

Miran Možina in Andreja Barat¹

Pomirjevala in antidepresivi ne zdravijo, le blažijo simptome, vzroki pa ostajajo nepojasneni in nenagovorjeni: Intervju s psihiatrom in psihoterapevtom Miranom Možino²

*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 testiranj 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. Osební 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 Google. 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 brezsrčno 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 zraslo 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«, »motnje«, »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 potencialne 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 pripravljeni 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 pripravljeni 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 nepojasneni 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 psihoterapevke 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 psihoterapevtek določen fond ur, ko delamo prostovoljno, ampak to še zdaleč ni dovolj, da bi zajeli vse, ki iščejo pomoč. V ambulantni SFU Ljubljana imamo npr. trenutno v obravnavi okoli 450 klientov. Naša izklicna cena je 40 € na uro. Če vzamemo povprečje, koliko ur naredimo zastoj, 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 zastoj.

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 diplomu 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 izobraževanja 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.