

Matjaž Lunaček, Metoda Zalar in Neža Marija Slosar¹

Imel sem res občudovanja vredne paciente: Intervju s psihiatrom in psihoanalitikom Matjažem Lunačkom

*I have had really admirable patients: Interview with
psychiatrist and psychoanalyst Matjaž Lunaček*



Primarij Matjaž Lunaček, dr. med., psihiater in psihoanalitik, je bil vrsto let vodja psihoterapevtskega oddelka na Centru za mentalno zdravje (v nadaljevanju CMZ) v Ljubljani, kjer je deloval od njegove ustanovitve. Že pred specializacijo iz psihiatrije se je usposabljal iz telesno orientirane psihoterapije ter kasneje iz psihoanalitične psihoterapije, skupinske analize in psihoanalize. V intervjuju smo se osredotočili na to, kako so potekale obravnave pacientov na Enoti za psihoterapijo.

¹ Metoda Zalar, psihologinja, praktik izrazne terapije z umetnostjo in specializantka psihoterapije otrok in mladostnikov pod supervizijo, metoda.ciglar@gmail.com
Neža Marija Slosar, kognitivna znanstvenica, slovenistka in literarna komparativistka, študentka specialističnega študija integrativne psihoterapije na SFU Ljubljana, neza.m.slosar@gmail.com

Dotaknili smo se tudi njegovega pogleda na usposabljanje psihoterapevtov, na splošno stanje na področju obravnave pacientov z duševnimi motnjami danes in, v zaključku, kako je njegovo delo in življenje v letih po upokojitvi prepleteno s psihoterapijo in literaturo. Intervju je potekal 15. novembra 2024 v Ljubljani.

1.

Za začetek bi se dotaknili vašega dela na psihoterapevtskem oddelku Centra za mentalno zdravje (CMZ). Kako in kdaj je nastal ter kdo je tam delal?

Ko sem vstopil v psihiatrijo, je že bilo delo razdeljeno v tri osnovne enote: klasična psihiatrija v Polju; psihiatrični dispanzer, ki ga imenujem kar ‚možganski trust‘, saj so tam začetki psihoterapije (ki jo je izvajal klinični psiholog prof. Leopold Bregant), pedopsihiatrije, psihosomatske medicine, dela s starostniki in nena-zadnje raziskovanje samomora s strani prof. Leva Milčinskega; tretja enota pa je bil CMZ.

Kot je bilo za tiste čase značilno, je bil prof. Bregant na razmeroma kratkem izobraževanju iz metode Schultz-Henckeja, po kateri smo se kasneje učili na psihoterapevtskih tečajih. To je bilo priročno, ker je bilo pregledno, a omejeno le na eno knjigo Schultz-Henckeja. Prevedena ni bila nikoli, a Bregant jo je obvladal in zatem po šestih mesecih, ko je prišel z diplomo analitičnega psihoterapevta, to znanje predajal naprej. Šele kasneje so usposabljanja postajala daljša, moje iz psihoanalize je trajalo 12 let, kar je bil kar zalogaj.

V takratni psihiatrični enoti v Polju so izvajali klasično psihiatrično obravnavo ljudi s psihotičnimi motnjami, demenco idr., nakar je prof. Jože Lokar, ki je delal najprej tam, vpeljal nekaj modernega kot odziv na to, da za mnoge paciente te obravnave niso bile primerne. Prav tako je prišlo 40 pacientov na enega zdravnika, kar je bilo preveč. Tako je leta 1974 po zgledu iz tujine ustanovil CMZ na Poljanskem nasipu. Ta seveda ni bil podoben današnjim manjšim enotam, temveč je bil kar velik. Najprej je začel delovati oddelek za prvo psihiatrično pomoč oz. danes bi rekli za krizne intervencije, kjer so v krajšem času poskušali ljudi zazdraviti in ne pozdraviti. Zatem so se ustanovljali še drugi oddelki, npr. za adolescentno psihiatrijo, kjer sta delovala prof. Martina Žmuc Tomori in Gorazd Mrevlje. S kratkimi obravnavami so pacienta samo stabilizirali in ga odpustili, v večini primerov pa ni bil obravnavan naprej ambulantno, zaradi česar so se seveda krizne situacije ponavljale in so se ti ljudje na oddelek vračali. Imeli so 12, na koncu pa, mislim, 16 postelj, kar je razmeroma majhno število. Obrat je bil hiter, pacienti več kot 14 dni tam niso bili, tisti, ki so imeli hujše probleme in so ostajali dalj časa, pa so zapolnjevali mesta. Tako se je pokazala potreba po ustanovitvi psihoterapevtskega oddelka, kar se je zgodilo štiri leta kasneje, leta 1978, kjer pa tudi jaz stopim v zgodbo.

