

**Intervju z Miranom Možino, dr. med., spec. psihiatrom, psihoterapevtom,  
Objavljeno v *Medicina danes*, april 2009, letn. 1, št. 7, str. 8-9**

## **LOČIMO POKLICNO OD GENERIČNE PSIHOTERAPIJE, PSIHOTERAPEVTE OD ŠARLATANOV IN ZAKONSKO UREDIMO PSIHOTERAPEVTSKO DEJAVNOST.**

**Kakšna je razlika med psihiatrijo, psihoterapijo in klinično psihologijo – kako te razlike vidi stroka in kako ljudje, ki potrebujejo to pomoč?**

Pri ljudeh, ki potrebujejo psihoterapevtsko pomoč, se pri nas še vedno mešajo predstave o poklicih psihiatra, psihologa in psihoterapevta. Večinoma ne poznajo posebnosti oziroma tistih kvalitiet psihoterapije, ki jo definirajo kot samostojno znanost in poklic psihoterapevta kot samostojni poklic. Običajno ljudem zato najprej na kratko pojasnim različne poti izobraževanja do teh treh poklicev. *Psihiater* lahko postane le tisti, ki je najprej doštudiral šestletni študij medicine in potem pet let specializiral psihiatrijo. Štiriletni študij *psihologije* pri nas poteka na Oddelku za psihologijo Filozofske fakultete (FF) v Ljubljani, po zaključku pa so možne tri specializacije: štiriletna za klinično psihologijo na Medicinski fakulteti v Ljubljani, specializacija za klinično psihološko svetovanje in specializacija za šolsko psihologijo na FF. Za *psihoterapevta* pa do pred kratkim ni bilo možno študirati takoj po maturi (ta možnost se je na svetu prvič odprla oktobra 2005 v okviru Univerze Sigmunda Freuda (USF) na Dunaju, pri nas pa v sodelovanju z USF oktobra 2006, tako da trenutno vpisujemo že četrto generacijo študentov), ampak le kot drugi poklic, torej je moral kandidat prej imeti visokošolsko (ali vsaj višješolsko) diplomo. Izobraževanje za *psihoterapevta* kot drugi poklic po evropskih kriterijih je po obsegu in zahtevnosti enakovredno fakultetnemu študiju, saj traja okoli sedem let: najprej ti. propedeutika oz. uvodni študij (najmanj 1350 ur, porazdeljenih v času dveh do treh let) in nato specialna edukacija iz enega od terapevtskih pristopov, npr. psihoanaliza, geštalt, sistemska terapija (najmanj 1400 ur, porazdeljenih v času najmanj 4 let).

Razlike v fokusu dela pa ljudem opišem v enem stavku: psihiater zdravi z zdravili, klinični psiholog opravlja psihološko testiranje, psihoterapevt pa zdravi s pogovorom. Seveda tak telegrafski opis marsičesa ne zajame, da npr. lahko tudi psihiatri in klinični psihologi pomagajo pacientom s pogovorom (psihiatrični intervju, klinično psihološko svetovanje). Vendar je dejstvo, da zdravila lahko predpisuje le psihiater, testira pa le psiholog. Kar se terapevtskega pogovarjanja tiče, pa stvari pri nas še niso dobro postavljene oz. zakonsko regulirane. Tako lahko po obstoječi regulativi v zdravstvu danes pri nas opravljajo psihoterapevtske storitve psihiatri in klinični psihologi (in so za to plačani s strani zavarovalnice) in to tudi v primeru, če nimajo celotne psihoterapevtske izobrazbe. Po drugi strani psihoterapevti s popolno psihoterapevtsko izobrazbo, ki po osnovni izobrazbi niso psihiatri ali klinični psihologi, ne morejo priti do koncesije za opravljanje psihoterapevtskih storitev.

