

PSYCHOTERAPEUTICKÉ METODY V PRAXI: PRŮZKUM ROZDÍLŮ MEZI RESORTY

Psychotherapeutic methods in practice: Differences among sectors

Tomáš Řiháček, Michal Čevelíček, Jan Roubal

Katedra psychologie, Fakulta sociálních studií MU, Brno, CZ;

e-mail: rihacek@fss.muni.cz, michal.cevelicek@gmail.com, jan.roubal.cz@gmail.com.

Psychoterapie. 15 (2), 177–194; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Psychoterapie je činnost vykonávaná v mnoha resortech a kontextech. Cílem této studie bylo popsat rozdíly v používání psychotherapeutických metod mezi resorty zdravotnictví, sociálních služeb, školství, ozbrojenými a bezpečnostními složkami a privátní praxí. $N = 373$ respondentů odpovědělo na online dotazník mapující používání terapeutických technik, principů terapeutické změny, subjektivně vnímanou roli terapeuta v terapeutickém vztahu a další dílčí aspekty terapeutické praxe a vzdělávání. Statistická analýza ukázala poměrně značné množství rozdílů v oblasti technik, ale jen málo rozdílů ve zbývajících oblastech. Provádění psychoterapie v jednotlivých resortech má tedy svá specifika, která je však nutno chápat jako relativní, vezmeme-li v potaz značnou variabilitu mezi terapeuty „uvnitř“ resortů. Průzkum dále odhalil prostor pro zlepšení praxe v oblasti frekvence supervize, oboznanosti s etickými principy terapeutické práce a zakotvenosti psychotherapeutů v odborných společnostech.

Klíčová slova: psychotherapeutické metody; psychotherapeutické techniky; principy změny; role terapeuta; resorty

ABSTRACT

Psychotherapy is an activity performed in many sectors and contexts. The aim of this study was to describe the differences in the use of psychotherapeutic methods among health services, social services, education, the armed and security forces, and private practice. $N = 373$ respondents answered an online questionnaire mapping the use of therapeutic techniques, principles of therapeutic change, the subjectively perceived role of the therapist in the therapeutic relationship, and other aspects of the therapeutic practice and education. Statistical analysis revealed a relatively large number of differences in techniques, but only few differences in the remaining areas. Therefore, the implementation of psychotherapy in different sectors has its specifics. However, these must be considered relative to a substantial variability among therapists “within” the sectors. The survey also revealed room for improvement in the frequency of supervision, familiarity with the ethical principles of psychotherapy, and the membership of psychotherapists in professional societies.

Keywords: psychotherapeutic methods; psychotherapeutic techniques; principles of change; role of therapist; sectors

Psychoterapie je velmi pestrá disciplína vykonávaná v mnoha resortech a kontextech a nesnadno odlišitelná od dalších, jakými jsou např. krizová intervence či poradenství. I když má svůj původ v psychiatrii a byla dlouho považována za její součást, po 2. světové válce se okruh profesionálů poskytujících psychoterapii postupně rozšířil i na psychology (Lambert et al., 2004) a několik posledních dekád jsme svědky prosazování psychoterapie jako samostatné profese. Některé země napříč Evropskou unií uznávají psychoterapii jako profesi nezávislou na systému zdravotnictví a zakotvují samostatné profesní působení psychoterapeutů v zákoně, zatímco v jiných zemích je psychoterapie pokládána za součást nadřazených oborů, například zdravotnictví nebo sociálních služeb (Aherne & McElvaney, 2016; Van Broeck & Lietaer, 2008). Politické boje o vymezení psychoterapie, její postupné rozrůznění do řady přístupů, ale i fakt, že jejím jádrem zůstává mezilidský vztah, který se vzpírá technickému třídění, vedly k tomu, že je obtížné psychoterapii v její celistvosti definovat a ohraničit.

V této studii se nezabýváme vymezováním psychoterapie jako profese, ale chápeme ji jako činnost či soubor metod, které mohou být v praxi různě uplatňovány. Zajímá nás, jakým způsobem jsou psychotherapeutické metody využívány v různých kontextech. Vycházíme přitom z definice psychoterapie, kterou přijala Americká psychologická asociace: „Psychoterapie je erudovaná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů odvozených z uznávaných psychologických principů, jejichž účelem je pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo

osobní vlastnosti směrem, který účastníci považují za žádoucí“ (American Psychological Association, 2013, s. 102).

Pro účely zmapování podob psychotherapeutické praxe jsme rozlišili tři aspekty terapeutické práce: (a) *technický aspekt* – ten představuje viditelnou část práce terapeuta, tedy techniky, intervence a postupy, které terapeut používá (operacionalizovali jsme ho pomocí seznamu technik rovnoměrně reprezentujících hlavní terapeutické přístupy); (b) *konceptuální aspekt* – ten zachycuje, jak terapeuti konceptualizují terapeutickou změnu a v jakých pojmech o ní uvažují (operacionalizovali jsme ho pomocí transteoretických principů terapeutické změny); (c) *vztahový aspekt* – ten vyjadřuje, jak terapeuti vnímají svou vlastní roli v terapeutickém vztahu (operacionalizovali jsme ho pomocí metafor symbolizujících různé aspekty terapeutické role).

Cíle studie

V této studii jsme si položili za cíl zmapovat, zda a do jaké míry se liší psychotherapeutická praxe mezi resorty zdravotnictví, sociálních služeb, školství, ozbrojenými a bezpečnostními složkami a privátní praxí. Primární cíl spočíval v porovnání těchto resortů z hlediska (a) používaných intervencí/technik, (b) principů terapeutické změny a (c) subjektivně vnímané role terapeuta v terapeutickém vztahu. Sekundárním cílem pak bylo zachytit specifika v dalších vybraných aspektech praxe (délka terapie, intenzita, uspořádání [setting], závažnost potíží klientů a pracovní zátěž terapeutů) a vybraných aspektech vzdělávání a etické praxe (absolvování sebezkušenosti, využívání supervize a intervize, znalost etického kodexu, kontinuální vzdělávání a členství

**Tomáš
Řiháček**



Je psycholog a psychoterapeut. Působí na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií MU v Brně, kde se zabývá zejména výzkumem psychoterapie.

v odborných společnostech). Studie se inspiroje průzkumy pravidelně prováděnými v USA s cílem zmapovat charakteristiky amerických psychoterapeutů, jejich praxi a postoje (Norcross, Hedges, & Castle, 2002; Norcross, Prochaska, & Farber, 1993; Norcross & Rogan, 2013; Prochaska & Norcross, 1983) activities, affiliations, theories, and selected attitudes. 410 members of APA Division 29 (Psychotherapy. Žádná z těchto studií ve však nezaměřila na porovnání praxí v jednotlivých resortech.

METODA

Respondenti

Vzorek tvořilo $N = 373$ českých odborníků¹ využívajících ve své práci psychoterapeutické metody (z nich bylo 64 % žen) ve věku mezi 25 a 71 lety ($M = 40,17$, $SD = 10,17$). Délka jejich praxe se pohybovala mezi 0,5 a 45 lety. Přibližně polovina respondentů (51,7 %) měla v době sběru dat

plně ukončený psychoterapeutický výcvik, ostatní se nacházeli v různých fázích jeho dokončování.