Ta oddelek je prevzela izjemna psihiatrinja, Marija Škerlj, ki je imela prefinjen posluš za ljudi, ne da bi bila posebej za to izobražena. Prej je delala na oddelku za prvo psihiatrično pomoč, kjer so paciente obravnavali predvsem individualno, pa tudi v skupinah, ki sta jo vodila dva psihiatra ali psihiater in klinični psiholog. Ona je zmeraj prispevala pronicljive interpretacije in omogočala poglobljene uvide. Zato so ji verjetno poverili, da ustanovi in vodi oddelek za psihoterapijo.

Ta oddelek se je zatem v kadrovske in strokovnem smislu diferenciral. Sam sem recimo že čisto na začetku svoje psihiatrične specializacije opravljal razna izobraževanja v tujini, in sicer tudi iz Reichove telesno orientirane psihoterapije, kar me je kot zdravnika takrat zelo zanimalo – sploh t. i. armorirano telo oziroma mišični oklep. Terapija se je izvajala z dotiki. Sam sem se je učil v okviru inštituta v Londonu, ki ga je vodila Gerda Boyesen, neposredna Reichova učenka pred njegovim odhodom v Ameriko. Opravil sem več kot 1000 ur tega usposabljanja, kar je trajalo več let. To so bili 14-dnevni intenzivni treningi. Sem pa kasneje to opustil, saj sem začutil, da so to zgolj vstopna vrata. Videlo se je tako na nas samih, ki smo bili na tem usposabljanju, pa tudi na pacientih, da za določeno obdobje pride do olajšanja, potem pa se težave povrnejo, ni šlo za nek trajen, globinski učinek.

Takoj ko je bil oddelek za psihoterapijo ustanovljen, me je dr. Škerlj povabila, da sem reichovske tehnike izvajal s pacienti, kar jih je sproščalo in olajševalo analitsko zasnovano delo. Oddelek je bil ves čas usmerjen v psihoanalitsko terapijo, čeprav se je ni izvajalo kot danes. Imeli smo par učbenikov, ki smo jih znali na pamet, recimo Wolberga in Greensona, kar je dopolnjevalo Schultz-Henckeja. Skratka, z oddelkom sem sodeloval od vsega začetka in takoj po končani specializaciji sem se tam stalno zaposlil. Dr. Škerlj je bila takrat zaradi zdravstvenih težav dalj časa odsotna. Po njenem povratku pa smo imeli kar visok standard: za 14 pacientov dva psihiatra in kliničnega psihologa, potem pa se je ta tim še razširil.

Okrog leta 1990, ko so se izboljšale možnosti izobraževanja, smo to dobro izkoristili. Ves čas je bil poudarek na skupinski analizi, tako da se je najprej šel klinični psiholog izobraževati v Zagreb, kasneje pa smo v Ljubljano povabili strokovnjaka iz Londona, s katerim je bil tesno povezan primarij Franc Peternel, ki se je v Londonu izobraževal več let in se je tam popolnoma usposobil za skupinsko analizo. Tako se nas je takrat izobrazilo še 14. Strokovno smo razvili velik potencial. Na oddelku smo bili v tistem času namreč kar trije izobraženi za izvajanje skupinske analize, poleg mene še klinični psiholog in delovna terapevtka. Vzporedno s tem sem se sam izobraževal še iz psihoanalize, tako da smo imeli pokriti dve psihoterapevtski metodi. Poleg tega je na oddelku sodeloval tudi prof. Bogdan Lešnik, ki se je ukvarjal z analitsko psihodramo. Čeprav je delal tudi drugje, je menil, da znamo prav na našem oddelku najbolj diferencirano

razmišljati, tako da je najbolj pripadal našemu timu. Tak nabor strokovnjakov v timu je bil intelektualno spodbuden, saj smo se lahko o problemih pacientov kvalitetno pogovarjali.

