

kovostno izpeljana epidemiološka raziskava. Zajeti mora celotno državo, ki je na srečo majhna, poleg tega pa mora biti odziv prebivalstva zadovoljiv in dovolj enakomeren. Če bo v tem ta čas potekajoča druga slovenska epidemiološka raziskava uspela, bodo avtorji lahko rezultat objavili kjerkoli. Prva epidemiološka raziskava iz leta 1985 ni dala zanesljivega odgovora o prevalenci hipertenzije v Sloveniji že samo zato, ker je bila geografsko zelo omejena. Povedala je samo, kako je s hipertenzijo v tedanji občini Ljubljana-Šiška v starosti 40–70 let in nič več. Ker je bila v sami raziskavi kontrola ugotovljenih hipertonicov dobra, je bil rezultat o uspešnosti nadzora dokaj zanesljiv. Nobena od kasnejših raziskav hipertenzije v Sloveniji je po kvaliteti ni dosegla.

Vem, da obstajajo pri nas raziskave o hipertenziji na primarni ravni. Kažejo na zavedanje, da je hipertenzija resen problem, ki ga je treba obravnavati širše, ne samo v ambulanti. Tudi poročilo o večji raziskavi, objavljeno v junjski številki ZV leta 2007, ki sta napisala cenjena kolega, poznam.

Primerjave med raziskavami na primarni ravni pri nas praviloma niso zanesljive zaradi zelo različne metodologije. Ker pri njih ne gre za pravi epidemiološki pristop, so v pogledu prevalence hipertenzije nerelevantne. Pri uspešnosti nadzora je vedno problem, kako ga zlasti retrospektivno oceniti. Dvomim, da ga je omenjena raziskava, objavljena 2007, uspešno rešila. Zelo težko je klinično oceniti, da je hipertenzija pod nadzorom, to je, da je dosežen ciljni krvni tlak. Nekaj meritev krvnega tlaka iz znanih razlogov, ki sem jih navedel v pismu uredniku, še malo ne zadošča. Tudi prenašanje rezultatov sicer velikega vzorca na slovensko populacijo se mi zdi nezanesljivo. Cenjena kolega s Katedre za družinsko medicino me bosta zelo težko prepričala, da je na tak način možno verodostojno ocenjevati uspešnost nadzora hipertenzije v širšem prostoru.

Še najbolj se lahko objektivni oceni nadzora samega krvnega tlaka približa merjenje doma, če bolnik uporablja pravilno tehniko ter ima preverjen merilnik in sicer 2–3-krat zjutraj in zvečer pred obroki zdravil. Vendar tudi tu ni enotnih pogledov, koliko dni bi moral bolnik na ta način meriti krvni tlak. Še bolj se dejanskemu stanju lahko približa 24-urna ambulantna monitorizacija, če je opravljena na bolnikov reprezentativen, n.pr. povprečen delovni dan.

Drugi način je ugotavljanje regresije morebitnih značilnih posledic hipertenzije na tarčnih organih, npr. regresija znakov hipertrofije levega prekata v EKG ali ehokardiogramu (vsebuje tudi subjektivnost) ali zmanjšanje oz. izginotje albuminurije ali sprememba na očesnem ozadju. V teh primerih smo nedvomno uspešno ukrepali. Še bolj pa smo vsi skupaj na ravni države uspešni, če s svojim nadzorom hipertenzije zmanjšamo pojavnost možganskožilnih zapletov.

Najlaže je pri dejavnih tveganja za srčnožilne bolezni ocenjevati uspešnost nadzora tam, kjer je merilo sprememba v rezultatu laboratorijske preiskave, n.pr. pri krvnih lipidih, glikiranem hemoglobinu, kreatininu v krvi ali albuminuriji ali če bolnike tehtamo s preverjeno tehtnico. Pri krvnem tlaku smo žal zaradi njegove velike variabilnosti vedno na »tankem ledu«. Za-

to je treba rezultate raziskav, ki za oceno uspešnosti nadzora hipertenzije uporabljajo klinične meritve krvnega tlaka, vedno jemati z rezervo. Čim manjkrat je bil izmerjen krvni tlak, toliko bolj nezanesljiv je rezultat.

Mnogo bolnikov danes meri krvni tlak doma z avtomatskimi merilniki za nadlaht. Zainteresiranim kolegom, ki delajo na primarni ravni, svetujem, da napravijo raziskavo o nadzoru hipertenzije, ki bo za merilo uspešnosti uporabila samomeritve krvnega tlaka doma. Menim, da zainteresiranih bolnikov ne bo zmanjkalo.