**Kakšna je po vaše kakovost teh strok v Sloveniji v primerjavi z razvitimi evropskimi državami, kje so največje težave po vašem? Kako vi vidite kakovostno varstvo duševnega zdravja v Sloveniji?**

Če pogledamo na slovensko **psihiatrijo** iz vidika medicinskega modela, ki ga pri nas v psihiatriji še vedno preveč poudarjajo, je ocena kakovosti pozitivna. Vendar se žal medicinski

model pri obravnavanju hudih, dolgotrajnih in ponavljajočih se duševnih motenj (npr. psihotične motnje) ni obnesel in v razvitih evropskih državah (npr. Italija, Avstrija, Nemčija, Anglija, Nizozemska) so v zadnjih dveh do treh desetletjih izvedli psihiatrično reformo v smeri ti. skupnostnega pristopa v psihiatriji. To pomeni, da so težišče psihiatrične skrbi prenesli iz bolnic v lokalno skupnost. Zdravljenje z zdravili s kratko hospitalizacijo (večinoma ne več v psihiatričnih bolnicah, ki so jih zaprli oz. zmanjšujejo število postelj) je ključno predvsem v akutnih fazah, prevladujejo pa psihosocialne oblike pomoči, ki so pacientom lokalno dostopne (npr. dnevni centri, bivalne skupine, invalidska podjetja oz. pomoč pri zaposlovanju). V (pre)dolgem procesu sprejemanja zakona o duševnem zdravju se je pokazalo, kako vpliven je pri nas tisti del psihiatrije, ki ne more zares stopiti čez Rubikon iz tradicionalnega, medicinskega v sodobni skupnostni model psihiatrične skrbi. Večkrat lahko v javnih debatah slišimo, da je eden glavnih razlogov za to, vpliv farmacevtske industrije, vendar je ta prav tako močna v drugih evropskih državah, kjer so glede psihiatrične reforme daleč pred nami.

Na področju **klinične psihologije** je v zadnjih letih prišlo do pozitivnega premika v okviru Zbornice kliničnih psihologov v zdravstvu Slovenije, kjer se uveljavlja nova generacija, ki je manj obremenjena s starimi pozicijami in nasprotji in obstaja upanje, da ji bo uspelo povezati vrste. Veliko pa je še težav, ki se vlečejo iz preteklosti. Naj omenim le nekatere:

- psihološka dejavnost v Sloveniji še vedno ni zakonsko regulirana (poskus sprejetja zakona o psihološki dejavnosti je pred 10 leti propadel zaradi nasprotij med psihologi samimi);
- klinični psihologi so v hierarhiji psihiatričnih služb še vedno pod psihiatri, njihova dejavnost je vezana predvsem na psihološko diagnostiko, v zdravljenju imajo premajhno vlogo, še posebno premalo doprinašajo k razvoju skupnostne skrbi za psihiatrične paciente, čeprav njihov interes in usposobljenost za psihoterapijo raste;
- vstop v specializacijo iz klinične psihologije je zaradi majhnega števila mest vedno bolj podoben velikemu zadetku na loteriji (saj mora ustanova, ki pošlje svojega psihologa na štiriletno specializacijo iz klinične psihologije, sama kriti velike stroške specializacije);
- nasprotja med kliničnimi psihologi so dolgo onemogočala njihov enotni nastop navzven.

**Psihoterapija** v Sloveniji ima 40-letno zgodovino in v primerjavi z na področju psihoterapije razvitimi državami (npr. Avstrija, Nemčija, Anglija, Italija, Nizozemska itn.) močno zaostaja. To je razvidno iz kateregakoli vidika primerjave, saj v Sloveniji:

- primanjkuje psihoterapevtov;
- poklic psihoterapevta ni registriran;
- psihoterapija kot zdravstvena dejavnost, ki je ne opravljajo zdravniki, je bila registrirana šele pred 5 leti;
- obseg psihoterapevtskih storitev je veliko premajhen glede na potrebe;
- velike so razlike v kvaliteti in ceni ponujenih psihoterapevtskih storitev;
- dostopnost do psihoterapevtskih storitev je slaba;
- za paciente ni preglednega sistema informiranja o vrsti in kvaliteti psihoterapevtskih storitev;
- regionalno so velike razlike v gostoti psihoterapevtov, tako da obstajajo bele lise;