2. **V timu psihoterapevtskega oddelka ste bili torej poleg osnovne izobrazbe vsi tudi dodatno izobraženi kot psihoterapevti?**

Ja, seveda. Že pred omenjenimi dodatnimi izobraževanji smo po prej omenjenem Bregantovem programu imeli vsi na oddelku opravljen enoletni podiplomski tečaj iz psihoterapije. Danes je to samo še rudiment tega, kar je bilo. Kadrovsko je za cel oddelek (op. današnja Enota za psihoterapijo na CMZ zajema dva programa: za psihoterapijo nevrotskih in osebnostnih motenj in za psihoterapijo psihotičnih motenj) na voljo polovica psihologa, vodja prof. Borut Škodlar pa je obenem še predavatelj in polovico časa na oddelku posledično ni prisoten, vse skupaj je zdesetkano. Zato se seveda tudi ne ukvarjajo ustrezno s pacienti. Psihoterapevtov ni, s skupinami denimo delajo posamezniki, ki niso končali izobraževanja iz skupinske analize. To je ta akademski vidik, ki je seveda nujno potreben, za delo s pacienti pa so vendarle potrebni predvsem izvrstni kliniki. In ob akademskih obveznostih ne ostane dovolj časa za delo s pacienti. Mi smo bili tam primarno za paciente. Čeprav smo tudi pisali, nismo imeli tako visokih akademskih ambicij. Sam sem recimo vrsto let predaval v okviru modula o psihoanalizi na Institutum Studiorum Humanitatis (ISH). Ukvarjal sem se s pedagoškim delom, ne pa z raziskovalnim. Danes je stanje drugačno.

3. **S kakšnimi težavami pa so prihajali pacienti?**

Prihajali so z raznimi nevrozami, veliko pa je bilo tudi navidezno telesnih bolezni. Nekatere so prej obravnavali nevrologi in ortopedi, tako da so imeli po deset diagnoz, potem pa so jih napotili še k psihiatru. Pot obravnave je bila pri njih dolga in je trajalo, da se je vse to odvijalo nazaj. Predstavljajte si ta proces, da je nekdo v kartoteki nabral tako veliko število diagnoz. Potem ko jih je preveč, so posamezne diagnoze odvezemali, tako da je bil na koncu ob prihodu k nam popolnoma fiksiran na eno izmed njih. Zanimivo je bilo opazovati, kako so se potem ti pacienti v skupinski analizi, kadar je ta dobro delovala, med seboj začutili in se podpirali.

4. **Kako je potekal sprejem na oddelek?**

Za nekoga, ki je potreboval hospitalno psihoterapijo, ker ni več zmožan v delovnem okolju ali je imel razsute družinske odnose, je bilo upravičeno, da se je umaknil iz svojega okolja. Včasih so bili pacienti ob prihodu k nam v težkem stanju. Nekateri so bili ‚napumpani‘ s psihofarmaki, antidepresivi, anksiolitiki, nekateri so imeli

celo trotirno terapijo, torej še antipsihotike. Ko se je tak pacient prilagodil našemu oddelku, običajno v dveh tednih, smo brez posebnih težav postopoma ukinili vsa zdravila. Nekateri so se potem zelo jezili: »Vse to sem jedel 10 let, zdaj pa vidim, da tega sploh ne potrebujem!« Menim, da je do pretiranega predpisovanja zdravil prihajalo zato, ker večina psihiatrov nima veščin, kako se pogovarjati s pacienti.

