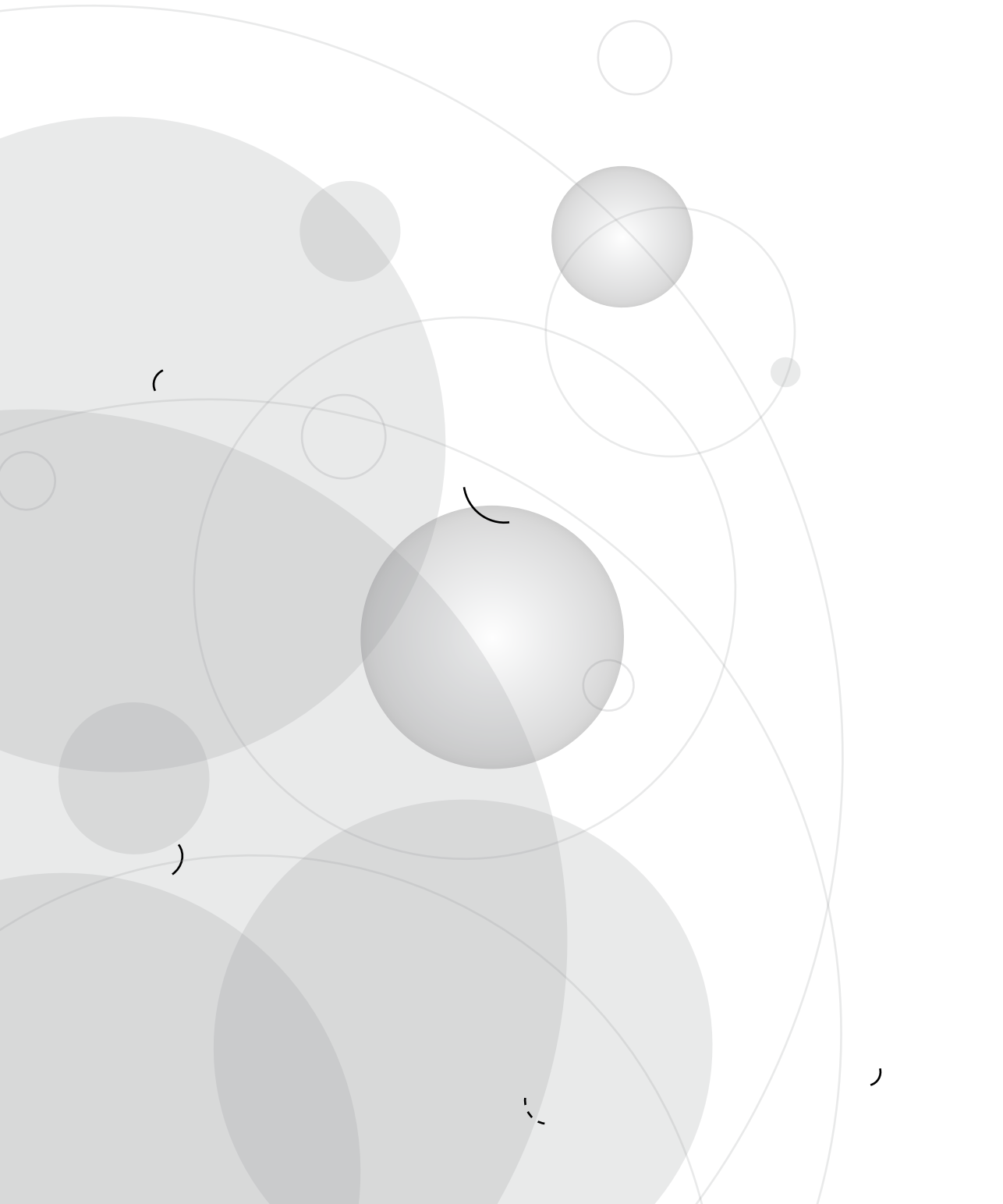
Vztrajno ponavljanje Posvečenih, da znajo le pripadniki njihovega ceha delati sladoled, vsi ostali sladoledarji pa ne, daje bolj vtis trme in nepotrebne togosti kakor prepričljivosti. Ob tem, da se celo marsikdo izmed njih hodi učiti sladoledarske umetnosti k Neposvečenim, saj si želi obogatiti svoj mojstrski repertoar z dodatnimi sestavinami ali okusi (svojih skokov čez planke seveda ne obeša na veliki zvon). Poznavalci tudi ne morejo razumeti, čemu (vsaj uradno) vztrajanje nekaterih Posvečenih pri le dveh ali treh okusih sladoleda v času, ko jih je v stroki uveljavljenih in pri strankah dobro sprejetih že cela paleta, da njihovih medsebojnih kombinacij niti ne omenjamo. Čemu takšna silna previdnost in konzervativnost? Gre resnično samo za domnevne koristi strank ali nemara še bolj za cehovske privilegije, cehovski ljubosumnost in zavist? Morda za nepripravljenost na dialog ali za izključevalnost? Občutek večvrednosti?



