

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Barbora Tučková

**Efektivita on-line intervencí pro osoby s poruchou
kompulzivního sexuálního chování**

**Effectiveness of online interventions for people with Compulsive
Sexual Behavior Disorder**

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D.

Konzultantka bakalářské práce: Mgr. Kateřina Potyszová

Praha, 2023

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí Mgr. Kateřině Klapilové, Ph.D. za cenné rady a možnost věnovat se tak zajímavému tématu, kamarádkám z ročníku za jejich humor a možnost sdílení akademických i osobních dilemat a hlavně své mamince, bez jejíž neustálé a bezpodmínečné podpory bych nebyla tam, kde jsem.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Barbora Tučková

V Praze dne 21. dubna 2023

Abstrakt

Tato bakalářská práce představuje nově uznanou diagnózu poruchy kompulzivního sexuálního chování (*Compulsive Sexual Behavior Disorder*) a mapuje dostupné zahraniční on-line intervence zaměřené na ni. V teoretické části práce je popsána samotná porucha včetně její etiologie, prevalence, diagnostiky dle MKN-11 a možností léčby, a zároveň je vysvětlen koncept on-line intervencí a jejich typy. Druhá část je systematicky přehledová a přináší podrobné informace o existujících on-line intervenčních programech a dostupná data o jejich efektivitě. Třetí, empirická část představuje návrh kvantitativního výzkumu efektivity české verze maďarsko-švýcarského programu Hands-off, který by měl prohloubit současné poznatky o efektivitě nízkoprahových on-line intervenčních programů pro osoby s poruchou kompulzivního sexuálního chování a přinést první data založená na české klinické populaci. Na základě všech poznatků jsou na konci práce představena doporučení pro implementaci obdobného intervenčního programu v českém prostředí.

Klíčová slova: porucha kompulzivního sexuálního chování; kompulzivní sexualita; problematické užívání pornografie; on-line intervence; Hands-off

Abstract

This bachelor thesis introduces the newly recognized diagnosis of Compulsive Sexual Behavior Disorder and maps available online interventions targeting it. The theoretical part of the thesis describes the disorder itself, including its aetiology, prevalence, ICD-11 diagnostic criteria and treatment options, and explains the concept of online interventions and their types. The second part is a systematic review which provides detailed information on existing online intervention programmes and available data on their effectiveness. The third, empirical part presents a proposal for a quantitative study on the effectiveness of the Czech version of the Hungarian-Swiss programme Hands-off, which should enhance the current knowledge on the effectiveness of low-threshold online intervention programmes for people with Compulsive Sexual Behaviour Disorder and provide first data based on clinical population from the Czech Republic. Based on all findings, the thesis presents recommendations for the implementation of a similar intervention programme in the Czech environment.

Key words: Compulsive Sexual Behavior Disorder; compulsive sexuality; problematic pornography use; on-line interventions; Hands-off

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Úvod | 10 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST..... | 12 |
| 1. Porucha kompulzivního sexuálního chování..... | 12 |
| 1.1. Porucha kompulzivního sexuálního chování dle MKN-11 | 12 |
| 1.2. Vývoj diagnózy a terminologie..... | 15 |
| 1.2.1. Sexuální závislost | 15 |
| 1.2.2. Hypersexuální porucha | 16 |
| 1.2.3. Nadměrné sexuální nutkání | 16 |
| 1.3. Etiologie | 17 |
| 1.3.1. Fyziologické a genetické příčiny | 17 |
| 1.3.2. Psychosociální příčiny | 17 |
| 1.4. Populační prevalence | 18 |
| 1.5. Diagnostika poruchy kompulzivního sexuálního chování | 19 |
| 1.6. Léčba poruchy kompulzivního sexuálního chování..... | 20 |
| 1.6.1. Farmakoterapie | 21 |
| 1.6.2. Psychoterapie | 22 |
| 1.7. Souvislost poruchy kompulzivního sexuálního chování a internetu..... | 25 |
| 2. On-line intervence..... | 26 |
| 2.1. Self-assessment | 26 |
| 2.2. Self-management..... | 26 |
| 2.3. AI chatové intervence | 27 |
| 2.4. Částečně asistované intervence | 27 |
| 2.5. Svépomocné skupiny | 27 |
| II. PŘEHLEDOVÁ ČÁST..... | 28 |
| 3. Self-assessment..... | 29 |
| 3.1. Sex Help | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Self-management | 30 |
| 4.1. Brainbuddy | 30 |
| 4.2. Fortify..... | 31 |
| 4.3. Get Help | 32 |
| 4.4. Hands-off..... | 33 |
| 4.5. Life Process Program | 34 |
| 4.6. ReDirection Self Help Program | 36 |
| 5. AI chatové programy | 38 |
| 5.1. QuitBot..... | 38 |
| 6. Částečně asistované programy | 39 |
| 6.1. Adisex | 39 |
| 6.2. Candeo..... | 40 |
| 6.3. Prevent It | 41 |
| 7. Svépomocné skupiny | 43 |
| 7.1. Ne pornu..... | 43 |
| 7.2. Dvanáctikrokové programy..... | 44 |
| III. EMPIRICKÁ ČÁST | 46 |
| 8. Cíl výzkumu | 46 |
| 8.1. Výzkumné otázky a hypotézy | 46 |
| 9. Metodika | 48 |
| 9.1. Typ výzkumu | 48 |
| 9.2. Výzkumný soubor | 48 |
| 9.3. Měřicí nástroje | 48 |
| 9.3.1. PPCS-18..... | 48 |
| 9.3.2. WHOQOL-BREF | 49 |
| 9.3.3. PSS-10 | 49 |
| 9.4. Procedura..... | 50 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| 9.5. Statistická analýza | 50 |
| 9.6. Etika výzkumu | 51 |
| 9.7. Možné limity výzkumu | 51 |
| 10. Diskuse | 52 |
| 11. Závěr | 54 |
| Reference | 55 |
| Příloha 1 | 61 |
| Příloha 2 | 62 |
| Příloha 3 | 65 |