Paciente smo na oddelek pripravili s kar obsežnim vprašalnikom, da jih ob sprejemu ni bilo treba o vsem podrobno spraševati in izgubljeni časa. Določena vprašanja so bila že zastavljena psihoterapevtsko, tako da so pacientu namigovala, s čim se bo potrebno ukvarjati. Kategorialnih psihiatričnih diagnoz nismo uporabljali, saj za psihoterapevtsko delo niso bile uporabne. Smo pa Tavistockov anamnesticno-diagnostični vprašalnik še izboljšali, tako da smo ga prilagodili našemu okolju in kolikor mi je znano, so ga uporabljali tudi širše in ga na kliniki uporabljajo še danes. Ko je pacient pred sprejemom prišel na uvodni pogovor, smo tako že imeli vpogled in je ura razgovora popolnoma zadoščala za oceno, kakšne potencialne ima za psihoterapevtsko delo. Tistim, ki ga niso imeli, smo poiskali druge oblike pomoči.

Prepričan sem, da je potrebno za diagnostično oceno stanja pacientov vključiti res najbolj izkušene strokovnjake. Sam sem bil takšnemu načinu dela priča že pred leti na psihoanalitičnem inštitutu v Amsterdamu, kjer so izkušeni strokovnjaki delali brez napak, pri manj izkušenih je to težko izvedljivo. Spominjam se tudi Bregantove ‚usmerjene anamneze‘, ki je zame neživljenjska. Preveč dolga je in s prevelikim številom vprašanj se zatre spontanost pogovora. Če imaš izkušnje, lahko dobro diagnostično oceno opraviš v petdesetih minutah.

Iz prej omenjenega inštituta v Amsterdamu sem njihov vprašalnik prenesel na naš psihoterapevtski oddelek. Poleg tega smo delali tudi zvočne zapise uvodnih pogovorov. Mlajši kolegi se včasih tako niso mogli načuditi, kaj sem o pacientu izvedel v teh petdesetih minutah. Priznam pa, da sem se včasih v oceni tudi zmotil. Res je bilo to zgolj parkrat, a sem v teh primerih prevzel odgovornost in nato pacienta vseeno psihoterapevtsko obravnaval v okviru njegovih zmožnosti. Prilagodil sem se mu. Takšno ravnanje se mi je zdelo odgovorno, ne pa, da posameznika z usmerjeno anamnezo več ur sprašuješ, zatem pa mu rečeš, da ni primeren za psihoterapijo. Tako človeka samo dodatno travmatiziraš. Ne sme se tako delati!

Poleg našega je deloval še oddelek za psihoterapijo psihoz (kjer je deloval dr. Borut Škodlar), tako da so lahko pacienti med oddelkoma tudi prehajali. Tisti, ki so se na oddelku za psihoze dobro izvlekli, so lahko nadaljevali pri nas. Obratnih primerov pa je bilo bistveno manj. Morda se je v dveh ali treh primerih zgodilo, da je pri kakšnem od naših pacientov prišlo do psihotične reakcije in smo ga premestili.

5. **Kako je potekalo delo na oddelku?**

Ko smo uvedli skupinsko analizo, je bilo na oddelku sprva 14 pacientov. Spoznali smo, da je to preveč, saj nismo mogli zagotoviti ustrezne obravnave. Tako smo, malo zvito sicer, da se ne bi kdo ,pobunil', češ tako veliko strokovnjakov, pa tako malo pacientov, postopoma zmanjšali njihovo število na dvanajst in zatem na deset, pri čemer je tudi ostalo. Vsi člani tima smo bili polno zasedeni. Poleg dela na oddelku sem na dan opravil še do šest psihoanalitskih obravnav z ambulantnimi pacienti.

Obravnava pacientov na oddelku je potekala v demokratičnem vzdušju. Skupine, ki so potekale večkrat tedensko, so vodili terapevtski pari. Imeli smo kar terapevtski luksuz. Poleg rednih dopoldanskih skupin je potekala tudi večerna analitična skupina, saj so določeni pacienti zvečer bolje funkcionirali. Hkrati smo imeli še celo vrsto podpornih terapij – ena terapevtka je vodila glasbeno terapijo, druga plesno terapijo, enkrat na teden pa je potekala tudi psihodrama in likovna terapija. V najboljših časih CMZ smo imeli v timih tudi nekaj družinskih terapevtov. To pomeni, da so imeli pacienti, ki so bivali na oddelku, po 10 obravnav na teden. Ker je bila v tistih časih Slovenija slabo psihoterapevtsko pokrita, je bilo potrebno delati intenzivno, če smo hoteli biti uspešni. Tudi rigidni nismo bili. Omejitev je sicer bila, naj bi bili pacienti pri nas tri mesece, a če je kdo dobro napredoval, ni pa bilo možnosti, da bi blizu domačega kraja nadaljeval s psihoterapijo, smo bivanje pri nas podaljšali.

