

Irena Kosovel in Vanda Levstik¹

Imajo polna usta lepih besed, da ščitijo paciente, ampak v tem grmu tiči zajec: intervju z Ireno Kosovel²

*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 psihoterapevko, 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 psihoterapevka, 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 življenja 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 »ših«¹, 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 skupina 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 obiščejo 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, boljše 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/nevrozanosti, 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 75 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 sprejmemo 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, psihoterapevt 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 domislica 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 razvrednotenje, 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 opravka 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.