Obletnice

ŠTIRIDESET LET ORGANIZIRANE PSIHOTERAPEVTSKE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI

Miloš F. Kobal

Letošnje leto je v znamenju 40. obletnice ustanovitve Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva. Mineva pa tudi 10 let, od kar je bilo ustanovljeno Združenje psihoterapevtov Slovenije.

Prav je, da se spomnimo skromnih začetkov psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji v primerjavi s široko pahljačo strokovnih pristopov v sedanjem obdobju, pa tudi v začetku skromnega števila posameznih zanesenjakov do pomembnega števila dobro izobraženih in uspešno delujočih psihoterapevtov.

Vse se je začelo z Iniciativnim odborom za ustanovitev psihoterapevtske sekcije SZD. Odbor je zaprosil za njeno ustanovitev, dopis Glavnemu odboru SZD pa so dne 18. maja 1968 podpisali štirje zdravniki Psihiatričnega dispanzerja takratne Klinične bolnišnice za psihiatrijo v Ljubljani. Prvi podpisani je bil prof. dr. Lev Milčinski.

V prošnji so zapisali:

»Razvoj praktičnega dela s pacienti – nevrotiki, osveščena nuja tovrstnih bolnikov, dnevno sili zdravnike, ne samo zdravnika – specialista psihiatra, v dajanje pomoči nevrotiku ...

Iz praktičnih izkušenj ob pacientu je kljub temu ali one-mu konceptu ali morda kljub apriorističnemu stališču (zdravnik) spoznal vrednost in pomen psihodinamske mentalitete, ki gleda v človeku celostnost osebnosti in ga motri s tega aspekta tudi za časa celo organske bolezni. V tej luči pristopa k bolniku zdravnik današnje ere tudi pri nas in ne more mimo vrzeli, ki jo začuti v svojem medicinskem obzorju in svoji strokovni usposobljenosti tam, kjer naj bi posegel pri bolniku po instrumentu, nazvanem 'psihoterapija', pa naj bi bila leta te ali one oblike; bodisi, da ostaja sledeč vsem specifičnostim pacienta v razumevajočem razgovoru, prežetem s psihodinamsko orientacijo, ali pa se poda zahtevam strogo sistematične psihoterapije.

To specifično strokovno delo pa nujno terjajo določene pogoje. Zdravnik poedinec ne sme ostati osamljen, temveč mora imeti oporo v grupi strokovnjakov, ki imajo iste strokovne interese in skrb, diktirane po interesih pacienta. Iz te zahteve je vzrasla težnja, da v okviru Slovenskega zdravniškega društva dobe tisti zdravniki, ki jih njih praktično delo pobuja in vodi v psihoterapevtsko dejavnost, svojo ustrezno pomoč v obliki Psihoterapevtske sekcije. Njen namen naj bi bil predvsem edukacijske narave.«

Glavni odbor SZD je njihovi prošnji ustregel. Dne 20. junija 1968 se je zbralo okoli 20 psihiatrov in psihologov, ki so v odbor izvolili takratnega docenta dr. Miloša Kobala za predsednika sekcije, prof. Leopolda Breganta pa za njenega podpredsednika. Sekcija je takoj pričela z rednimi mesečnimi sestanki ter strokovnimi srečanji. V poznejšem seznamu iz leta 1969 je navedenih 35 članov sekcije.

Njena ustanovitev je bila pomembna tudi za jugoslovanski prostor. Že prej sta pri zdravniških društvih obstojali hrvatska in srbska sekcija. S tretjo, slovensko, je bilo mogoče ustanoviti Združenje psihoterapevtov Jugoslavije. To se je zgodilo 18. 10. 1968. Njegov prvi predsednik je bil starosta predvojnih in povojnih psihoterapevtov psihoanalitik prof. dr. Stjepan Betelheim, doc. Kobal pa je postal eden od podpredsednikov.

Ustanovitev sekcije je bila pomembna tudi za druge dejavnosti. L. Bregant je v l. 1968 pri vodstvu tedanje Klinične bolnišnice za psihiatrijo (direktor M. F. Kobal) dosegel, da je lahko v okviru Psihohigijskega dispanzerja te bolnišnice ustanovil Center za psihoterapevtsko izobrazbo. Njegovo ustanovitev je s svojim soglasjem kot splošno republiško dejavnost potrdil tudi takratni Republiški zdravstveni center dne 16. 10. 1969.

V splošnem delu tega izobraževanja smo predelovali psihoterapevtsko literaturo, nekaj posebej zavzetih in pripravljenih pa je Bregant zbral v učno skupino. Izobraževali so se po načelih neoanalize Harolda Schultz-Henckeja. V tej šoli se je dalj časa izobraževal tudi Bregant.