- psihoterapija je preslabo integrirana v sistem javnega zdravstva, saj trenutno lahko opravljajo psihoterapijo v okviru javnega zdravstva samo psihiatri in klinični psihologi v velik premajhnem obsegu glede na potrebe;
- zavarovalnice ne plačujejo psihoterapevtskih storitev na tržišču (kjer ni državne koncesije);
- večina psihoterapevtov, ki so končali izobraževanje po evropskih standardih in kriterijih za poklicnega psihoterapevta, ne dela na področju psihoterapije oz. delajo samo v majhnem obsegu v prostem času;
- v izobraževanju in usposabljanju iz psihoterapije primanjkuje domačih učiteljev;
- od tistih, ki končajo izobraževanje in usposabljanje iz psihoterapije v obstoječih programih po društvih in inštitutih, jih premalo doseže raven poklicnega psihoterapevta, ampak prevladujejo ti. generični psihoterapevti;
- nekateri programi izobraževanja in usposabljanja iz psihoterapije ne upoštevajo evropskih standardov in kriterijev za poklicnega psihoterapevta;
- nimamo registra psihoterapevtov, supervizorjev, učiteljev, učnih terapevtov, ki bi bil pregleden, ažuren in javno dostopen;
- nimamo nacionalne mreže ustanov, kjer bi potekala psihoterapevtska praksa in kjer bi edukanti psihoterapije lahko opravljali supervizirano prakso;
- pravice pacientov niso zaščitene, saj npr. niso zaščiteni pred šarlatanstvom in zlorabami samooklicanih strokovnjakov, etičnega nadzora praktično ni;
- veliko psihoterapevtskih storitev poteka v okviru sive ekonomije;
- publicistična dejavnost je skromna, premalo je prevodov temeljnih del s področja psihoterapije, premalo je kvalitetnih učbenikov. Nimamo psihoterapevtske edicije. Prva slovenska strokovna in znanstvena revija *Kairos – Slovenska revija za psihoterapijo* je začela izhajati šele leta 2007;
- premalo je strokovnih knjižnic s psihoterapevtsko literaturo in periodiko;
- premalo je v Sloveniji kvalitetnih mednarodnih strokovnih prireditev, predvsem znanstvenih kongresov s področja psihoterapije;
- raziskovanja na področju psihoterapije praktično ni;
- ni v Sloveniji akreditiranega fakultetnega študija psihoterapije, ki bi omogočal študij psihoterapije takoj po maturi, za prvi poklic;
- psihoterapija je premalo integrirana v akademski svet, saj primanjkuje univezitetnih programov iz psihoterapije;
- kvalitetni strokovnjaki iz področja psihoterapije nimajo pogojev za akademske kariere;
- družbeni položaj psihoterapije je marginalen;
- ni fundacij, ki bi zbirale sredstva za razvoj psihoterapije (npr. za štipendije);
- javnost je premalo seznanjena s psihoterapijo in laiki npr. pogosto še vedno ne razlikujejo med psihiatrijo, psihologijo in psihoterapijo;
- v javnosti je obisk pri psihoterapevtu podobno kot pri psihiatru še vedno obremenjen s stigmatom.

Za večjo kakovost varstva duševnega zdravja v Sloveniji obstajajo zato še velike rezerve tako v okviru razvoja posameznih strok (psihiatrije, psihologije, psihoterapije) kot tudi v boljšem sodelovanju in dopolnjevanju med njimi. V paleti skupnostne skrbi za duševno zdravje ima psihoterapija gotovo pomembno mesto.

### **Kakšne so povezave med temi strokami in kje se te izključujejo?**

Pred leti je v Angliji žal propadla iniciativa za sprejetje zakona o ti. »talking cures« (zdravljenjih s pogovorom), ki bi lahko bil dober zgled za povezanost med temi strokami.

Povezati in hkrati razmejiti so poskušali med lečečimi pogovori, ki jih opravljajo zdravniki oz. psihiatri, psihologi in psihoterapevti. Sodobna nevroznanost je v zadnjih desetih letih s posnetki strukturnih sprememb v možganih prepričala še največje skeptike: pogovor med terapevtom in pacientom je lahko zdravilen, saj spremeni povezave v možganih! Kadar deluje, psihoterapija (in za druge oblike zdravnih pogovorov velja prav tako) deluje tako, da spreminja možgane. Če ne spremeni možgan, tudi ni učinkovita. V tem smislu psihoterapija izkorišča biološke mehanizme za zdravljenje duševnih motenj. V okviru nevroznanstvenih odkritij zato nastajajo nove povezave med psihologijo in psihoterapijo na eni strani in medicino, psihofarmakoterapijo in psihiatrijo na drugi strani.