Kdaj bo prikupna žepna deželica dočakala dan, ko bo lahko vsak državljan šel po svoji svobodni izbiri in pod enakimi pogoji na sladoled v katero koli sladolednico, brez strahu, da bi mu postregli slab ali celo pokvarjen sladoled? Kdaj bo konec gonje za sladoledarski apartheid in cehovskih bitk in bodo vsi sladoledarji končno združili svoje moči v prizadevanju, da skupaj ustvarijo zares dober sladoled, v splošno zadovoljstvo in srečo prebivalcev svoje lepe deželice? Bo oblast v deželici dovolj modra, da se bo uspela izogniti naivnosti in ozkosti in ne bo pritegnila zgolj parcialnim cehovskim interesom Posvečenih? Bo znala delovati v resnično zaščito strank sladoledarjev namesto v zaščito privilegijev nekaterih cehov? Bo kdaj celo napočil dan, ko bodo vsi sladoledarji za enako kakovostno delo enako podprti iz javne deželne blagajne?

Vse to bo pokazal čas. Do takrat pa imajo prizadeti vsekakor možnost, da se vsaj potolažijo z raznolikimi okusi kakovostnega sladoleda.

*Opomba:* Vsakršna podobnost med zgornjo štorijo in čimer ali komer koli drugim v Univerzumu je seveda zgolj naključna.



Albert Mrgole, Nika Vistoropski<sup>1</sup>

## **Vse se začne v odnosu med staršem in otrokom: Intervju z dr. Albertom Mrgoletom<sup>2</sup>**

*It all starts in the relationship between parent and child: Interview with Dr. Albert Mrgole*

Dr. Albert Mrgole, psiholog in psihoterapevt, s soprogo Leonido soavtor uspešnice *Izštekani najstniki in starši, ki štekajo*, v tandemu uspešno vodi zavod Vezal, kjer je oblikovanje odnosov mogoče razumeti kot umetnost. Prepričan je, da dobrega psihoterapevta odlikujeta sposobnost empatije in samorefleksije. Kot morajo starši pri vzgoji otrok zapustiti svoj ego in se osredotočiti na otrokovo blaginjo, se uglasiti z otrokovimi razvojnimi potrebami in se odzvati nanje mimo svojih fantazij ali pričakovanj, bi bil tudi na področju razvoja slovenske psihoterapije že skrajni čas, je prepričan, da bi analizirali stanje, izluščili, kaj je kakovostno, kaj deluje, in se nehali oklepiti pozicij moči.

1. **Čeprav sem nekdaj mislila, da imamo pri reguliranju psihoterapevtske obravnave problem le v tem, kako omejiti delo šarlatanom z »vikend diplomami«, se lomijo kopja povsem drugje. Posamezniki, ki zagovarjajo t. i. medicinski model – psihoterapijo kot metodo v zdravstvu smejo uporabljati le klinični psihologi in psihiatri –, vihajo nos nad onimi, ki trdijo, da je psihoterapija samostojna znanstvena disciplina. Namesto da bi uvedli poklic psihoterapevta, zdaj namreč poznamo samo registrirano dejavnost, poskuša medicinski del diskvalificirati posameznike, ki delujejo na področju psihoterapije zunaj zdravstvenega sistema oziroma predstavljajo izobraževalne ustanove, ki izvajajo akademske programe izobraževanja iz psihoterapije. Kakšna pa je bila vaša pot, da ste postali psihoterapevt?**

