

Aleš Živkovič in Vanda Levstik¹

»Čeprav sem polno kvalificiran, v našem zdravstvu ne bi mogel delati«: Intervju s psihoterapevtom Alešem Živkovičem²

»Although I am fully qualified, I would not be able to work in our health service«: Interview with psychotherapist Aleš Živkovič

Pogovarjali smo se z Alešem Živkovičem, psihoterapevtom, ki so ga na ministrstvu za zdravje jeseni angažirali kot posebnega svetovalca pri pripravi zakona o psihoterapiji. Kaj prinaša zakon, kaj bodo pridobili tisti, ki potrebujejo psihoterapijo in kako je to urejeno drugod? Vse to so vprašanja, ki smo jih zastavili našemu sogovorniku, ki sicer živi in dela v Veliki Britaniji, kjer je, tako pravi, to področje veliko bolj urejeno. Kot je znano, je pri nas že sama priprava zakona za ureditev psihoterapije strokovno javnost razdelila na dva pola – na tiste, ki delujejo v javnem zdravstvu in psihoterapevte zasebnike.



- ¹ Aleš Živkovič, ekonomist in psihoterapevt, ales@zivkovic.uk
Vanda Levstik, vanda.levstik@styria-media.si
- ² Intervju je bil objavljen na spletnem portalu Žurnal 31. 3. 2024
https://www.zurnal24.si/zdravje/aktualno/ceprav-je-polno-kvalificiran-v-nasem-zdravstvu-ne-bi-mogel-delati-421640#google_vignette

1. **Imate dvojno formalno izobrazbo. Ste tako ekonomist kot magister znanosti iz transakcijsko-analitične psihoterapije. Bili ste državni sekretar na ministrstvu za finance v času Janševe vlade, svetovalec na ministrstvu za zdravje iz časov Pahorjeve vlade, podjetnik, konzultant in zdaj ste psihoterapevt. Pestra kariera bi lahko rekla, iz podjetništva ste se preusmerili v psihoterapijo, zdaj pa iz Londona, kjer živite in delate, pro bono svetujete vladi. Kako odgovarjate na nekatere očitke, češ, da ste le "podjetnik, ki se je ukvarjal s spletno zmenkarijo in se nato prelevil v psihoterapevta?"**

To so diskreditacije. Ne vem, kako bi moji investicijski in podjetniški projekti bili povezani z mojo strokovnostjo kot psihoterapevt. S spletnimi zmenkarijami se nisem ukvarjal, imel sem nekaj investicij, in ena izmed njih je bila v družbeno-medijsko aplikacijo, ki je delovala na psiholoških osnovah. Je pa res, da sem investiral tudi v nekatere druge podjetniške projekte. Kar pa se tiče moje usposobljenosti, imam tako akademsko kot mednarodno neakademsko psihoterapevtsko izobrazbo. Sem magister znanosti transakcijsko-analitične psihoterapije (MSc), imam pa tudi mednarodni naziv certificiranega transakcijskega analitika s področja psihoterapije (CTA-P). Nenazadnje lahko v Veliki Britaniji v okviru javnega zdravstva delaš zgolj kot kvalificiran psihoterapevt ali specializant oziroma edukant. Sem pa tudi supervizor in učitelj

2. **Zakaj so vas na ministrstvu za zdravje privabili k sodelovanju pri pripravi zakona o psihoterapiji?**

Težko govorim v imenu ministrice. Je pa ministrica vedela, da delujem v tujini, v relativno dobro organiziranem sistemu, in to je bil verjetno tudi glavni motiv, da sem bil povabljen k sodelovanju pri pripravi novega zakona o psihoterapiji. V Sloveniji namreč obstaja veliko različnih parcialnih interesov okoli tega področja, kot veste, je prejšnja delovna skupina za pripravo zakona štela okoli 40 članov. Predvidevam, da je ministrica v meni, ki delam v tujini in nisem vpet v ta sistem, videla nekakšno rešitev pred vplivi tako veliko interesnih skupin. Jaz v Sloveniji ne delam in tu nisem od ničesar odvisen.