Pri psihoterapiji in farmakološki terapiji ne gre zgolj za dva različna načina, kako doseči pretežno enakovreden učinek, pri čemer bi en način deloval preko čutnih zaznav, drugi pa biokemijsko. Njun odnos ni ne alternativen ne zrcalen. Brez čutnih izkušenj, ki zadovoljujejo osnovne človekove potrebe, ne moremo živeti in biti srečni. Možgani so naravnani na doživljanje takšnih izkušenj. Prava mešanica nevrottransmiterjev še ne pomeni formule za srečnega človeka. Vsekakor predstavlja pomemben pogoj, ki je pri večini ljudi na srečo izpolnjen. Če temu iz kakršnegakoli razloga ni tako, je lahko zelo koristno, če moteno ravnotežje vzpostavimo z zdravili. Včasih je to tudi edini način, ki zagotavlja uspeh. S tega vidika je obravnavani pacient (spet) enakovreden ljudem, pri katerih je mešanica nevrottransmiterjev pravilna že po naravi. A samo s tega vidika. O sreči in nesreči tega človeka na ta način namreč še zdaleč ni odločeno. To je še naprej odvisno od njegovih čutnih izkušenj. Tudi za farmakološko obravnavanega človeka velja, da svojih življenjskih izkušenj ne le preprosto doživi, temveč jih v veliki meri povzroča sam.

Možgani ne morejo delovati brez izkušenj, posredovanih preko lastnih zaznav. Te izkušnje vplivajo na možgane tudi, če so slednji pod vplivom psihofarmakov. Če so izkušnje slabe, bodo slabi tudi njihovi učinki. Izkušnje posameznika in njihov pomen zanj so v veliki meri odvisni od tega, kaj ga motivira in kaj počne. Večine izkušenj ne doživimo zgolj pasivno, tudi tistih ne, ki vodijo k duševnim motnjam in ki slednje ohranjajo. Ljudje so od svojega prvega pa do zadnjega diha motivirani, pri čemer lahko gre za približevanje ali izogibanje. Enako velja za ljudi z duševnimi motnjami. Vedno, pa naj bo njihovo farmakološko zdravljenje še tako uspešno, bodo potrebovali tudi navodila in podporo za vzpostavljanje drugih, pozitivnejših in manj škodljivih izkušenj od dotedanjih. Šele s konkretnimi pozitivnejšimi življenjskimi izkušnjami bodo v možganih nastale samoohranjajoče nove, bolj zdrave strukture in procesi. Za zdravljenje duševnih motenj bo kljub velikemu razvoju farmakoloških možnosti zdravljenja vedno potrebna tudi poklicna skupina, ki bo imela dovolj časa in bo specializirana za to, da bo v posameznih primerih poiskala najustreznejšo vrsto izkušenj, ki bi jih moral doživeti posameznik, da bi se njegovo stanje izboljšalo, ter ki ga bo vodila in podpirala, da bo te izkušnje tudi doživel. S proučevanjem možganov psihoterapija torej nikakor ne postaja nepomembna. Ravno nasprotno, njena nujnost izhaja neposredno iz nevroznanstvenega vidika psihičnih motenj. Mnogi, ki so bili do nje skeptični, jo bodo zato postopoma prepoznali kot nujno in pomembno.

### **Kam gre razvoj slovenske psihoterapije? Katere organizacije so na slovenskem psihoterapevtskem zemljevidu ključne?**

V Sloveniji imamo ta trenutek dve ključni organizaciji (obe ustanovljeni leta 1998):

- **Združenje psihoterapevtov Slovenije (ZPS)**, ki se je razvilo iz Psihoterapevtske sekcije Slovenskega zdravniškega društva in ki omogoča včlanitev posameznikom in

- **Slovenska krovna zveza za psihoterapijo (SKZP)**, ki je povezala večino slovenskih društev in inštitutov, ki zagotavljajo pestrost psihoterapevtskih izobraževanj in praks.