Respondenti reprezentovali řadu primárních profesí: psychologii (62,5 %), sociální práci (19,0 %), pedagogiku² (17,4 %), psychiatrii (5,9 %), nelékařské zdravotnické profese (3,2 %), adiktologii (2,4 %), lékařství mimo psychiatrii³ (1,9 %), teologii (1,9 %) a jiné⁴ (11,0 %). Někteří respondenti uvedli více než jednu primární profesi, proto suma přesahuje 100 %. Pokud jde o kontext jejich praxe, 49,6 % poskytovalo psychoterapii v rámci privátní praxe, 34,3 % v rámci sociálních služeb, 33,8 % ve zdravotnictví, 16,1 % v rámci školství a 8,6 % v rámci ozbrojených a bezpečnostních složek. Někteří respondenti opět uvedli více pracovních kontextů, proto suma přesahuje 100 %. Ve vzorku byly zastoupeny všechny kraje, nejvíce hlavní město Praha (27,1 %) a Jihomoravský kraj (21,2 %), nejméně pak Karlovarský (1,3 %) a Pardubický kraj (1,1 %).

Dotazník

Data byla sesbírána příležitostným způsobem pomocí dotazníku vytvořeného přímo pro účely tohoto průzkumu. Jeho první část zachycovala demografické údaje (věk, pohlaví, kraj, nejvyšší dosažené vzdělání, primární profesi a členství v národních

² Včetně sociální pedagogiky, speciální pedagogiky a andragogiky.

³ Např. ošetrovatelství, fyzioterapie, porodní asistence apod.

⁴ Psychoterapeutická studia, arteterapie, koučink, ekonomie, herectví, hudebník, zemědělské inženýrství, strojí inženýrství, marketingová komunikace, matematika, sociologie, filozofie, management, elektrotechnika a informatika, žurnalistika, muzikologie, agroturistika ad.

¹ Pro zjednodušení dále označujeme tyto osoby jako „psychoterapeuty“ či „terapeuty“ (generické maskulinum zde používáme s vědomím, že většinu vzorku tvořily ženy).

odborných společnostech). Následující část dotazníku mapovala povahu samotné psychoterapeutické činnosti a byla rozdělena na tři sekce. Všechny otázky týkající se praxe respondentů byly přitom zarámovány úvodní formulací tak, aby na ně respondenti odpovídali ve vztahu k poslednímu roku své praxe.

První sekce měla za cíl zachytit viditelný způsob terapeutovy práce, a proto se respondentů dotazovala na míru používání vybraných psychoterapeutických intervencí. Seznam intervencí byl vytvořen tak, aby reprezentoval čtyři široce chápané teoretické orientace, z nichž každá byla zastoupena čtyřmi technikami: kognitivně-behaviorální orientace (nácvik zklidňujícího dýchání, behaviorální experiment, kognitivní restrukturalizace a nácvik sociálních dovedností), humanisticko-experienciální orientace (zvědomování a zesilování emocí, terapeutovo sebeodhalení, vyjadřování empatického porozumění a fenomenologická deskripce), psychodynamicko-psychoanalytická orientace (volné asociace, interpretace přenosu, interpretace vnitřního konfliktu a analýza snů) a systemicko-postmoderní orientace (externalizace problému, otázky na výjimky z problému, cirkulární dotazování a zázračná otázka). Výběr technik byl konzultován s předními českými odborníky v rámci každé z teoretických orientací – ti byli požádáni, aby identifikovali techniky, které podle jejich názoru jejich teoretickou orientaci nejlépe reprezentují. Navíc bylo přidáno ještě několik intervencí reprezentujících další aspekty praxe (focusing, neverbální/arteterapeutické techniky, nácvik sociálních dovedností, poskytování informací a doporučení, vysvětlování podstaty problému či onemocnění).

Druhá sekce měla za cíl zachytit, jak terapeuti o své práci přemýšlejí, tj. jaký terapeutický záměr sledují svými intervencemi. Sekce obsahovala seznam desíti vybraných transteoretických principů terapeutické změny, který byl vytvořen na základě studií Grencavage a Norcrosse (1990) a Tschachera et al. (2014). Seznam principů byl rovněž konzultován s odborníky reprezentujícími hlavní teoretické orientace. Výsledný seznam zahrnoval následující principy změny: porozumění problému/vhled, sebepřijetí, naděje, korektivní zkušenost, přesvědčování (persuaze), rozvíjení nové dovednosti, mezilidská blízkost, expozice/testování reality, aktivace zdrojů a emoční vyjádření. Každý z principů byl v dotazníku operacionalizován jednou položkou, která byla formulována bez použití odborného žargonu, aby se snížila pravděpodobnost, že bude automaticky asociován s určitým terapeutickým směrem (dotazník tedy obsahoval např. položku „...aby klient/pacient lépe porozuměl svému problému či situaci“, ale nikoli slova „porozumění problému/vhled“).

Třetí sekce měla za cíl zachytit, jak terapeut vnímá svou roli v terapeutickém vztahu. Obsahovala seznam dvanácti vztahových metafor: lékař, průvodce, trenér, učitel, vychovatel, detektiv, rádce, konzultant, zpovědník, opravář, vzor a přítel. Seznam jsme vytvořili tak, že jsme formou brainstormingu shromáždili metafory popisující různé aspekty psychoterapeutického vztahu a vyloučili jsme z něj duplicity a metafory příliš vzdálené terapeutické praxi. Míra využívání intervencí, uplatňování principů změny a výstižnosti metafor byla měřena pomocí šestibodové škály (0 = nikdy, 1 = výjimečně, 2 = občas, 3 = často,

4 = na většině sezení, 5 = na každém sezení).

Další část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na psychoterapeutické vzdělání: absolvované výcviky, fázi dokončenosti výcviku, počet hodin sebezkušenosti a obezkušenost s etickým kodexem.

Poslední část se pak zaměřovala na údaje o praxi, jako je délka praxe v letech, kontext praxe (zdravotnictví, sociální služby, školství, ozbrojené a bezpečnostní složky, privátní praxe a další), typ pracoviště, nejzávažnější úroveň problémů, s nimiž se respondenti ve své praxi běžně setkávají, pracovní zátěž (průměrný počet sezení za týden), teoretická orientace, frekvence formální supervize či neformální intervize a další vzdělávání. Obsahovala také otázky na uspořádání, v němž respondenti s klienty pracují (individuální, párová, rodinná a skupinová terapie, práce s dětmi), intenzitu a délku poskytované terapie a aktuální pracovní zátěž (počet sezení za týden).

Míra závažnosti problémů byla měřena pomocí položky převzaté z dotazníku Development of Psychotherapists Common Core Questionnaire (DPCCQ, Orlinsky & Rønnestad, 2005). Otázka sestává z osmi stupňů závažnosti od „žádné nebo minimální symptomy; sociálně fungující; celkově spokojený se životem; pouze každodenní problémy nebo starosti“ až po „reálné nebezpečí ublížení sobě nebo druhým (např. suicidální pokusy, opakované násilí) nebo selhávání v udržování minimální osobní hygieny nebo velmi vážné těžkosti v komunikaci (např. značná inkoherece nebo mutizmus)“.