Še za CMZ je bilo zelo demokratično, da na našem oddelku pacientov nismo nadzorovali. Smatrali smo jih za samostojne in prištevne. Zato nismo dovolili, da bi se kdor koli ob popoldnevih in ponoči vtikal vanje, npr. recimo dežurni zdravniki ali sestre CMZ. Včasih se je zgodilo, da so se naši pacienti preveč zabavali, vendar osebju nismo dovolili avtoritarnih prijemov. Smo pa potem take dogodke obravnavali na terapevtskih seansah.

Pacienti so usklajenost in dobro sodelovanje v timu čutili. Vedeli so, da se o njih pogovarjamo pogosto, kar jim je dajalo občutek varnosti. Svojemu delu smo bili posvečeni. Nismo se osredotočali na kariero, posvečali smo se pacientom. Pa sem kariero naredil kljub temu, a me sama po sebi ni nikoli zanimala, to se je zgodilo naravno. Morda bom rekel nekaj čudnega, a se mi zdi ambicija grda stvar, ambicioznost mi ni všeč. Biti moraš predan, navdušen nad nečem, in rezultati se bodo pokazali. Če loviš nazive, ni predanosti. To je bistveno tudi za paciente, saj to opazijo, začutijo. Nekoč mi je kolegica rekla: »Matjaž, a veš, kaj pri tebi najbolj spoštujem,« pa sem si mislil, le kaj bo povedala. In je nadaljevala: »Ta tvoj neverjetno spoštljiv odnos do pacientov.« Dogajalo se je namreč, da so kdaj pacienti v ustanovah, ko so stali pred vrati, o sebi slišali kaj grdega, kar ni spoštljivo. Spoštovanje je bistveno.

6. **Ali ste sam v proces obravnave vključeval tudi družine?**

Ne, ker je bila takšna doktrina. Danes imamo tudi sistemske družinske pristope, a sam sem delal klasično psihoanalitsko. In če po tem pristopu dobro delaš s pacientom, se ne spremeni samo pacient, temveč tudi okolica, ne samo družina, ampak širše. Fascinantno mi je, ko se spomnim na pacienta iz okolice Kopra, ki je bil pri meni v intenzivni obravnavi. Cela vas se je spremenila! Znal je tako odlično komunicirati z drugimi, da so začeli sovaščani k njemu voziti na pogovor tudi svoje otroke. Res je imel izjemen vpliv.

7. **Od kod pa so prihajali ambulantni pacienti?**

Vsi smo imeli še ekstraprofilne skupine, skupaj smo pokrili okrog 30 pacientov, tudi 40. Spomnim se, da sem o tej silni motivaciji v timu nekoč napisal članek. Dopusčali smo, da je potekala skupinska analiza na oddelku na dolgi rok, delali smo po principu priprtih vrat, kar je pomenilo, da so v skupino prihajali novi pacienti, drugi so odšli. Pacienti so se po odpustu odločali, ali nadaljujejo z skupinsko obravnavo ali individualno. Nekateri so se vozili v ambulanto od daleč, recimo iz Slovenj Gradca. Občasno smo slišali komentarje, da če človek ne plača psihoterapije, ni motiviran. Pa še kako moraš biti motiviran, če se pripelješ od tako daleč, nekateri so hodili k meni na analizo štirikrat tedensko! Če je nekdo prihajal s Kozine nekaj let štirikrat na teden, je par avtomobilov ,ferderbal', preden je zaključil terapijo. Precej dobro smo torej pokrili paciente po končanem zdravljenju na oddelku, povratništva praktično ni bilo. Skupaj nas je bilo po vsej Sloveniji 14 skupinskih analitikov, tako da smo jim nadaljevanje obravnave organizirali čim bliže domačega kraja.