1 dr. Albert Mrgole, univ. dipl. psiholog in psihoterapevt, Zavod Vezal, albert.mrgole@vezal.si  
Nika Vistoropski, nika.vistoropski@delo.si

2 Intervju je bil objavljen v reviji Ona, 17.10.2023, str. 6-9.

Psihoterapija je stroka z jasno definiranim področjem. Vključuje uporabo znanstveno pridobljene vednosti, je torej veda, ki temelji na določenih teoretičnih znanjih, je pa tudi stroka, ki zahteva praktično uporabo znanja. Postati in biti psihoterapevt zato zahteva tudi učenje pod supervizijo in poglobljeno osebno izkušnjo v vlogi klienta. Tudi delovati kot psihoterapevt terja nenehno refleksijo svojega dela, kar je mogoče s pomočjo supervizije. Če se ozrem na začetek svoje poti k psihoterapiji, opazim, da so me k njej usmerjali številni notranji vzgibi. Končal sem srednjo gradbeno in glasbeno šolo. Tuhtal sem, ali bi se vpisal na arhitekturo ali se vrgel v umetnost. No, pristal sem na psihologiji, moja prva služba pa je bila v vzgojnem zavodu. Ker sem vseskozi poskušal reflektirati svoj odnos do institucionalnega sistema, sem se znašel na sociologiji kulture, kjer sem doktoriral.

Iz akademskega polja me je pot vodila v polje neformalnega izobraževanja. Zasnoval sem program Projektno učenje mlajših odraslih in se srečeval s številnimi mladimi, ki so izgubili upanje o svoji prihodnosti. Mnogo noči sem prebedel med tuhtanjem, kako jim pomagati. Bil sem tudi svetovalni delavec na šoli in vse bolj čutil, da moram tem mladim pomagati bolj aktivno. Vpisal sem se na specializacijo iz sistemske družinske terapije v okviru Medicinske fakultete v Ljubljani. Nekaj časa po pridobitvi certifikata sem jo izvajal v šolskem prostoru, potem pa prestopil v zasebno prakso, kjer sem končno našel svoj pristan. Ta klic je bil v meni sicer že zelo dolgo, a sem se mu odzval razmeroma pozno. Delo v vzgojnem zavodu me je močno zaznamovalo. Gledal sem te zlorabljene otroke, ki živijo povsem brez zaščite, in iskal načine, kako bi jim pomagal vzpostaviti boljše možnosti za življenje. Zato sem se tudi znašel v partnerski in družinski terapiji, saj se vse začne prav tam, v odnosu med staršem in otrokom. Moram pa pripomniti, da se ves čas redno izobražujem, sledim novostim in sem v supervizijskem procesu.

2. **Pogost očitek t. i. medicinskega dela akademskim programom psihoterapije je, da njihovi študenti nimajo dovolj izkušenj. Kar je precej nenavadno. Študenti psihoterapije na SFU Ljubljana morajo na primer že med študijem opraviti 755 ur psihosocialne prakse, prakso v psihoterapevtski ambulanti in v psihiatričnih ustanovah ali ambulantah. Tudi ko študent že lahko začne delati s klienti in zbere najmanj 630 ur klinične prakse, ima na vsake štiri terapevtske ure eno uro supervizije. Vzporedno z vsem tem obiskuje učnega terapevta, kjer mora opraviti najmanj 250 ur, reciva temu, poglobljenega samoraziskovanja. Kje je torej v resnici problem?**

Iskreno povedano, tudi mene zanima, saj navedene ure ustrezajo evropskim standardom. Ljudje, ki so pred 20 leti poskušali definirati psihoterapevtsko polje, so se razšli in ostali na dveh bregovih. Eni so bili izključeni, ker niso dosegali takratnih standardov, drugim ni uspelo vzpostaviti delujoče skupnosti. Po 20 letih se je stanje bistveno spremenilo in bil bi čas, da bi v stroki najprej pregledali in analizirali stanje in izluščili, kaj je uporabnega, kaj je kakovostno, kaj deluje, kje so dobri potenciali, in to definirali kot izhodiščni okvir. V tem času je izredno napredovala tako teorija kot njena aplikacija, kar so integrirale večinoma vse prakse. Izključevanje in iskanje napak nikakor ni dobra popotnica za definiranje okvirov, ki bi bili v dobro uporabnikom. Je pa morda simptomatično, da govor poteka pod žarometi medijev, saj se lahko iz njegovega načina vprašamo, ali gre za preusmerjanje pozornosti, prikrivanje in mnogo neizrečenega.