Široce chápáná teoretická orientace byla měřena pomocí čtyř položek, v nichž respondenti vyjadřovali, do jaké míry se cítí



**Michal
Čevelíček**

Je psycholog, pracuje jako odborný pracovník na Katedře psychologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, věnuje se především výzkumu psychoterapie.

být ve své praxi ovlivněni každou z následujících orientací: kognitivně-behaviorální, humanisticko-experenciální, psychodynamicko-psychoanalytickou a systemicko-postmoderní. Respondenti odpovídali na šestistupňové škále od „vůbec“ až po „velmi výrazně“. Tyto položky byly také převzaty z dotazníku DPCCQ (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Postup

Projekt byl schválen Etickou komisí pro výzkum Masarykovy univerzity (ref. č. EKV-2016-006). Dotazník byl distribuován elektronicky pomocí webové platformy LimeSurvey (LimeSurvey Project Team, 2015) hostované na Fakultě sociálních studií MU v Brně. Sběr dat probíhal v období března až června 2016. Průměrná doba vyplňování dotazníku byla 22 minut. Abychom maximalizovali velikost vzorku, použili jsme několik způsobů šíření dotazníku: (1) oslovili jsme několik národních asociací zastřešujících psychoterapeuty a poradce s prosbou, aby odkaz na dotazník

rozšířily mezi své členy; (2) obeslali jsme všechny české výcvikové instituty s prosbou o rozšíření dotazníku mezi své absolventy a studenty; (3) k šíření jsme využili také Facebook a osobní e-mail.

Dotazník otevřelo celkem 794 respondentů, ale pouze 378 jej vyplnilo celý. Pět z nich uvedlo, že nemá žádný psychoterapeutický výcvik ani kurz ani aktuálně žádným takovým výcvikem či kurzem neprocházejí. Tyto respondenty jsme ze vzorku vyřadili, čímž vznikl výsledný soubor $N = 373$.

Statistická analýza

Statistická analýza byla provedena pomocí statistického programu R verze 4.0.3 (R Core Team, 2020). Proměnné zachycující používání intervencí, principy změny a vztahové metafory byly nejprve zredukovány pomocí analýzy hlavních komponent (PCA) do menšího počtu obecnějších komponent, abychom snížili počet statistických testů a tím i riziko „nalezení“ falešných (tj. ve skutečnosti neexistujících) rozdílů. Tyto analýzy byly podrobně popsány jinde (Řiháček & Roubal, 2019, 2020; Řiháček, Roubal & Motalová, 2020) a jejich prostřednictvím bylo odvozeno celkem 12 komponent (šest vztahujících se k intervencím, tři týkající se principů změny a tři týkající se vztahových metafor).

K testování rozdílů mezi resorty jsme pak použili komponentové skóry odvozené z výsledků PCA regresní metodou. Protože předpoklady pro použití parametrických metod nebyly u řady proměnných splněny, testovali jsme rozdíly mezi resorty pomocí neparametrických metod, které jsou robustní vůči nevyváženým vzorkům, odchylkám od normálního rozložení a odleh-

lým hodnotám. Pro každou proměnnou jsme nejprve pomocí Kruskal-Wallisova testu ověřili celkovou existenci rozdílů. V případě statisticky signifikantního testu ($p < 0,05$) jsme pak provedli post hoc porovnání mezi jednotlivými resorty pomocí metody popsané Siegellem a Castellanem (1988) prostřednictvím balíčku pgirmess (Giraudoux, 2018). Velikost účinku vyjadřujeme pomocí koeficientu r vypočítaného podle vzorce $r = Z / \sqrt{N}$, kde Z je statistika získaná pomocí Mann-Whitneyho testu a N je velikost vzorku. Velikost efektu r interpretujeme v souladu s obecně přijímanými kritérii: 0,10 = malý efekt, 0,30 = střední efekt a 0,50 = velký efekt (Cohen, 1992).

Abychom celkově posoudili míru podobnosti/odlišnosti praxe v různých resortech, provedli jsme multivariační analýzu vzdáleností. V rámci každé z 12 komponent zachycujících používání intervencí, principy změny a vztahové metafory jsme nejprve pro každý resort stanovili mediánovou hodnotu. Na základě této datové matice jsme vypočetli euklidovské vzdálenosti mezi všemi dvojicemi resortů.

Statistické testování rozdílů jsme provedli pouze v rámci primárního cíle studie. V rámci sekundárních analýz uvádíme výsledky pouze deskriptivně.

VÝSLEDKY

Z celkového vzorku uvedlo 144 (38,8 %) respondentů, že psychoterapeutické metody používají v rámci více než jednoho resortu. Mezi nejčastější kombinace patřilo spojení privátní praxe s některým z ostatních resortů, vyskytovaly se ovšem i kombinace tří resortů (5,6 %). Pro účely analýzy rozdílů mezi resorty jsme mohli využít pouze respondenty, kteří svou praxi provozovali vý-

**Jan
Roubal**



Učí na Masarykově univerzitě v Brně, kde také pracuje v Centru pro výzkum psychoterapie. Pracuje jako psychoterapeut, psychiater, lektor psychoterapie a supervizor.

hradně v rámci jednoho resortu, jejich počty viz tabulka 1 a obrázek 1. Avšak souhrnné údaje, které uvádíme pro celý soubor, zahrnují i respondenty pracující ve více resortech. Pro označení resortů v grafech a tabulkách používáme následující zkratky: ZDR = zdravotnické zařízení, SOC = sociální služby, ŠKOL = školství, OBS = ozbrojené a bezpečnostní složky, OSVČ = privátní praxe.

Primární analýza: Intervence, principy změny, role terapeuta

Rozdíly v používaných intervencích

Terapeutické intervence představují viditelný, zvenčí snadno pozorovatelný aspekt terapeutické práce. Na základě předchozí analýzy (Řiháček & Roubal, 2019) jsme seznam jednotlivých technik rozdělili na šest komponent: (a) psychodynamické, (b) systemické, (c) humanistické, (d) kognitivně-behaviorální, (e) psychoedukační a (f) neverbální / na tělo zaměřené intervence.

Tabulka 1 ukazuje, že v oblasti intervencí existuje poměrně mnoho rozdílů mezi re-

sorty: Terapeuti ve zdravotnictví statisticky významně častěji uváděli používání psychodynamických intervencí než terapeuti v sociálních službách. Terapeuti ve zdravotnictví spolu s terapeuty v privátních praxích též častěji uváděli humanistické intervence než terapeuti v ozbrojených a bezpečnostních složkách. Terapeuti ve školství častěji uváděli používání neverbálních / na tělo zaměřených technik než terapeuti v sociálních službách – a obě tyto skupiny pak společně uváděly častější používání systemických technik než terapeuti ve zdravotnictví. Terapeuti v ozbrojených a bezpečnostních složkách pak používali psychoedukaci častěji než ti ve zdravotnictví a privátních praxích. Terapeuti v privátní praxi častěji používali kognitivně-behaviorální techniky než ti v sociálních službách. Další trendy, které nedosáhly statistické významnosti, lze najít v tabulce 1 či na obrázku 1.

Rozdíly v principech změny

Principy změny nejvíce odrážejí terapeutovu konceptualizaci své práce, tedy způsob uvažování nad tím, jak nastává terapeutická změna. Předchozí empirická studie s využitím analýzy hlavních komponent na stejných datech (Řiháček & Roubal, 2020) ukázala, že na základě odpovědí respondentů lze jednotlivé principy zredukovat do třech obecnějších komponent: (a) zkoumání a pochopení klientovy zkušenosti v akceptujícím prostředí, spojené s testováním reality a poskytováním korektivní zkušenosti, (b) podporování klientových vlastních zdrojů a (c) rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení.

Tabulka 1 ukazuje pouze jediný statisticky významný rozdíl: terapeuti ze zdravotnictví významně častěji uváděli využí-

vání první komponenty než terapeuti v sociálních službách. Ve školství byl – v kontrastu ke zdravotnictví a privátní praxi – patrný také poměrně výrazný (i když nesignifikantní) trend k rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení.