8. **Obravnava na psihoterapevtskem oddelku je bila torej dostopna vsem. Kako pa je bilo s plačilom?**

Vse stroške je krilo zdravstveno zavarovanje. Ja, sliši se kot pravljica. Ko sem sam pričel s psihoanalitičnimi obravnavami, sem vprašal prof. Milčinskega: »Kako pa z zavarovalnico, če bom imel pacienta v obravnavi štirikrat na teden?« Pa je stoično odgovoril: »Poskusite in boste videli!« In sem poskusil in nikdar se ni nihče ob to obregnil.

9. **Kako vidite današnje stanje?**

Timov, kot je bil naš, danes gotovo ne najdete več, tudi na CMZ ne. Zdi se mi, da je šlo vse samo navzdol, da je stanje zgolj še senca sence tistega, kar smo imeli na oddelku v najboljših časih. Naš način dela je zelo dobro deloval. Če pogledate, kaj je obstalo do danes, pa je to katastrofa – tudi izobrazbeno. Menim, da smo mi bili izredno kvalitetni kliniki. Od nas se nihče ni ukvarjal primarno z znanostjo,

temveč s pacienti. Kasneje je prišla generacija, ki je še pred specializacijo doktorirala. Zdi se mi, da gredo nekatere reči v psihiatriji izrazito rakovo pot.

10. **Kaj bi bilo treba storiti, da se ponovno vzpostavi kvaliteten psihoterapevtski oddelek in ali je to sploh možno?**

Mislím, da bi bilo dobro imeti eno osrednjo ustanovo, ki bi bila tudi kadrovsko dobro zasedena. K nam so namreč ves čas prihajali specializanti klinične psihologije in psihiatrije. Tisti, ki so želeli naše delo podrobneje spoznati, so, podobno kot pacienti, pri nas ostajali dalj časa, tudi po tri mesece. Sicer na to nimam nobenega vpliva več, a mením, da bi morali Enoto za psihoterapijo na CMZ kadrovsko na novo postaviti in bi s tem dobili tudi podporno središče za druge, manjše enote v državi. Centri za duševno zdravje, ki se zdaj vzpostavljajo, so namreč majhne enote, ki niso povezane s kliniko kot osrednjo ustanovo. Ta povezava je pomembna, saj bi bilo nujno zagotoviti izkušene strokovnjake, ki bi te time supervizirali. Nekateri strokovnjaki danes na psihiatrični kliniki ne morejo delati, saj je recimo potrebno imeti specializacijo iz klinične psihologije, in tako tisti brez nje ne morejo pristopiti, kar je problem. Prav tako so problem tudi tako različna mnenja, koga dovoliti delo s pacienti, takrat je bil uveljavljen le en model dela.

Tudi izobraževanje psihiatrov in kliničnih psihologov je bilo takrat zelo dobro, saj so morali takoj na začetku specializacije vsi v Bregantov psihoterapevtski tečaj, česar danes več ni. Tečaj je obsegal okrog 350 ur, proti koncu so specializanti že delali s pacienti pod supervizijo, imeli so tudi osebno izkušnjo, poznali so različne tehnike, saj ni bilo izobraževanje omejeno samo na psihoanalizo. Sam sem nekaj časa v sklopu tega tečaja denimo predaval o geštalt pristopu, ki ga je pri nas prva predstavila prof. dr. Tanja Lamovec.

11. **Ali menite, da bi bilo dobro v sedanjo Enoto psihoterapijo, v kolikor bi se bolj odprla, vključiti tudi tiste, ki so se izobrazili za opravljanje samostojnega poklica psihoterapevt? Ali pa menite, da bi bilo bolj ustrezno zgolj obnoviti usposabljanja z določenimi psihoterapevtskimi vsebinami, kot je bil npr. tečaj iz psihoterapije v času vaše psihiatrične specializacije?**