Obe organizaciji sodelujeta z evropskimi krovnimi strokovnimi združenji (npr. ZPS z EFPO – Evropskim združenjem društev psihologov, SKZP pa je pooblaščen nacionalna krovna organizacija EAP - Evropske zveze za psihoterapijo) in si prizadevata za uveljavljanje psihoterapije kot avtonomne dejavnosti in samostojnega poklica v širšem družbenem prostoru. V okviru Delovne skupine za pripravo zakona o psihoterapevtski dejavnosti, ki je bila pri Ministrstvu za zdravje ustanovljena jeseni 2006, so predstavniki ZPS in SKZP uskladili stališča:

- da se je psihoterapija razvila v samostojno, strokovno in znanstveno disciplino in da predstavlja opravljanje psihoterapevtske dejavnosti samostojen poklic;
- da se psihoterapevtsko izobraževanje opravlja na visoki, kvalificirani in znanstveni ravni v skladu z evropskimi kriteriji in da ni dobro, da bi se zabrisala meja med tistimi, ki so se za svojo izobrazbo iz psihoterapije prizadevali mnogo let in med poskusi enostavnega in nepopolnega vključevanja v stroko;
- da je uspešnost psihoterapije strokovno utrjena in potrjena tudi z novimi nevroznanstvenimi odkritji o delovanju možganov, vse do vpliva genetske strukture;
- da je treba zaščititi psihoterapevtsko dejavnost v Sloveniji in zelo jasno razmejiti poklic psihoterapevta od splošnih in enostavnih psihoterapevtskih vplivanj, ki pa ne izhajajo iz celote mnogoletnega izobraževanja in usposabljanja;
- da je dozorel čas za zakonsko ureditev psihoterapevtske dejavnosti v Sloveniji;
- da je treba jasno definirati naziv psihoterapevta in ga razmejiti od drugih načinov duševnega vplivanja v zdravstvu in/ali drugih podobnih dejavnostih, ki so tudi namenjene izboljšanju človekovega delovanja in njegovega življenjskega ravnotežja ter duševnega zdravja. Osnovna je razmejitev med znanstveno utemeljeno psihoterapijo in raznimi pristopi zdravilstva ter duhovnimi gibanji.

Slovenska psihoterapija, ki se povezuje s sodobnimi evropskimi in svetovnimi tokovi, se danes nahaja na pomembni prelomnici: vedno bolj se namreč uveljavlja kot samostojna znanstvena disciplina in kot samostojen poklic. Na družbeni ravni gre za zahteven prehod od marginalne v avtonomno zdravstveno dejavnost, ki nujno zahteva tudi sodoben zakon o psihoterapevtski dejavnosti in fakultetni študij po bolonjski shemi. Ni več daleč čas, ko se bo v paleti ti. pomagajočih poklicev tudi v Sloveniji (kot se je to že zgodilo po nekaterih evropskih državah) psihoterapevt postavil ob bok poklicem kot so psiholog, zdravnik oz. psihiater, socialni delavec, socialni in specialni pedagog, delovni terapevt idr. Hkrati psihoterapija vse bolj odločno vstopa v akademski svet. Vse te spremembe slovenske psihoterapije so povezane z dogajanjem v evropskem prostoru, še posebej v državah evropske unije, kjer v Bruslju v okviru platform za organiziranje novih poklicev, potekajo tudi aktivnosti za reguliranje poklica psihoterapevt v državah EU.

**G. Branko Franzl je v svojem komentarju zapisal, da imamo v Sloveniji le peščico ustrezno usposobljenih psihoterapevtov, poklic pa sploh formalno ne obstaja in da se za psihoterapevta lahko razglasi kdorkoli? Se strinjate s tem? Je v Sloveniji strokovnjakov s področja psihoterapije preveč ali premalo?**

Strinjam se z vsem. Če so bili prvi psihoterapevti v sedemdesetih letih v Sloveniji zlasti psihiatri in klinični psihologi, pa so se v zadnjih 20 letih vrata do psihoterapevtske izobrazbe,