Rozdíly v povaze terapeutovy role

Analýza metafor popisujících terapeutovu roli ve vztahu s klientem odhalila tři obecnější komponenty: (a) mentor, který učí, trénuje či superviduje klienta a zaujímá vůči němu direktivní, avšak nepatologizující postoj, (b) poskytovatel zdrojů, který nedirektivním způsobem nabízí klientovi různé zdroje (např. radu, vhled, vztahovou blízkost, bezpečný prostor, podporu či inspiraci), avšak nechává na klientovi, jak s nimi naloží, a (c) odborník na léčbu, který pohlíží na klienty/pacienty jako na nemocné/poškozené a sám se stává nepostradatelným činitelem změny. Podrobnější diskuze k těmto komponentám viz Řiháček, Roubal a Motalová (2020).

Tabulka 1 ukazuje, že terapeuti v sociálních službách a ozbrojených a bezpečnostních složkách si statisticky významně častěji osvojili pozici mentora než terapeuti ve zdravotnictví (a také než terapeuti v privátní praxi, ale tento trend nedosáhl statistické významnosti). V případě dalších dvou komponent nebyl nalezen žádný statisticky významný rozdíl.

Celková míra odlišnosti mezi resorty

Tabulka 2 ukazuje celkovou míru odlišnosti mezi resorty vypočtenou na základě všech dvanácti výše uvedených komponent (čísla v tabulce reprezentují „vzdálenost“, platí tedy „čím vyšší číslo, tím větší odlišnost“). Je patrné, že charakterem používa-

ných technik, principů změny i vnímáním terapeutovy role si byli nejpodobnější terapeuti ve zdravotnictví a v privátní praxi. Naopak největší rozdíly panovaly mezi psychoterapií ve školství na jedné straně a psychoterapií ve zdravotnictví a privátní praxi na straně druhé.

Další charakteristiky praxe

Délka terapie

Respondenti odhadli, že 28 % terapií ukončili do 5 sezení (ultrakrátkodobá terapie) a dalších 38 % bylo ukončeno do dvacátého sezení (krátkodobá terapie). Střednědobá terapie (do 50 sezení) se objevila ve 22 % případů a 13 % případů vyžadovalo dlouhodobou práci (více než 50 sezení). Z obrázku 2 je patrné, že dlouhodobá terapie byla poskytována především ve zdravotnictví a privátní praxi, zatímco v ostatních resortech výrazněji převažovala krátkodobá práce.

Intenzita terapie

Nejobvyklejší frekvence terapeutických sezení byla jedenkrát týdně (37,6 %), následováno frekvencí dvakrát měsíčně (30,2 %) a méně častými sezeními (22,5 %). Intenzivní forma práce s vyšší než jednotýdenní frekvencí byla nejméně obvyklá (9,7 %). Z obrázku 3 je patrné, že rozdíly mezi resorty nebyly výrazné. Lze konstatovat, že zatímco u respondentů ve zdravotnictví a sociálních službách byla nejčastější jednotýdenní frekvence, ve školství a v ozbrojených a bezpečnostních složkách bylo využívání různě intenzivních forem péče vyrovnanější.

Uspořádání terapie (setting)

Na obrázku 4 vidíme, že zdaleka nejvy-

Tabulka 1. Rozdíly mezi resorty

Proměnná	1	2	3	4	5	<i>H</i> (<i>df</i> =4)	<i>p</i>	Post hoc	<i>r</i>
	ZDR	SOC	ŠKOL	OBS	OSVČ				
<i>Deskripce</i>									
<i>n</i>	57	61	17	23	64				
Pohlaví (% žen)	67 %	67 %	88 %	65 %	59 %				
Délka praxe M (SD)	11,54 (9,33)	4,82 (3,76)	5,76 (6,29)	10,96 (9,40)	11,17 (10,16)				
<i>Terapeutické intervence</i>									
Psychodynamické	0,18	-0,61	-0,64	-0,20	-0,04	13,612	0,0086*	ZDR > SOC	0,29
Systemické	-0,45	0,25	0,64	0,01	0,12	15,204	0,0043*	SOC, ŠKOL > ZDR	0,30; 0,33
Humanistické	0,20	-0,27	0,08	-0,73	0,00	17,321	0,0017*	ZDR, OSVČ > OBS	0,42; 0,35
Psychoedukační	-0,29	0,04	0,16	0,77	-0,49	21,428	0,0000*	OBS > ZDR, OSVČ	0,37; 0,42
Neverbální/_na tělo zaměřené	0,13	-0,27	0,88	-0,02	-0,16	13,376	0,0096*	ŠKOL > SOC	0,38
Kognitivně-behaviorální	0,16	-0,49	-0,81	0,09	0,22	16,709	0,0022*	OSVČ > SOC	0,28
<i>Principy terapeutické změny</i>									
Zkoumání, pochopení, akceptace, testování reality	0,29	-0,20	0,14	-0,15	0,35	16,467	0,0025*	ZDR > SOC	0,34
Podporování zdrojů	-0,15	0,14	0,12	-0,22	-0,08	2,800	0,5919		
Dovednosti a doporučení	-0,35	0,24	0,63	0,17	-0,22	12,635	0,0132*	-	
<i>Vnímaná role terapeuta</i>									
Mentor	-0,66	-0,09	0,48	0,38	-0,42	20,353	0,0000*	SOC, OBS > ZDR	0,31; 0,38
Poskytovatel zdrojů	0,10	-0,37	-0,16	-0,35	-0,04	6,717	0,1516		
Odborník na léčbu	0,06	-0,38	-0,24	-0,04	-0,20	7,338	0,1191		

Poznámka: Hodnoty v tabulce představují mediány faktorových skóre.