Temeljni problem je po mojem v paradigmi, kako gledati uporabnike – najsi bodo to klienti ali pacienti. Če imamo npr. pacienta z obsesivno-kompulzivno motnjo, je to diagnozo dobil na podlagi zdravstvene klasifikacije. In medicinska stroka, kamor sodijo psihiatri in klinični psihologi kot njihovi sodelavci, je organizirana na način specializacij. Danes ni nobenega zdravnika več, razen kakšnega res starega, ki ne bi opravil specializacije. Brez nje se ne sme delati. Zato je Združenje

psihoterapevtov Slovenije (v nadaljevanju ZPS) vložilo na Ministrstvo za zdravje predlog programa specializacije iz psihoterapije. Kandidati naj bi jo opravili po osnovnem študiju. Ne vem, kje in zakaj se je to zapletlo, saj je bila dilema zgolj pri vstopnih kriterijih, čeprav se je vedno smatralo, da lahko pristopi tudi nekdo s humanistično izobrazbo. Vendar bi bilo potrebno v tem primeru program specializacije individualno prilagajati. Npr. nekdo s humanistično predizobrazbo potrebuje več izobrazbe iz nevrologije, kdo drug na katerem drugem področju.

Žal ne morem reči drugače, a mnogi zdravniki, tudi somatski, so pravi 'runkeljni', saj se s pacienti sploh ne znajo pogovarjati. Absurd je, da medicinski študij nima v programu skoraj nič tovrstnih vsebin. Zdravniki bi morali osvojiti dialoška znanja in veščine. Kot pravi staro reklo, ne more nekdo biti psihoanalitik, če nima širših humanističnih znanj. Zato mením, da ta sistem specializacije iz psihoterapije ne bi smel biti rigid. Sem pa vsekakor za specializacijo po magistrski stopnji. S tem predlogom se je veliko ukvarjala generalna sekretarka Združenja psihoterapevtov Slovenije, dr. Tina Šentočnik, in seveda strokovni svet ZPS. Predlog specializacije, ki naj bi trajala pet let, smo sestavili tako, da prvo leto specializacije predstavlja prilagodljiva splošna baza znanj, drugi del pa preverjeni in uveljavljeni psihoterapevtski pristopi.

ZPS je torej takšen predlog dalo na ministrstvo, a kot kaže, se s tem nič ne dogaja. Vendar bi bila takšna specializacija rešitev tako z vidika medicine, ki temelji na specializaciji, kot tudi bi omogočila vključevanje posameznikov z drugih področij. Podobno kot velja sicer v visokošolskem izobraževanju, kjer se interdisciplinarni programi vedno bolj uveljavljajo. Sedaj pa vsak vleče samo na svoj konec. To počnejo psihiatri na cehovski način, čeprav v sklopu specializacije iz psihiatrije že dolgo nimajo psihoterapevtskega tečaja. Celo tečajev iz psihopatologije nekaj časa niso imeli. Ta je nekoč obsegal 300 ur, potem se je to skrčilo na minimum, a so specializanti kljub temu opravljali specialistične izpite.

12. **Kako pa je bilo z obračunavanjem psihoterapevtskih storitev? Po nedavnih podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije se dogaja s strani psihiatrov in kliničnih psihologov veliko nepravilnosti, tako da gre večina javnega denarja za opravljanje površinskih psihoterapevtskih pogovorov ali da se celo evidentirajo storitve, ki dejansko niso bile opravljene?**

Ne vem, kako danes zavarovalnice krijejo psihoterapevtske storitve. Vidim pa, kaj se dogaja pri zdravnikih, raznih specialistih, to je kriminalno. Recimo moj naslednik, predstojnik Gorazd Mrevlje, je delal tudi privatno v Barsosu večkrat na teden. To je res fenomen dvoživk, čeprav se zdaj razburjajo. Medicina je prišla na slab glas, tisti, ki delajo dobro, pa žal nastradajo.

V času, ko sem bil vodja psihoterapevtskega oddelka, sem sam preverjal, kdo si beleži psihoterapevtske storitve. Kolegi so bili izjemno poštene. Ne vem sicer, ali iz strahu pred menoj, ampak psihoanalitične obravnave so beležili zgolj tisti, ki so bili potrjeni s strani ZPS. Evidenca je bila poštena, nihče pri beleženju ni goljufal. Zdajšnji zaposleni si psihoterapevtske storitve še vedno pišejo, čeprav zanje niso usposobljeni, nekateri, ki pa so usposobljeni, pa so odšli delat na svoje.