še posebno odkar omogočata izobraževanje iz psihoterapevtske propedeutike tako SKZP kot ZPS, odprla tudi za predstavnike drugih poklicev (npr. socialni delavci, socialni pedagogi, teologi, sociologi, pedagogi, andragogi, pravniki, ekonomisti), tudi takih, ki ne spadajo med humanistične ali družboslovne (npr. agronomi, inženirji). Psihatri in klinični psihologi v okviru svojih specializacij dobijo določena, vendar omejena psihoterapevtska znanja. Ne glede na to, koliko koristnega dela lahko s tem znanjem opravijo (v okvirih svojih storitev), pa zahtevata naziv psihoterapevta in izvajanje poklicne psihoterapije dodatno izobraževanje v skladu z evropskimi standardi in normativi, ki traja v povprečju (od uvodnega preko osnovnega do posebnega specialističnega izobraževanja in usposabljanja) okoli 5 let.

Pomembno je torej, da zakonsko uredimo področje ti. specialistične, poklicne psihoterapije in ga jasno razmejimo od ti. generične psihoterapije. Strokovnjaki z različnimi poklici lahko v različnih obsegih integrirajo psihoterapevtska znanja in veščine, tako da povečajo kvaliteto svojega dela v okviru svojega poklica (npr. socialni delavec integrira psihoterapevtska znanja za izvajanje socialno varstvenih storitev, šolski psiholog za izvajanje storitev v okviru šolskih svetovalnih služb itn.). To je generična psihoterapija. Poklicni psihoterapevt pa lahko postane samo tisti, ki opravi celotno psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje po evropskih kriterijih.

V Sloveniji je ta trenutek okoli 200 ljudi s poklicno identiteto psihoterapevta. Ker nimamo nacionalnega registra psihoterapevtov, so možne le približne ocene. Poleg tega je večina terapevtov zaposlenih v svojem prvotnem poklicu, npr. kot (klinični) psihologi, psihiatri, socialni delavci, pedagogi in imajo zelo različne možnosti za psihoterapevtsko delo. Običajno posvečajo psihoterapiji samo manjši del svojega delovnega časa ali pa le del svojega prostega časa. To pomeni, da pri večini psihoterapevtsko izobraževanje in usposabljanje izboljša njihovo strokovno kompetenco v njihovih primarnih poklicih.

Premajhno število poklicnih psihoterapevtov je v Sloveniji eden največjih problemov. Po najstrožjih evropskih ocenah bi naj psihoterapevtske storitve nujno potrebovalo 5% prebivalstva, nekoliko manj nujno pa do 20%. Če vzamemo 5% od 2 milijonov Slovencev, je to 100.000 ljudi, ki bi potrebovali psihoterapijo. Če upoštevamo, da lahko en psihoterapevt s polnim delovnim časom obravnava 15 do 30 pacientov, odvisno od njegovega psihoterapevtskega pristopa in od odločitve za visoko ali nizko frekvenčno obravnavo, bi v Sloveniji potrebovali okoli 5000 psihoterapevtov, ki bi ves svoj delovni čas posvečali psihoterapiji.

### **Kakšni so trenutno trendi v svetu na področju psihoterapije? Je v evropskih državah in v ZDA psihoterapevt uraden poklic in kdo lahko opravlja to delo?**

Tako v ZDA kot v Evropi prevladuje pogled, da je psihoterapija samostojen poklic in da je psihoterapija samostojna akademska disciplina. Temeljna razlika med ZDA in Evropo pa je v izobraževanju – v ZDA lahko postaneš psihoterapevt samo, če že imaš neko diplomu, torej je to drugi poklic, medtem ko se v Evropi vedno bolj uveljavlja ideja, da je psihoterapija lahko tudi prvi poklic in se odpirajo možnosti izobraževanja takoj po maturi (npr. v Avstriji, Franciji in pri nas v okviru zgoraj omenjenega sodelovanja z Univerzo Sigmunda Freuda).