Tabulka 2. Euklidovské vzdálenosti mezi resorty

	ZDR	SOC	ŠKOL	OBS	OSVČ
ZDR	-	1,85	2,47	2,03	0,84
SOC		-	1,54	1,36	1,42
ŠKOL			-	1,93	2,20
OBS				-	1,84
OSVČ					-

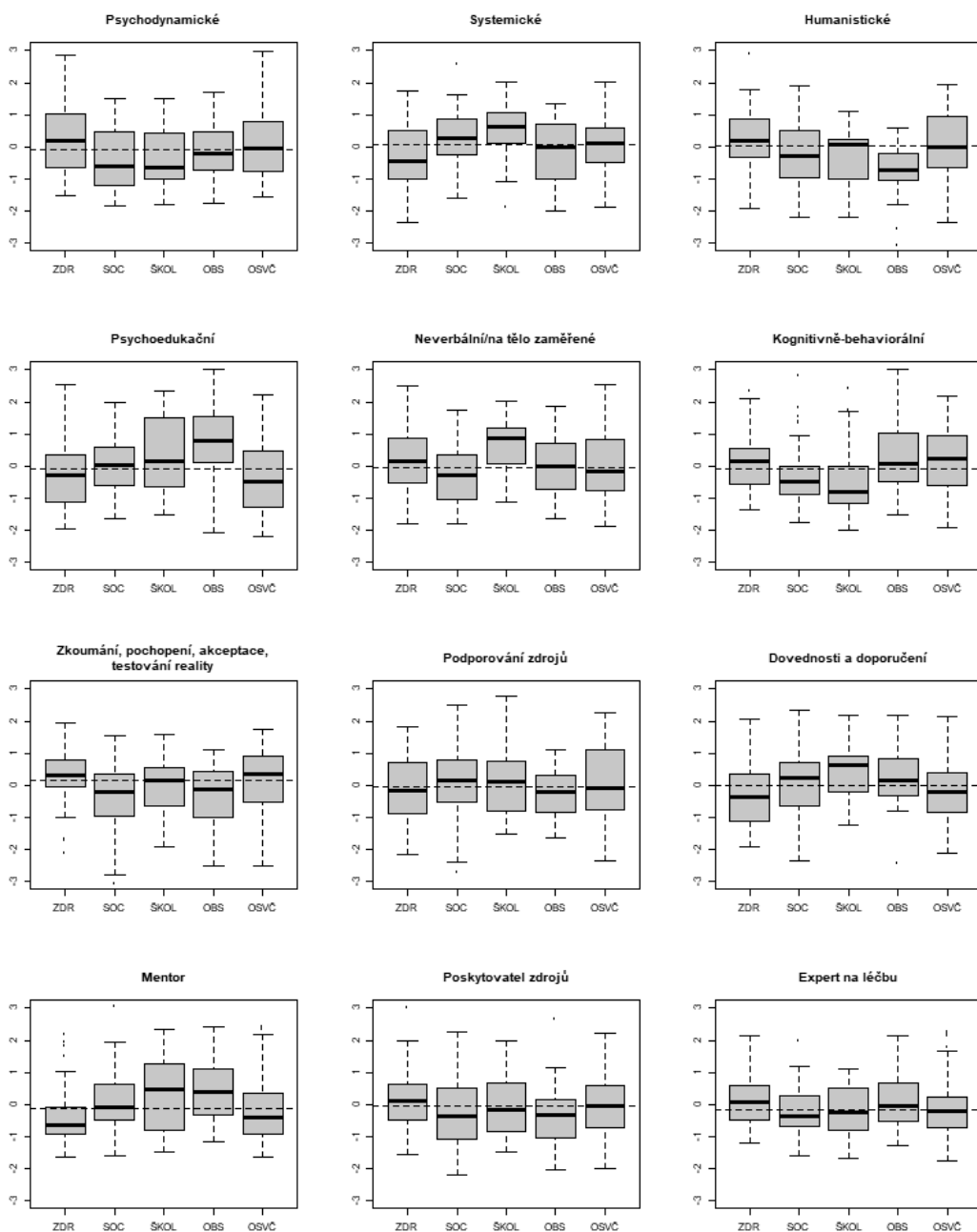
užívanější napříč resorty byla individuální forma terapie (60,4 %). Skupinové uspořádání bylo využíváno ve 14,0 % případů,

práce s dítětem v 10,9 % případů, rodinná terapie v 8,2 % případů a párová pouze v 6,5 % případů. Resorty se lišily zejména využíváním skupinové terapie (nejvíce v případě ozbrojených a bezpečnostních složek) a práce s dětmi (nejvíce ve školství).

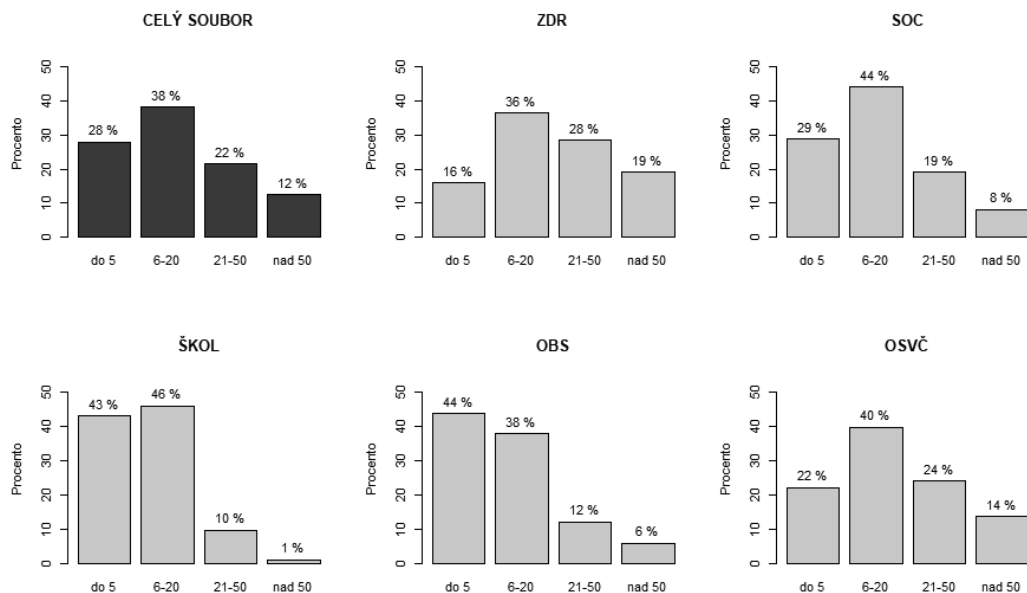
Závažnost potíží

Obrázek 5 ukazuje, s jakou nejvyšší závažností klientových potíží se respondenti ve své praxi běžně setkávali. Nejvyšší zá-

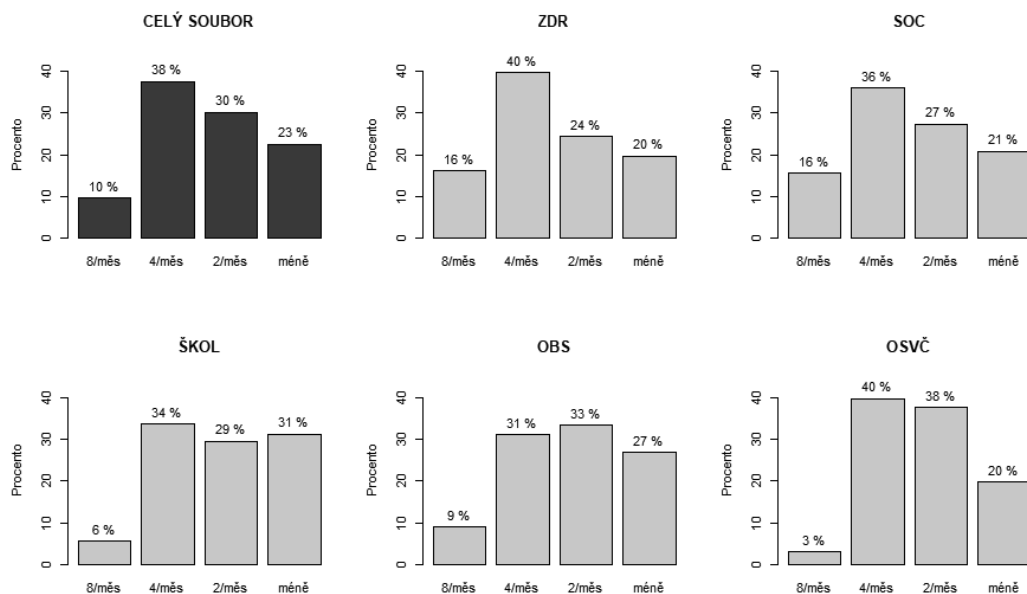
Obrázek 1. Rozdíly mezi resorty. Plné čáry znázorňují medián resortu, šedé boxy interkvartilové rozpětí. Přerušovaná horizontální čára znázorňuje medián celého vzorku (N = 373).

