Katja Knez Steinbuch, Miran Možina in Katarina Keček[1]

Za sprejetje zakona o psihoterapiji bo potreben dialog: intervju s Katjo Knez Steinbuch in Miranom Možino[2]

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 psihoterapevtska društva in krovne psihoterapevtske 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 pogoj, 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 obljubljeno, 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 preuranjena. 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 zaboli 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 ustrežljivo 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 izpostavljati. 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 državljan 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 vloži 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.