3. **Usposabljanje za delo psihoterapevta se opravili v Veliki Britaniji, kjer živite in delate tudi zdaj. Kako poteka to izobraževanje?**

Usposabljanje iz psihoterapije v večini Zahodne Evrope po navadi poteka v okviru inštitutov, ki so profesionalne organizacije, v nekaterih državah pa poteka usposabljanje tako, da se ti inštituti povezujejo z univerzami, kar pomeni, da poleg profesionalne kvalifikacije lahko ti študenti pridobijo tudi akademski oziroma visokošolski naziv in tako sem se izobraževal tudi sam. Sicer tudi v

Sloveniji obstaja nekaj inštitutov ali organizacij, kjer poučujejo psihoterapijo. So pa glavne razlike med Slovenijo in Veliko Britanijo tiste na področju regulacije in nadzora kakovosti sistema izobraževanja ter v sami razvitosti stroke, ki je v Veliki Britaniji v svetovnem vrhu. Ker v Sloveniji nimamo zakona ali kakšne druge oblike nacionalne regulative, ni zagotovil, da bodo vsi programi izobraževanja tudi kvalitetni in strokovni.

4. **Kako je torej to urejeno v Veliki Britaniji?**

Imamo dve glavni krovni organizaciji, ki združujeta psihoterapevte in v eno od njih sem včlanjen tudi sam. Nadzirata kvalifikacije psihoterapevtov in postavljata kriterije za ta poklic, na primer, koliko ur izobraževanja je potrebnega, da postaneš psihoterapevt, koliko ur supervizij moraš opraviti, koliko dela na sebi oziroma lastne psihoterapije potrebuješ itd. Če bo torej nekdo potreboval psihoterapevta, bo poiskal nekoga, ki je član ene od teh dveh organizacij. Ljudje so o tem obveščeni, ozaveščeni, če hočete. Poleg tega ti dve organizaciji regulirata še izobraževalne institucije, kar pomeni, da morajo biti vse izobraževalne institucije, ki delujejo na področju psihoterapije, članice ene od teh dveh nacionalnih organizacij, po navadi so kar v obeh. Posebnega zakona o psihoterapiji nimamo, ta je samo regulirana, čeprav je na nek način vpeta v nadzor na državni ravni oziroma nadzor parlamenta. Na drugi strani imamo angleško nacionalno zdravstveno službo (NHS), torej nacionalni zdravstveni sistem, v katerem se psihoterapevte zaposluje tako na primarni kot sekundarni ravni in s tem NHS priznava samoregulacijo, ki jo izvajata ti krovni organizaciji. Drugače povedano: Ko torej v javnem zdravstvu potrebujejo psihoterapevta, razpišejo delovno mesto. Pogoj je seveda članstvo v eni od profesionalnih krovnih organizacij s področja psihoterapije. S tem se zagotovi kakovost, varnost in učinkovitost psihoterapevtov, ki delujejo tudi v javnem zdravstvenem sistemu.

5. **Torej tudi vi delate v tamkajšnjem javnem zdravstvu?**

Ne več. V NHS sem delal v času izpopolnjevanja, tako na primarni ravni, v zdravstvenem domu, kot na sekundarni, torej v bolnišnici. Individualno in skupinsko psihoterapijo sem izvajal v enem od večjih zdravstvenih domov v Londonu, kjer je bil organiziran terapevtski tim. To pomeni, da so splošni zdravniki k meni napotovali svoje paciente. Šlo je za kratko terapijo, od šest do 21 seans, pri čemer so pacienti terapijo dobivali brezplačno. Skupinska psihoterapija pa je trajala do šest mesecev.

6. In prav to je pri nas velik problem. Do psihoterapevta je tako rekoč nemogoče priti preko napotnice.

Kot je meni znano, naj bi bili poskusi s tako imenovanim pilotnim projektom, v katerega bi bili vpeti tudi psihoterapevti, vendar naj bi prišlo do velikega odpora s strani ortodoksne dela klinično-psihološke in psihiatrične stroke. Tako obstaja shizofrena situacija, v kateri polno kvalificiran psihoterapevt ne more opravljati psihoterapije v okviru javnega zdravstva, saj ni ne klinični psiholog in ne psihiater, pri čemer pa nekdo, ki ne dosega sodobnih kriterijev za usposobljenost psihoterapevta – torej, kriterijev, ki jih predvideva novi zakon – to delo trenutno lahko opravlja zgolj zato, ker je klinični psiholog ali psihiater. Takšno izvajanje psihoterapije je lahko ne zgolj neučinkovito in nestrokovno, temveč je potencialno tudi nevarno.