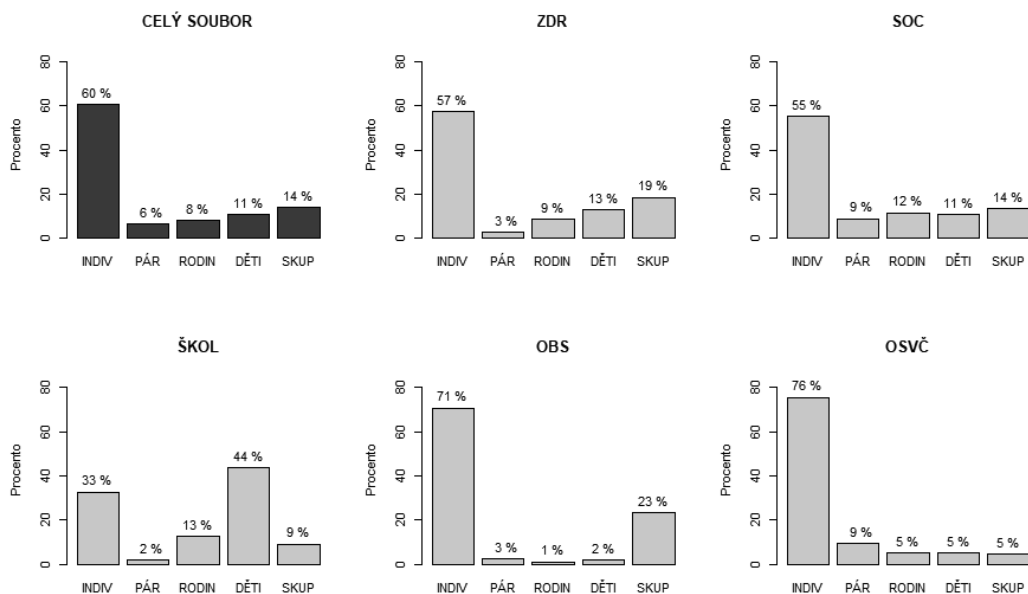
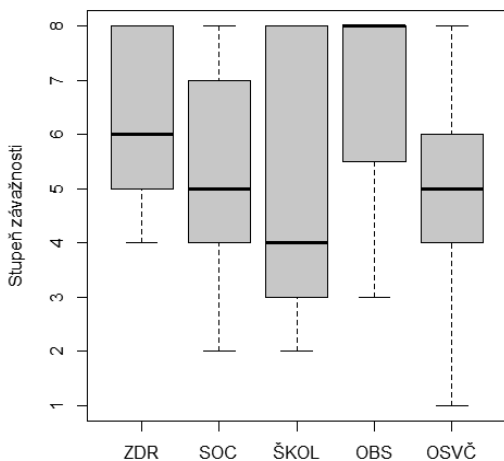


Obrázek 2. Délka terapie v závislosti na resortu



Obrázek 3. Frekvence terapeutických sezení v závislosti na resortu

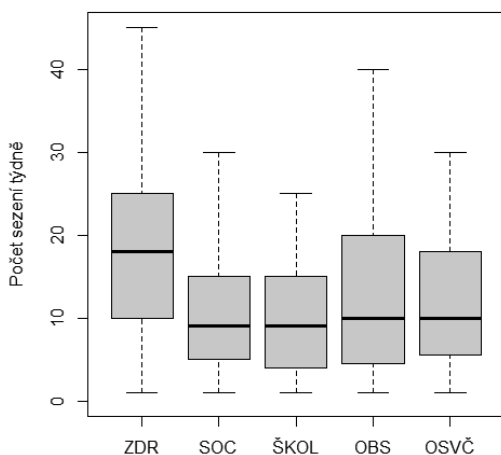


Obrázek 4. Využívání různých uspořádání v závislosti na resortu**Obrázek 5. Nejvyšší závažnost potíží v závislosti na resortu**

važnost udávali terapeuti v kontextu ozbrojených a bezpečnostních složek, následovalo zdravotnictví. Největší variabilita byla patrná v případě privátní praxe.

Pracovní zátěž

Mezi resorty existoval výrazný rozdíl v počtu sezení, která terapeuti týdně absolvovali. Zatímco ve zdravotnictví byla mediánová

Obrázek 6. Pracovní zátěž terapeutů v závislosti na resortu. Jeden respondent v privátní praxi uvedl 60 sezení (v grafu není zobrazen)

hodnota 18 sezení týdně, ve zbývajících resortech to bylo 9 až 10 sezení. Obrázek 6 ale ukazuje, že i v rámci resortů existovala mezi therapy značná variabilita.

Vzdělávání se a etická praxe

Sebezkušenost

Jednou ze složek terapeutického vzdělávání je terapeutova vlastní zkušenost v roli klienta, často označovaná jako sebezkušenost či osobní terapie. V našem vzorku prošlo sebezkušeností v nějakém rozsahu 94,9 % respondentů (příp. 98,7 %, vezme-li v potaz pouze ty s plně dokončeným výcvikem) a 59,8 % absolvovalo sebezkušenost delší než 100 hodin (67,3 % u respondentů s plně dokončeným výcvikem). Mezi resorty nebyly téměř žádné rozdíly v procentu terapeutů, kteří absolvovali alespoň nějakou formu sebezkušenosti.

Supervize a intervize

Další významnou složkou kontinuálního vzdělávání a předpokladem dobré praxe je supervize. V rámci našeho vzorku 82,3 % respondentů absolvovalo za poslední rok alespoň jednu hodinu supervize své vlastní práce a 76,9 % absolvovalo více než pět hodin. Podobnou roli může plnit i kolegiální sdílení v podobě intervize, které využilo 95,4 % respondentů, v délce více než 5 hodin pak 87,9 % respondentů. Množství supervize či intervize přitom nijak nesouviselo s délkou praxe či s dokončeností výcviku (korelační koeficienty se pohybovaly mezi $r_s = -0,08$ a $0,02$ a byly nesignifikantní). Znamená to, že vnímaná potřeba supervize a intervize se s přibývajícím praxí nesnižovala, což lze považovat za pozitivní jev. Procento terapeutů, kteří absolvovali alespoň nějakou supervizi, variovalo napříč

resorty takto: ZDR = 78,9 %, SOC = 91,8 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 65,2 % a OSVČ = 82,8 %. Ve využívání intervize byly jen minimální rozdíly.

Znalost etického kodexu

Za jednu z podmínek etické praxe lze považovat znalost etického kodexu vztahujícího se k psychoterapii či poradenství. V rámci našeho vzorku 60,9 % respondentů odpovědělo, že se s některým z etických kodexů podrobně seznámili, a dalších 16,1 % se k němu opakovaně vrací. Zbýající respondenti se s etickým kodexem seznámili jen letmo (20,9 %), případně vůbec (2,1 %). Zde bychom ideálně očekávali stoprocentní obeznámenost, a výsledky tak lze pokládat za výzvu výcvikovým institutům, aby důsledněji dbaly na tento aspekt vzdělávání. Procento terapeutů, kteří odpověděli, že se s etickým kodexem seznámili podrobně nebo opakovaně, variovalo napříč resorty takto: ZDR = 71,9 %, SOC = 72,1 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 87,0 % a OSVČ = 82,8 %.