- 3. Centri za duševno zdravje ponujajo hitro in učinkovito pomoč brez čakalnih vrst, beremo. Sliši se odlično. A ko v center pride po pomoč človek v stiski in si želi tudi daljše psihoterapevtske obravnave, je verjetnost, da jo bo dobil, enaka zadetku na lotu. Tamkajšnje sestre in socialni delavci ponudijo t. i. razbremenilne pogovore, po katerih lahko »presodijo«, ali oseba potrebuje psihiatrično obravnavo ali ne. Kdo je potem tisti, ki na dolgi rok dela s človekom v stiski, s človekom, ki si želi kaj več kot zgolj farmakološko pomoč? Vemo, da se psihiater z bolnikom v najboljšem primeru sreča enkrat na mesec, pogovor pa le izjemoma traja več kot deset minut. Bodo taisti strokovnjaki ljudi, ki se v centre zatečejo po pomoč, tako samo odvedli v svoje zasebne prakse zunaj centrov? Psihoterapija v centrih bi namreč pomenila, da jo je mogoče dobiti tudi zastoj. Smo že pri klasičnem problemu, kdo ima dostop do javnega denarja?**

Ne delam v javnem zdravstvu, nisem član združenj in mi tudi ustreza, da na vse gledam z nevtralne distance. So pa nekatera dejstva ali neskladna ali pa protislovnost. V multidisciplinarnih timih centrov za duševno zdravje že od začetka ni prostora za psihoterapevtov prispevek. Hkrati beremo o primanjkljaju kadra, ki ga bo treba izobraziti. To navaja k sklepu po dominaciji medicinskega modela izobraževanja, ki je v jedru oblikovanja sistema javnega zdravstva. V izpeljavi gre seveda za vprašanje oziroma interes, kdo bo imel dostop do uporabe sredstev iz javnih virov. Zaradi mnogo neizrečenega ali zamolčanega lahko le špekuliramo o mogočih motivih.

Centri za mentalno zdravje so v jedru dobra zamisel. Če bi na njihovo delovanje zmogli pogledati z vidika učinkovitega sodelovanja med različnimi strokami, bi verjetno zlahka našli skupne imenovalce, pokrili področja, kjer je vsak lahko

najboljši, in delovali v smeri zagotavljanja kakovostnih storitev za vse uporabnike. Posamezne stroke se v delovanju prekrivajo, določeno simptomatiko lahko obravnavamo z združenimi močmi. Močno upam, da bo stroki uspelo ujeti tak razvojni val. Sam imam namreč kar nekaj lepih izkušenj sodelovanja. Pred časom sem v psihoterapevtskem procesu obravnaval samomorilno dekle. Hodila je prav tako k psihiatru, ki je podpiral dejstvo, da išče pomoč tudi pri meni. Psihoterapevt in psihiater sva sodelovala v korist otroku, podpirala drug drugega tudi v odsotnosti. Če je naš fokus v tem, da pomagamo, je sodelovanje naravno in preprosto.

**4. Delujete tudi kot supervizor bodočim psihoterapevtom. Čeprav obstajajo jasne smernice kakovostnega psihoterapevtskega dela, se mi zdi, da se z leti oblikuje tudi občutek, kdo ima, morda začetnim zagatam navkljub, tisto bistveno, kar odlikuje res dobrega terapevta. Se motim?**