Poglejte moj primer. Čeprav sem mednarodno polno kvalificiran psihoterapevt, tudi na akademski ravni, v Sloveniji v okviru javnega zdravstva vseeno ne bi mogel delati, saj nisem ne klinični psiholog in ne psihiater. Da je paradoks še večji: Zgodi se, da se name obračajo tako pacienti, ki so bili obravnavani v javnem zdravstvu pa niso imeli dobre izkušnje, kot nekateri psihiatri, ki ne vedo, h komu poslati paciente za primerno obravnavo. Žal pa teh ljudi, ker velikokrat potrebujejo multidisciplinarno zdravljenje, ne morem sprejeti v obravnavo.

7. Da je stanje pri nas neurejeno in ga je treba urediti, se strinjata obe nasprotni strani. Spor je nastal glede tega, kako to stanje urediti, kaj uzakoniti, predvsem pa, ali sploh potrebujemo psihoterapevte. V polemiki so udeleženi na eni strani psihiatri in klinični psihologi, zaposleni v zdravstvu, na drugi strani pa ustrezno usposobljeni psihoterapevti, čeprav pri nas njihov poklic ni zakonsko priznan. Zakaj po vašem psihiatri in klinični psihologi v zdravstvu tako zelo nasprotujejo psihoterapiji kot poklicu?

Obstajajo tudi takšni, ki za razliko od večine, zakon podpirajo. Nasprotuje mu tako imenovana ortodoksna veja klinično-psihološke in psihiatrične stroke. Problem je večplasten. Najprej, očitno je, da je tu s strani vsaj nekaterih velika želja po ohranitvi profesionalnega statusa in monopola nad izvajanjem psihoterapije. In drugo, ta ortodoksna veja zagovarja tako imenovani medicinski model, ki se v moderni obravnavi duševnih težav vedno bolj smatra za neprimerne in pomanjkljivega. O tem je tudi v Angliji veliko diskusije, ki se že več kot desetletje počasi a vztrajno vsaj delno odmika od strogega medicinskega modela. In sicer iz več razlogov. Eden od problemov je stigma, ki jo ta model obravnave duševnih težav prinaša. Prav tako je problematičen način diagnostike, ki v veliki meri ne suportira psihoterapevtskega zdravljenja.

8. In kaj sploh pomeni medicinski model?

Medicinski model pomeni, da celoten sistem, torej ne zgolj področje psihoterapije, temveč celotno področje duševnega zdravja, bazira na premisi, da tudi na področju duševnega zdravja obstaja jasna ločnica med tako imenovanim zdravim in bolnim. V slovenskem javnem zdravstvu je na primer področje duševnega zdravja usmerjeno predvsem v simptomatsko zdravljenje ter zdravljenje funkcioniranja osebe. Medicinski model diagnostike tretira duševne motnje na način, kot da gre za distinktne kategorije, ki ali obstajajo ali pa ne. Tako ne sprejema sivih področij. Prevladuje logika, po kateri naj bi do psihoterapevtske obravnave bil upravičen zgolj v primeru, da imaš jasno diagnozo, v nasprotnem primeru pa ne. Zelo črno-bel pogled. Torej, če se soočaš z duševnimi težavami, vendar pa kriterijev za diagnozo ne dosegaš in stanje ni akutno, do psihoterapevtske obravnave ne prideš. Tak sistem pomeni, da veliko ljudi z duševnimi težavami izpade iz sistema, ker pač njihove težave ne dosegajo praga potrebnega za diagnozo. Še več, povečuje se stigmatizacija, saj se ljudi ter zdravstveno osebje posredno motivira k podeljevanju diagnoz, ki imajo lahko zelo negativen vpliv na samo osebo. Ljudje, ki diagnostičnega praga ne dosegajo, tako niso upravičeni do storitev iz javnega zdravstva, čeprav bi morali biti, saj njihove duševne težave bistveno zmanjšujejo njihovo kakovost življenja. Slabo funkcionirajo, borijo se z najrazličnejšimi simptomi, trpijo njihovi družinski odnosi, imajo probleme z integracijo v družbo ter s tem povezane težave v profesionalnem življenju in tako naprej.