Kontinuální vzdělávání

Dalšího vzdělávání nad rámec výcviku (seminářů, workshopů, konferencí apod.) se účastnilo 82,6 % respondentů alespoň dvakrát ročně a dalších 13,9 % jednou ročně. Jednu akci za poslední dva roky absolvovalo 1,6 % a žádnou akci pak 1,9 % respondentů. Účast na dalším vzdělávání nijak nesouvisela s délkou praxe ($r_s = 0,02$, nesig.) ani dokončeností výcviku ($r_s = 0,02$, nesig.). Tento výsledek svědčí o tom, že respondenti si byli dobře vědomi potřeby kontinuálního vzdělávání. Procento terapeutů, kteří se dalšího vzdělávání účastnili alespoň dvakrát ročně, variovalo napříč re-

sorty takto: ZDR = 89,5 %, SOC = 78,7 %, ŠKOL = 70,6 %, OBS = 78,3 % a OSVČ = 79,7 %.

Členství v odborných společnostech

Zajímalo nás také, zda čeští terapeuti a poradci považují za důležité sdružovat se v národních odborných společnostech. Souhrnně lze konstatovat, že 44,2 % bylo členem alespoň jedné odborné společnosti a 15 % bylo členy dvou a více společností. Procento terapeutů, kteří byli členy alespoň jedné odborné společnosti, variovalo napříč resorty takto: ZDR = 57,9 %, SOC = 11,5 %, ŠKOL = 23,5 %, OBS = 34,8 % a OSVČ = 57,8 %.

DISKUZE

Cílem této studie bylo prozkoumat míru odlišnosti psychoterapeutické praxe napříč resorty. Stěžejní pro porovnání bylo dvanáct dimenzí popisujících používané intervence (techniky), využívané principy terapeutické změny a subjektivně vnímanou roli terapeuta v terapeutickém vztahu. Celkově můžeme konstatovat, že zatímco v oblasti používaných intervencí jsme našli značné množství rozdílů, ve zbývajících dvou oblastech jich bylo poměrně málo. Rozdíly, které dosáhly statistické signifikance, se pohybovaly v pásmu středně velkých rozdílů. Pohled na obrázek 1 signalizuje, že se jedná o rozdíly pouze relativní, vezmeme-li v potaz značnou variabilitu, která existuje mezi terapeuty „uvnitř“ resortů. Přesto lze tyto rozdíly považovat za dostatečně velké, abychom mohli pojmenovat relativní specifika jednotlivých resortů. Při jejich charakteristice přihlížíme i k některým výraznějším trendům, které nedosáhly hladiny statistické signifikance.

Psychoterapie ve zdravotnictví je ve srovnání s jinými resorty více založena na psychodynamických a humanistických přístupech (a méně naopak na systemických a psychoedukaci). Terapeuti zde relativně nejvíce akcentují principy změny založené na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti. Naopak méně se věnují rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení a nejméně se hlásí k roli mentora. Po ozbrojených a bezpečnostních složkách je zdravotnictví druhým resortem, v němž terapeuti pracují s psychopatologicky nejzávažnějšími případy. Terapie ve zdravotnictví probíhají nejčastěji s jednotýdenní frekvencí a terapeuti poskytují téměř dvakrát více sezení týdně než terapeuti v jiných resortech.

Psychoterapie v privátní praxi se svým charakterem nejvíce podobá té ve zdravotnictví. Oproti jiným resortům zdůrazňuje humanistické a kognitivně-behaviorální techniky (a naopak méně využívá psychoedukaci). V oblasti principů změny a terapeutovy role je zde možné najít podobné trendy jako ve zdravotnictví (důraz na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti; naopak menší důraz na rozvoj nových dovedností a doporučení; odklon od role mentora), ovšem ne tak vyhraněné. I zde se častěji než jinde setkáme s dlouhodobou terapií. V privátní praxi existuje největší variabilita v závažnosti potíží, s nimiž se terapeuti u klientů setkávají.

Psychoterapie v sociálních službách je v porovnání s jinými resorty více založena na systemických (a naopak méně na psychodynamických, kognitivně-behaviorálních a neverbálních / na tělo zaměřených) přístupech. Je zde kladen významně menší důraz na zkoumání, pochopení a akceptaci a korigování klientovy zkušenosti. Naopak

existuje určitý trend k rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení, akcentována je role mentora. Podobně jako ve zdravotnictví, i zde je nejčastější každotýdenní frekvence.

Psychoterapie ve školství je v porovnání s jinými resorty více založena na systematických a neverbálních / na tělo orientovaných (a naopak méně na psychodynamických a kognitivně-behaviorálních) přístupech. Oproti jiným resortům se zde častěji setkáváme s důrazem na rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení, což pravděpodobně souvisí s častou prací s dětmi. Z výsledků se však dozvídáme, že psychoterapeuti v tomto resortu poměrně hojně pracují i s dospělými.

Psychoterapie v ozbrojených a bezpečnostních složkách akcentuje psychoedukační postupy (a naopak méně jsou zastoupeny přístupy humanistické). Respondenti svou roli více než v jiných resortech vnímají jako roli mentora. Tento resort je dále charakteristický nejčastějším využíváním skupinové psychoterapie a též nejvyšší mírou psychopatologie u klientů.

Mezi resorty nebyly téměř žádné rozdíly v procentu terapeutů, kteří absolvovali nějakou formu sebezkušenosti. Porovnáme-li tato data s výzkumem na rozsáhlém vzorku terapeutů různých národností, kde nějakou formu osobní terapie absolvovalo 87 % respondentů (Orlinsky, Schofield, Schroder, & Kazantzis, 2011), můžeme konstatovat, že u českých terapeutů je toto procento dokonce vyšší.

Větší variabilita existovala ve využívání supervize. Ačkoli bylo celkově poměrně časté, pouze v sociálních službách se blížilo stu procentům a značně neuspokojivé bylo zejména v ozbrojených a bezpečnostních

složkách. Kontinuální vzdělávání lze považovat za další z důležitých pilířů budování a udržování vlastní „profesní kondice“, zdroj sebereflexe a předpoklad etické praxe. Z tohoto pohledu si nejlépe vedli terapeuti ve zdravotnictví a největší rezervy byly patrné ve školství. Celkově tedy v míře využívání supervize i kontinuálního vzdělávání existuje prostor pro zlepšení.

Za nedostatečnou lze považovat míru obeznámenosti s etickými principy. Zejména v resortech zdravotnictví, sociálních služeb a školství více než čtvrtina dotázaných uvedla, že se podrobně neseznámila s některým z relevantních etických kodexů. Přestože sama znalost etického kodexu ještě negarantuje etické jednání terapeuta, lze ji považovat za jeden z jeho předpokladů. Z hlediska dobré praxe je tedy jakákoliv jiná než stoprocentní obeznámenost obtížně tolerovatelná. Znalost etických principů není jen formální požadavek, ale pomáhá předcházet riziku poškození klientů a terapeutům nabízí vedení v komplexních a nejednoznačných situacích, s nimiž se setkávají (Barnett, 2019).

Fakt, že více než polovina vzorku neuvedla členství v žádné z odborných společností, lze považovat za problematický, neboť odborné společnosti mohou svými požadavky i nabídkou dalšího vzdělávání přispívat k regulaci a zkvalitňování praxe. Jako nejproblematictější se z tohoto pohledu jeví resorty sociálních služeb a školství a ozbrojené a bezpečnostní složky.