Vzporedno s tem je treba omeniti pobudo Katedre za klinično psihologijo Oddelka za psihologijo Filozofske fakultete v Ljubljani za ustanovitev prve vzgojne posvetovalnice pri nas, s poudarjenimi psihoterapevtskimi izhodišči.

Skoraj sočasno smo v okviru Medicinske fakultete uveljavili, sprva enosemestrski, potem dvosemestrski podiplomski študij psihoterapije, ki je bil do nedavnega celo obvezen za specializante psihiatrije in klinične psihologije. Študij vztraja in ima tako že več kot tridesetletno zgodovino.

V ta študij smo poleg klasičnih spoznanj in neoanalize (Bregant) vnašali tudi dinamično psihoterapijo, deloma že usmerjeno v fokalno načelo (Kobal), v razne načine skupinske psihoterapije in skupinske analize ter posebno obliko skupinskega dela: terapevtske skupnosti (Kobal). Lokar je začel uvajati psihoterapijo z vedenjskim pristopom, zlasti na področju seksualnih motenj.

Ves čas nas je motilo dejstvo, da kljub obsežnemu znanju ne moremo vselej enakopravno nastopati v mednarodnih psihoterapevtskih organizacijah, ker nismo izpolnjevali vseh formalnih pogojev za vključevanje v te organizacije. To posebnost psihoterapije v primerjavi z drugimi biopsihološkimi znanostmi smo poskušali preseči s podporo dr. Francu Peternelu za popolno izobraževanje na Inštitutu za skupinsko analizo v Londonu. Tam si je pridobil mednarodno priznano diplomu, njemu pa so na tej poti v naslednjih letih sledili mnogi drugi.

Nekako je bilo vendarle treba preseči to našo organizacijsko pomanjkljivost. V času predsedovanja dr. Gorazda Mrevljeta in ob pomoči prof. dr. Petra Praperja smo v l. 1987 in naprej priznavali nazive psihoterapevtka/psihoterapevt kot vlogo in znanje »starih staršev«, torej psihoterapevtov, ki so imeli za seboj vsaj dve leti teoretičnega študija in vsaj triletno praktično delovanje na področju psihoterapije. To obdobje je bilo s sklepom Skupščine ZPS zaključeno 17. 11. 2000. Od takrat poteka izobraževanje in usposabljanje za psihoterapevtke/psihoterapevte po Pravilniku in sicer v treh stopnjah ali stebrih, kot ga je posrečeno opisal prof. Praper.

S tem pa smo že pri ustanovitvi Združenja psihoterapevtov Slovenije dne 30. 1. 1998. Rekli bi lahko, da nas je vanj prisililo Slovensko zdravniško društvo, ki je opustilo nekdanjo toleranco in je v svoje vrste, v sekcije in združenja, sprejemalo zgolj zdravnike. Psihoterapija bi bila brez vključevanja širšega kroga strokovnjakov zanesljivo okrnjena.

Ne moremo napovedovati naše prihodnosti. Ob poplavi različnih načinov duševne in duhovne pomoči, ki se ponujajo kot psihoterapija, Združenje čvrsto vztraja tako pri časovnem okviru kot strokovno utemeljeni vsebini izobraževanja ter usposabljanja fakultetno izobraženih kandidatov. Tu večkrat naletimo na odpor in drugačna razumevanja. Mnoge sile v našem prostoru delujejo zavirajoče ali celo destruktivno.

Psihoterapija deli zgodovinsko usodo medicine, ki je tudi rabila stoletja, da je našla svojo racionalno znanstveno pot. Prepričan sem, da bo tudi psihoterapija v svetu in z njo tudi slovenska psihoterapija potrebovala še nekaj desetletij, da bo postala nesporna metoda zdravljenja, s svojo duhovno podlago pa tudi prispevala k urejanju širših in medosebnih odnosov v družbi. V tem me utrjujejo pomembna spoznanja o za psihoterapijo pomembnem delovanju možganov, od njene genetske podlage do definiranja tistih procesov, ki se izrazijo v duševnosti kot ustvarjalki in nosilki stika s svetom in samim seboj (Kandel, Schiepek idr.). Redukcionizma nas obvarujejo potrjena opazovanja in spoznanja o hkratnem dinamičnem razvoju otroka (Spitz, Anna Freud in drugi), pa tudi zakonitosti človeške skupine in skupin kot prestižnega predpogoja našega obstoja (Folkes, Ammon, Fromm in drugi). To pa zagotavlja psihoterapiji na sploh, kljub marsikateri temnini našega sedanjega položaja, tudi pri nas zanesljivo in uspešno prihodnost.