Medicinski model obravnave duševnega zdravja sicer resda prevladuje tudi v zahodnem svetu, vendar pa je na splošno bolj human, med tem ko se njegove napake priznava in odpravlja. Dodatno, potrebno se je zavedati, da je medicinski model rezultat predvsem farmacevtskega lobija, ki promovira medikamentozno zdravljenje, in zdravstvenih zavarovalnic, ki zagovarjajo čim bolj stroškovno učinkovito, beri, kratko zdravljenje in zdravljenje zgolj na podlagi tega, ali nekdo ima psihiatrično diagnozo, ne glede na to ali se sooča z duševnimi težavami ali ne. Na podlagi takega modela je namreč zelo lahko predpisovati zdravila – imeti moraš zgolj diagnozo ter pridružene simptome. Za kontrast velja omeniti, da se Velika Britanija že leta počasi, a vztrajno odmika od medicinskega modela obravnave duševnega zdravja. Na primer, tu je divizija za klinično psihologijo znotraj priznanega britanskega združenja psihologov (BPS – British Psychological Society), torej sam vrh klinično-psihološke stroke, že leta 2013 opozorila na pomanjkljivosti ter pasti klasične psihiatrične diagnostike ter pozvala k odmiku od le-te. Ta prizadevanja od takrat le še nadaljujejo in pospešujejo.

9. **Želite torej poudariti, da vse skupaj temelji le na predpisovanju zdravil?**

To ni edini problem medicinskega modela. Tu je tudi stigmatizacija, ki jo prinaša klasična psihiatrična diagnostika. Je pa res, da naš sistem postavlja v ospredje medikamentozno zdravljenje, tudi v primeru duševnih težav, medtem ko mednarodne smernice predvidevajo psihoterapijo kot zdravljenje prvega izbora. Recimo, v primeru depresije se v Sloveniji v prvi liniji zdravljenja še vedno v veliki večini primerov predpiše zdravilo. Ali pa v primeru osebnostnih motenj, tudi tukaj bi morala biti prva linija zdravljenja psihoterapija, v praksi pa je situacija drugačna, saj je poudarek predvsem na simptomatskem zdravljenju in zdravljenju pridruženih duševnih težav.

Med ortodoksnimi predstavniki klinično-psihološke in psihiatrične stroke se psihoterapija smatra kot metoda zdravljenja in ne kot samostojna interdisciplinarna znanstvena veda, kot je to praksa v modernih sistemih. Na zahodu, sploh v Veliki Britaniji, ki je zibelka psihoterapije, je psihoterapija začela cveteti že med obema svetovnjima vojnama, še posebej pa po drugi svetovni vojni. Največje ikone s področja psihoterapije, na primer Sigmund Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, Ronald Fairbairn in drugi niso bili ne psihiatri in ne psihologi. Tudi tisti, ki so bili medicinsko izobraženi, so se od medicinskega modela obravnave duševnih težav odmikali. Sistemi, kjer se zagovarja tak ekstremistično-medicinski model, kot ga zagovarja ta ortodoksna struja v Sloveniji, so značilni za države bivšega vzhodnega bloka, na primer za Rusijo, Romunijo, Bolgarijo in tudi zahodni Balkan.

10. **Ta ortodoksni del v zdravstvu, kot nekatere klinične psihologe in psihiatre imenujete vi, zagovarja stališče, da psihoterapevti zaradi pomanjkanja medicinskega znanja niste usposobljeni za diagnosticiranje, kar je po njihovem lahko zelo nevarno za pacienta.**

Psihoterapevt mora vedno opraviti diagnostiko, tudi diferencialno, preden prične z zdravljenjem, vendar pa je ta diagnostika takšna, ki je potrebna za izvajanje psihoterapevtskega procesa. Sama psihiatrična diagnoza namreč ne pove veliko, kaj oseba potrebuje v psihoterapevtski obravnavi. Poglejva primer: K meni pride nekdo z izvidom psihiatra ter diagnozo mejne osebnostne motnje. Dobil je torej psihiatrično diagnozo po medicinskem modelu. Na podlagi te diagnoze jaz kot psihoterapevt ne vem veliko o tem, kaj bo taka oseba potrebovala v psihoterapevtskem procesu. Dejansko vem zelo malo o tem, kako bi lahko temu človeku pomagal. Ta diagnoza ne pove veliko o tem, s kakšnimi notranjimi konflikti se bova s tako osebo soočala pri njenem zdravljenju. Treba je ugotoviti, od kod izvirajo duševne težave, kakšna je morebitna travma, ki botruje tem težavam,

kako se oseba vede v medosebnih odnosih, kako funkcionira v profesionalnem življenju in družbi. Skratka, moja diagnoza bo povsem drugačna in namenjena nadaljnjemu psihoterapevtskemu zdravljenju. Argument, da mora nekdo znati diagnosticirati psihiatrično diagnozo, da bo potem lahko izvajal psihoterapijo pri tem človeku, ne drži vode. Še manj pa drži vodo argument, da nekdo, ki lahko opravi psihiatrično diagnozo, lahko avtomatično prav tako opravi psihoterapevtsko zdravljenje.