LIMITY

Hlavním limitem studie je potenciální nereprezentativnost vzorku. Protože charakteristiky základní populace nejsou známy (neznáme celkový počet terapeutů, jejich vě-

kové složení, poměr absolventů různých výcviků ani poměrné zastoupení terapeutů v různých resortech), není možné spolehlivě posoudit, jak dobře náš vzorek tuto populaci reprezentuje. Lavinový způsob sběru dat nám také neumožňuje spolehlivě vyčíslit míru návratnosti dotazníku: dotazník vyplnilo 47,6 % z těch, kdo jej otevřeli, neznáme však počet všech, kteří byli osloveni.

Věkové rozložení vzorku je celkově zešikmené směrem k mladším terapeutům (pouze polovina měla již dokončený výcvik). Nevyvážené věkové složení skupin reprezentujících jednotlivé resorty (viz tabulka 1) by mohlo být příčinou některých zjištěných rozdílů. Psychodynamické techniky byly častěji preferovány zkušenějšími terapeuty, zatímco systemické techniky častěji udávali terapeuti s kratší délkou praxe (Řiháček & Roubal, 2019). Zkušenější terapeuti měli tendenci více akcentovat roli odborníka na léčbu (Řiháček, Roubal & Motalová, 2020), zatímco ti s kratší délkou praxe upřednostňovali rozvíjení nových dovedností a poskytování doporučení (Řiháček & Roubal, 2020). Nemůžeme ale s jistotou říct, zda jsou rozdílné preference v těchto dimenzích dány primárně délkou praxe, nebo zkušeností s prací v určitém resortu. Ostatní z námi sledovaných dvanácti dimenzí terapeutické práce s délkou praxe nijak nesouvisely. Nabízí se otázka, zda i samotné věkové složení skupin reprezentujících jednotlivé resorty můžeme pokládat za odraz rozdílů mezi resorty (lze např. předpokládat, že terapeuti častěji zahajují svou praxi v nějaké instituci a teprve později si založí privátní praxi). K jejím zodpovězení ale nemáme potřebná data.

Velikost vzorku a nevyvážené zastoupení terapeutů z jednotlivých resortů omezovalo

možnosti statistické analýzy. Některé potenciální méně výrazné rozdíly mezi resorty nebylo možné díky malé velikosti vzorku prokázat jako statisticky významné. Větší počet respondentů by také umožnil použití parametrických metod, s jejichž pomocí by bylo možné kontrolovat vliv třetích proměnných (např. zmíněné délky praxe) na zjištěné rozdíly mezi resorty.

Výběr technik, principů změny i vztahových metafor byl do určité míry arbitrární (dva respondenti např. ve zpětné vazbě poznamenali, že jim mezi technikami scházela imaginace). Další oblasti potenciálních rozdílů mohly zůstat nezahrnuty. Položky reprezentující principy změny byly formulovány transteoretickým způsobem (tj. bez odborného žargonu), neověřovali jsme však, jestli respondenti přesto některé principy změny automaticky neasociovali s konkrétními terapeutickými směry. Reliabilita jednotlivých komponent byla v některých případech neuspokojivá (Cronbachova α se pohybovala mezi 0,78 a 0,55) a mohla způsobit, že některé potenciální rozdíly zůstaly nezachyceny. Při interpretaci výsledků je také nutné vzít v potaz, že odpovědi v dotazníku reflektují pouze to, jak terapeuti uvažují o své praxi, což nemusí reálně praxi přesně odpovídat. Stejně tak naše data nezachycují, jak případné rozdíly vnímají klienti/pacienti.

ZÁVĚR

Provedený průzkum mezi českými psychoterapeuty představuje příspěvek k současné živé debatě o vymezení psychoterapeutické profese v České republice. Tím, že se zaměřuje na existující praxi a zabývá se konkrétní činností psychoterapeutů, doplňuje podstatnou měrou obecné diskuse

hledající optimální uplatnění psychoterapie v České republice do budoucna. Tento dotazníkový průzkum přinesl zjištění, že mezi resorty existují určité rozdíly v aplikaci psychoterapeutických technik, principů terapeutické změny i ve vnímané roli terapeuta v terapeutické vztahu. Tyto rozdíly je nutno chápat jako relativní, uvážíme-li, jak moc se mezi sebou liší různí terapeuti pracující v témže resortu. Považujeme je však za dostatečně výrazné na to, aby mělo smysl hovořit o specifičnosti práce v jednotlivých resortech a dále ji podrobněji zkoumat. Průzkum také odhalil prostor pro zlepšení praxe, zejména v oblasti frekvence supervize, obeznámenosti s etickými principy terapeutické práce a nízké míře zakotvenosti psychoterapeutů v odborných společnostech.

PODĚKOVÁNÍ

Děkujeme všem, kdo cennými návrhy a kritikou přispěli k tvorbě dotazníku. Děkujeme také všem, kdo se podíleli na jeho šíření.

Role autorů: Všichni tři autoři se podíleli na koncipování studie a tvorbě dotazníku. První autor provedl sběr dat a jejich analýzu a formuloval první verzi textu. Druhý a třetí autor provedli revizi textu a schválili jeho konečnou podobu.

Konflikt zájmů: Studie vznikla za podpory specifického vysokoškolského výzkumu, projekt č. MUNI/A/1216/2020, kterou poskytl MŠMT.

LITERATURA

Aherne, D., & McElvaney, R. (2016). A call for dialogue: Psychotherapists and psychologists

- specialising in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 18(1), 58–74.
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109.
- Barnett, J. E. (2019). The ethical practice of psychotherapy: Clearly within our reach. *Psychotherapy*, 56(4), 431–440.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Corsini, R. J. (2008). Introduction. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 1–14). Thompson.
- Giraudoux, P. (2018). *pgirmess: Spatial Analysis and Data Mining for Field Ecologists. R package version 1.6.9*. <https://CRAN.R-project.org/package=pgirmess>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372–378.
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (2004). Introduction and historical overview. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 3–15). John Wiley.
- LimeSurvey Project Team. (2015). *LimeSurvey: An Open Source survey tool*. LimeSurvey Project Hamburg, Germany. URL <http://www.limesurvey.org>.
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 439–458). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy*, 39(1), 97–102. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.39.1.97>
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Farber, J. A. (1993). Psychologists conducting psychotherapy: New findings and historical comparisons on the psychotherapy division membership. *Psychotherapy*, 30(4), 692–697. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.4.692>
- Norcross, J. C., & Rogan, J. D. (2013). Psycho-

- logists conducting Psychotherapy in 2012: Current practices and historical trends among Division 29 members. *Psychotherapy*, 50(4), 490–495. <https://doi.org/10.1037/a0033512>
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T., & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 67(8), 828–842.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy*, 20(2), 161–173. <https://doi.org/10.1037/h0088487>
- R Core Team. (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2019). Využívání psychoterapeutických technik v praxi. *E-psychologie*, 13(1), 1–17.
- Řiháček, T., & Roubal, J. (2020). Common principles of psychotherapeutic change: Patterns of use. *British Journal of Guidance and Counselling*, 48(4), 489–499.
- Řiháček, T., Roubal, J., & Motalová, K. (2020). Facets of the psychotherapy relationship: A metaphorical approach. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(3), 311–319.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. MacGraw Hill.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy – Results of an expert survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 82–96.
- Van Broeck, N., & Lietaer, G. (2008). Psychology and psychotherapy in health care: A review of legal regulations in 17 European countries. *European Psychologist*, 13(1), 53–63.

Došlo do redakce 9. 3. 2021, v revidovaném znění 30. 4. 2021. K publikaci přijato 4. 5. 2021.