Niti ne. Ko opazujem delo mlajših kolegov, se usmerjam tudi v njihov potencial. Zavedam pa se, da sem tudi sam na začetku naredil kar nekaj napak. In ključno je bilo, da sem imel ob sebi učitelje, ki so verjeli vame, me usmerjali in v meni prebujali moje potenciale. Zgodilo pa se mi je že, da sem izrazil dvom o posameznikovi prihodnosti na področju psihoterapije, saj v njem nisem prepoznal zadostne samorefleksije. Če delaš kot psihoterapevt, moraš biti namreč vseskozi sposoben presoјati svoje delo, se iz napak učiti, rasti. Kot supervizor v bodočih psihoterapevtih poleg strokovnih veščin iščem vrline človečnosti, sočutja, »dokaz«, da psihoterapije ne izvajamo, da bi polnili svoj ego, temveč predvsem zato, ker smo v službi pomagati drugemu. Bistvo psihoterapije je namreč varen odnos. Klienti, ki prihajajo k meni, najpogosteje rečejo, da so me poklicali zato, ker so slišali od prijatelja, znanca, da sem mu pomagal. To ne pomeni veliko le meni, govori namreč tudi o tem, da je moje delo kakovostno. Zavzemam se za stik, ki je predvsem človeški. To je tudi po raziskavah med bolj odločilnimi dejavniki uspešnega izida.

Vedeti moramo, da formiranje psihoterapevta kot obrtnika poteka v kontekstu hierarhičnih razmerij. Najprej v izobraževalnem procesu vednost in veščine podajajo izkušeni, s pozicije nekoga, ki ve (več in bolje od učečih se). Na področju uvajanja kandidatov v prakso jih spremljajo supervizorji. Že sam naziv, ki ga niti ne moremo ustrezno prevesti v slovenščino, implicira pogled od zgoraj, poleg mentorstva in pomoči, refleksije tudi nadzor nad ustreznostjo dela. Supervizorji imajo poleg tega funkcijo selekcije na ustrezne in neustrezne kandidate za opravljanje psihoterapevtske dejavnosti. Če k temu dodamo še osebni proces, osebno terapijo, učno terapijo, se v njej pojavi terapevt, učni terapevt, ki vstopi v

poseben terapevtski odnos, kjer je klient spet odvisen od terapevta. Tako postane pomembno, kdo izobrazuje in kdo izvaja supervizijo. To je točka, kjer lahko nekdo doživlja pomembnost svoje vrednosti, v dinamiko vstopi posamezen ego, ki vztraja pri privilegiju in ne pripusti drugih do pozicije moči. Tukaj nastane podeljevanje statusa izbranim privilegiranim ali pa bolj demokratičen način pripoznanja kompetentnih in avtonomnih članov skupnosti.

5. **Na začetku sem omenila šarlatane z »vikend diplomami«.**  
**Kakšno škodo lahko naredijo?**

Jasna definicija stroke, psihoterapije kot poklica, določitev jasnih standardov bo opredelila polje, v katerem lahko delujejo psihoterapevti. Vsi, ki ne bodo ustrezali potrebnim standardom, se bodo primorani umestiti zunaj tega polja. Zelo jasno bo, kdo bo lahko za svoje delo uporabljal naziv psihoterapevt. Ne želim označevati drugih terapevtskih dejavnosti za šarlatanske, vendar imajo svoje poimenovanje, področje in svoje okvire. Tudi svoj domet. Gre za to, da se neustrezno usposobljeni ne bodo pojavljali v istem košu z ustrezno usposobljenimi. To prinaša tudi posledice glede vrednotenja dela in odgovornosti. Z druge strani pa za uporabnike večjo jasnost pri izbiri.

Za prihodnost in razvoj psihoterapije je obstoj in razvoj stroke nujna podlaga. Psihoterapevtska dejavnost torej mora imeti svoje vednostne (znanstvene) in praktične (etične) podlage. Stroka se v zadnjih treh desetletjih silovito razvija s spoznanji iz razvoja različnih družboslovnih področij, ki jih psihoterapevti po svetu učinkovito integrirajo v psihoterapevtsko prakso. To zahteva, da smo v stiku z razvojem. In glede tega med kolegi v glavnem ne vidim zadrege. Zadrega pa nastane, ko je treba med seboj sodelovati in izmenjati izkušnje, se učiti drug od drugega. Psihoterapevtska stroka se na področju strokovne komunikacije ne more pohvaliti s poskusi sodelovanja med različnimi smermi. To se odraža tudi pri zatikih glede sprejemanja zakona.