11. **V zdravstvenem sistemu psihoterapijo v glavnem izvajajo psihiatri in klinični psihologi, ki pa so izobraževanje končali na izobraževalnih programih, ki prav tako niso regulirani, smo slišali na posvetu, ki se je na temo problematike odvijal v Državnem svetu. Kaj to pomeni?**

O tem se ob vseh teh razpravah premalo govori. Za izvajanje psihoterapije v našem javnem zdravstvu trenutno ni potrebno izobraževanja na tako visoki ravni, kot je to praksa v razvitih evropskih sistemih ter kot to predvideva novi predlog zakona. Na primer, če sem prav seznanjen, psihiater v okviru petletne specializacije iz psihiatrije pridobi štiri mesece usposabljanja iz psihoterapije. Na drugi strani mi predlagamo uvedbo sistema, ki predvideva vsaj štiriletno poglobljeno izobraževanje iz psihoterapije. Kontrast je več kot očiten.

V sodobnih sistemih je del usposabljanja iz psihoterapije tudi seznanjanje s področjem psihiatrije, tako teoretično kot v obliki kroženja, vendar to še ne pomeni, da je kvalificiran psihoterapevt usposobljen za psihiatrično delo. Gre zgolj za seznanitev. Podobno se specialist psihiatrije v okviru svoje specializacije zgolj seznanja s psihoterapevtskim področjem. Verjetno je intuitivno predvidevati, da nekdo, ki pridobi zgolj štiri mesece usposabljanja iz psihoterapije, psihoterapije ne more opravljati strokovno, varno in učinkovito in kaj takega v okviru razvitega zdravstvenega sistema ne bi smeli dovoliti. Dodatno velja omeniti, da se trenutno v okviru javnega zdravstva večina storitev, ki predstavljajo psihoterapijo, izvaja v obliki vedenjsko-kognitivne terapije. Teh je nekaj več od polovice. Drug največji del izvedenih storitev, ki znaša več kot 40 odstotkov, pa so tako imenovani površinski psihoterapevtski ukrepi, ki po svoji naravi sploh niso psihoterapija, temveč psihosocialno svetovanje, ki ne predstavlja zdravljenja. Tako je oseba, ki želi priti do psihoterapije v slovenskem javnem zdravstvu, soočena z dejstvom, da ji je omogočeno zdravljenje bolj ali manj z eno modaliteto, ki pa ni primerna za vse duševne motnje, še manj pa za vse duševne stiske.

12. Katere so po vašem tiste najpomembnejše rešitve iz tega zakona, ki sicer še kar čaka na javno razpravo?

Zakon uvaja minimalne kriterije za usposabljanje na področju psihoterapije. Poleg tega uvaja kriterije za delovanje ter nadzor nad institucijami, ki izvajajo usposabljanja s področja psihoterapije. Tako zakon zahteva, da morajo takšne institucije zagotoviti visoko strokovne programe usposabljanja za bodoče psihoterapevte. To pomeni, da bodo morali vsi tisti izvajalci, ki ne zagotavljajo programov, ki bi dosegali najnižje zakonske kriterije, te programe prilagoditi. Prav tako bodo tisti posamezniki, ki niso ustrezno usposobljeni, torej ne dosežajo minimalnih kriterijev usposabljanja, ki jih predvideva zakon, in so morda brez ustreznih izkušenj, to neustrezno znanje morali nadgraditi, da bodo lahko opravljali psihoterapijo skladno z novim zakonom. Nad vsem tem bo bdela nosilec javnih pooblastil, ki bo nadziral kakovost, varnost in učinkovitost tako dela in usposobljenosti psihoterapevtov kot tudi kakovosti programov usposabljanja.