13. Kako pa ste zaključili z delom na oddelku za psihoterapijo?

Hudo sem zbolel in bil tako rekoč na smrtni postelji. Rekel sem si, da mi je ostalo zelo malo življenja, da je čas, da poskrbim zase in ne več za paciente. To je bilo pred dvanajstimi leti. Usmeril sem se v literaturo, napisal sem osem knjig in posnel tri filme. Če ne bi zbolel, bi najbrž vsa ta leta še naprej opravljal isto delo, ker sem bil deloven, in tudi zelo rad sem delal s pacienti.

14. Kaj pa drugi sodelavci?

Ustanoviteljica dr. Škerlj je že pred mojim odhodom umrla, zbolel je tudi klinični psiholog in odšel z oddelka. Namesto ustanoviteljice smo dobili mlajšo kolegico, ki je takrat že imela doktorat in se je vključila v usposabljanje iz skupinske analize, a je kasneje odšla v zasebno prakso. Zatem se nam je pridružila še ena specializantka, ki mi je pred kratkim povedala, da je odšla. Če ni spodbudnega okolja, če ni pravih nadrejenih, se zagon razgubi. Škoda. Mislim, da je sistem nemogoče vzpostaviti nazaj, potrebovali bi res močno figuro, sposobnega vodjo. Sem pa prepričan, da potrebujemo tak center, središče, na katerega bi se lahko obračali manjši centri, za podporo in tudi nadzor.

15. Malo smo se tega že dotaknili, pa vendar – kako živite in delate zadnjih 12 let? In glede na to, da ste doštudirali tudi primerjalno književnost, kaj vam daje umetnost?

Kot že omenjeno, se mi je zdelo, da moram poskrbeti zase. In ko sem z eno nogo že na drugem svetu prišel iz bolnice, sem napisal svojo prvo kratko zgodbo, zatem pa se mi je odprlo in sem pisal vse živo. Ob pisanju življenjepisa Rimbauda sem recimo na spoštljiv način uporabil psihoanalizo. Nato sem spisal več kot 110 kratkih zgodb in se kar čudil, od kod vse to prihaja. Sledil je roman o nenavadni družini, eseji in še kaj. Zadnja tri leta sem v navezavi z ljubljansko podružnico Univerze Sigmunda Freuda z Dunaja izpeljal t. i. Sokratske pogovore o psihoanalizi, kjer nekdo od študentov predstavi zanimiv tekst, nato o tej vsebini obširno debatiramo. Prav tako sem na SFU Ljubljana pričel z interaktivnimi seminarji Psihoanaliza in literatura, kjer izberemo literata in ga psihoanalitsko obdelamo. Zame je to fantastična izkušnja! Kako pripravljene prihajajo udeleženci,

priponbe so izredno bistrumne, tako da sem se tudi sam veliko naučil. Spomladi bomo pričeli z novim krogom, tokrat bo na vrsti Kafka in vas kar vabim, da se pridružite.

16. S pacienti pa ne delate več?

Ne, se namreč kar naježim, ne gre več. Kvečjemu če me kdo prosi za prvo diagnostiko, pa še to je zelo redko. Diagnostično oceno še rad naredim, saj se mi zdi, da so ljudje zadovoljni. Psihoterapije pa ne izvajam več, saj so psihoanalitične obravnave lahko zelo dolge.

17. In za zaključek še vaš pogled na to, v kakšni družbi živimo?

Mislim, da je najbolj grozno to, da so danes nosilni poklici, ki jim ljudje a priori bolj zaupajo, med katere zagotovo spadajo zdravniki, psihoterapevti, učitelji in tudi duhovniki, vsak na svoj način kompromitirani. In mislim, da se ljudem slabo piše. Tistih, ki bi radi še kaj izboljšali, se pogosto ne sliši, so kot kaplja v morje. Tudi če se nekdo, ki bere knjige, navdušuje nad tem, kar ste napisali, z dobrimi idejami težko vpliva na širšo družbo. Sem pa hkrati mnenja, da če se tisto, kar imaš za povedati, dotakne zgolj enega, je že to vredno. Vredne so se mi pokazale tudi dolgotrajne terapevtske obravnave, v katerih so trpeči ljudje z velikimi vložki razvili neverjetne reči. Odprlo se jim precej več, kot bi se jim brez psihoterapije. Imel sem res občudovanja vredne paciente!