Ker psihoterapija na ravni EU (še) ni reguliran poklic, ki bi na ta način užival prednosti avtomatskega priznavanja v okviru EU, za psihoterapevte trenutno velja splošni način priznavanja. Načelno ta splošni način zagotavlja medsebojno priznavanje poklicnih kvalifikacij med članicami EU preko nostrificiranja diplom. Vendar pa država gostiteljica v

okviru tega splošnega načina ohranja pravico, da predpiše minimalno raven kvalifikacije za izvajanje poklica in oceni, ali diploma, ki jo je kandidat pridobil v drugi članici EU, ustreza minimalni kvalifikaciji. Tako lahko vsaka država po svoji presoji naloži kandidatu, ki izvaja na ravni EU nereguliran poklic, določene dodatne pogoje, npr. preverjanje znanja ali obdobje prilagajanja do treh let. Ker ta splošni način priznavanja ovira svobodo prehajanja strokovnjakov med državami EU, so ustanove EU uvedle nov koncept ti. **skupne platforme**, ki naj bi poenostavila postopke priznavanja poklicnih kvalifikacij med članicami EU. Taka poenostavitev zagotavlja večjo legalno varnost in je v interesu držav članic kot tudi v interesu delavcev migrantov.

Skupno platformo predstavlja niz kriterijev za poklicne kvalifikacije, ki za določen poklic omogočajo primerno kompenziranje pomembnih razlik med izobraževalnimi zahtevami v različnih članicah EU. Pomembne razlike ugotovi posebna komisija EU v Bruslju na osnovi primerjave dolžin in vsebin izobraževanja v najmanj 2/3 članic EU, med katerimi pa morajo biti vse, kjer obstaja regulative poklica. Važno je, da so lahko razlike v izobraževanju in usposabljanju posledica pomembnih razlik v obsegu in področjih poklicnih dejavnosti. Kriteriji morajo biti postavljeni na tak način, da zagotavljajo, da članica EU X, ki ima bolj zahtevne pogoje za nek poklic kot članica EU Y, ne more zahtevati dodatnih izpitov ali obdobje prilagajanja o za strokovnjaka, ki se je izobraževal v članici EU Y, ker ustrezajo skupni platformi.

Evropska zveza za psihoterapijo si kot reprezentativna evropska krovna psihoterapevtska organizacija v Bruslju že nekaj let prizadeva za skupno platformo regulativ psihoterapije v EU. Cilj je, da bi po možnosti vzpostavili centralno zakonodajo in licenciranje za države EU. Prednosti take platforme bi bile, da bi:

- po vseh državah EU priznali psihoterapijo kot samostojen poklic;
- psihoterapevti prosto prehajali med državami EU;
- zagotovili enotne standarde izobraževanja in podeljevanja licenc;
- na splošno dvignili kvaliteto psihoterapevtskih standardov.

**Se vam zdi problematično, da ljudje iz ponudbe na trgu 'izluščijo' tistega strokovnjaka, za katerega sami menijo, da jim lahko pomaga?**

Vsekakor je dostopnost do psihoterapevtov in informiranost ljudi o njihovi usposobljenosti in kvaliteti slaba, kar ustvarja veliko problemov, saj je prostora za šarlatane veliko. Pacienti lahko pri nas pridejo do psihoterapevta bodisi na lastno pobudo bodisi na priporočilo osebnega zdravnika ali psihiatra. Psihiatri in klinični psihologi, ki ponujajo psihoterapijo kot del svoje dnevne rutine, so zaposleni večinoma v psihiatričnih bolnišnicah, dispanzerjih za mentalno zdravje in svetovalnih centrih za otroke in mladostnike. Ker pa je povpraševanje mnogo večje od ponudbe, veliko pacientov ostaja brez tovrstne pomoči. Samo manjšina pacientov lahko pride do psihoterapevta, ki dela za javno zdravstvo ali socialno varstvo ali v privatni praksi. Za te je psihoterapija brezplačna, npr. stroški se pokrijejo iz zdravstvenega zavarovanja. Maloštevilni imajo srečo, da imajo dovolj finančnih sredstev in si lahko privoščijo psihoterapevta, ki opravlja psihoterapijo v svojem prostem času. Cena za kliente, ki so samoplačniki, sega od 20 do 80 evrov na uro psihoterapije. Večina klientov si lahko privoščijo najnižjo ceno in večina si ne more privoščiti najvišje.