13. Kaj bodo iz vsega tega pridobili tisti, ki potrebujejo psihoterapevtsko obravnavo?

Psihoterapija je žal v trenutnem javnem zdravstvu dostopna zgolj na papirju. Zame osebno je najbolj pomemben del zakona v tem, da zdravstveni sistem odpiramo sodobni psihoterapiji. To pomeni ne samo, da bo psihoterapija v zdravstvenem sistemu dobila svoje mesto, temveč, da bo dejavnost regulirana in s tem visoko kakovostna, varna in učinkovita ter da bodo pri usposabljanjih za psihoterapevta postavljeni visoki strokovni kriteriji.

Ne vidim razloga, zakaj ne bi bila psihoterapija splošno dostopna tudi na primarni ravni, pri čemer bi človek lahko napotnico za terapevta pridobil pri svojem splošnem zdravniku ter do psihoterapevtske obravnave prišel morda celo v istem zdravstvenem domu. Ljudje morajo dobiti dostop do brezplačne psihoterapevtske obravnave, za katero ne bo treba čakati več let. Zakon bo prav tako omogočal, da se bo vsak lahko hitro informiral, ali je njihov psihoterapevt primerno kvalificiran ter ima licenco za opravljanje svoje dejavnosti, kar bo zagotovilo kakovosti in varnosti takega psihoterapevta. Tega zdaj ne veste, ne glede na to, ali greste k zasebnemu psihoterapevtu ali pa k psihoterapevtu v javnem zdravstvenem sistemu. Katerega koli psihoterapevta, tako tistega v zasebnem kot v javnem sistemu, boste lahko preverili na način, da ga boste poiskali v registru nosilca, kar bo pomenilo, da ta oseba dosega kriterije za izvajanje tega poklica. Ne boste v dvomu, ali gre za kvalificiranega psihoterapevta ali za šarlatana. Le-ti se po sprejemu zakona namreč ne bodo mogli več razglašati za psihoterapevte, saj zakon za to predvideva globe. S sprejemom zakona boste torej pridobili višjo kakovost psihoterapevtske storitve, ki pa bo tudi varna.

14. Zaključiva z vašim delom. Pri nas je v zadnjih letih zelo veliko govora o izgorelosti, kako jo vidite vi?

Da se o tem v Sloveniji toliko govori, mi je od nekdaj zanimivo. Kot bi šlo za nek nacionalni mit. Za primerjavo, sam osebno, v svoji klinični praksi do sedaj nisem imel klienta, ki bi k meni prišel izključno zaradi izgorelosti. Zavedati se moramo namreč, da se pod etiketo izgorelosti v veliko primerih skrivajo druge duševne težave.

15. Pa vendarle, izgorelost je danes priznana kot bolezen.

Ne govorim, da izgorelost ne obstaja. Pravim le to, da se pod njeno etiketo velikokrat skrivajo druge duševne težave ter da je na to potrebno biti pozoren v fazi diagnostike, da ne zdravimo nečesa, kar ni osnovna težava.

16. Dejstvo je, da je predpisovanje antidepressivov v zadnjih letih drastično naraslo. S kakšnimi ljudmi se vi srečujete? So Britanci kaj bolj drugačni od nas?

Duševne težave je potrebno gledati tudi skozi kontekst družbe, kulture, socioekonomske situacije, kjer seveda razlike med Slovenijo in Veliko Britanijo obstajajo. So pa težave, s katerimi se ljudje srečujejo podobne. Težave, s katerimi ljudje prihajajo na psihoterapijo k meni, so zelo različne. Sam se veliko ukvarjam z zdravljenjem osebnostnih motenj, ki velikokrat pomenijo delo s travmo, predvsem tisto iz otroštva. Ta se potem odraža skozi posameznikovo samopodobo, izživih pri njegovih medosebnih odnosih, nasilju v družinah, integraciji v skupnost in družbo itd. Gre torej za duševne težave, ki izvirajo iz problematičnih razvojnih vzorcev, ki se potem na različne načine kažejo v odrasli dobi. Poleg travme in z njo povezanimi duševnimi težavami se k meni obrača veliko ljudi s problemi v medosebnih odnosih, motnjami hranjenja, anksioznosti, depresije, občutki praznine in splošno pomankanjem zadovoljstva z življenjem. Ter seveda pari, ki se soočajo s težavami v vezi.