Seznam zkratk

ACT = terapie přijetí a odhodlání

CSAM = materiál týkající se sexuálního zneužívání dětí, „dětská pornografie“ (*child sexual abuse material*)

DSM = Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

DSM-V = 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch

KBT = kognitivně behaviorální terapie

MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN-10 = 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

MKN-11 = 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

NÚDZ = Národní ústav duševního zdraví

N/A = neaplikovatelné (*not applicable*)

PKSCH = porucha kompulzivního sexuálního chování

SSRIs = selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

Úvod

Téma zvýšené, nekontrolovatelné či problematické neparafilní sexuality se mezi odbornou veřejností skloňuje již více než 100 let (Kafka, 2010) a promítá se i do oblastí mimo medicínu a psychologii, ať už je to sociologie, filosofie nebo umění (Hallberg, 2019). Od závislosti na sexu přes sexuální kompulzivitu po hypersexuální poruchu, obdobná symptomatika byla historicky nazývána různými jmény a chápána různými pohledy. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, platná mezinárodně od roku 2022, však zahrnutím *Compulsive Sexual Behavior Disorder* (porucha kompulzivního sexuálního chování)¹ poskytla odborníkům pevný rámec pro její diagnostiku, léčbu i další zkoumání a ukotvila vnímání problematiky optikou kompulzivního chování spíše než sexuálních dysfunkcí.

PKSCH jako diagnóza je nová, z čehož plynou nejasnosti v jejím chápání, diagnostikování a léčení a také celkový nedostatek informací. Odborníci často čerpají z poznatků založených na předchozích konceptech závislosti na sexu nebo hypersexuální poruchy, které nevedou vždy ke zcela přiléhavým výsledkům. V České republice navíc zatím teprve probíhá překlad a MKN-11 ještě nevstoupila v platnost, zdroje v češtině proto dosud neexistují.

Z tohoto důvodu se první část této práce poměrně obsáhle věnuje obecně tématu PKSCH a jeho nejdůležitějším aspektům – terminologii, vzniku, prevalenci, diagnostice a možnostem léčby, kde je důraz kladen na psychologické přístupy, jelikož ty jsou poté relevantní pro další části práce. První kapitola zároveň vysvětluje souvislost PKSCH a internetu ve snaze propojit ji s dalším aspektem práce, kterým jsou on-line intervence. Jelikož cílem této práce je zmapovat dostupné nízkoprahové on-line intervenční programy pro osoby s PKSCH, v druhé kapitole první části je vysvětlen význam a typy těchto intervencí od individuálních po částečně asistované a komunitní.

Druhá část poskytuje samotný přehled dostupných intervenčních programů, který je těžištěm práce. Tyto programy, zmapované co nejpodrobnější rešerší, jsou kategorizovány dle různých kritérií a důkladně popsány, včetně dat o jejich efektivitě,

¹ V současné chvíli neexistuje oficiální český překlad diagnózy, v práci je užíván překlad autorky a jeho zkratka PKSCH

pokud jsou k dispozici. Na základě tohoto přehledu poté práce poskytuje určitá východiska a doporučení pro možnou implementaci on-line intervenčního programu pro osoby s PKSCH v českém prostředí.

Ve třetí, empirické části práce je navržen kvantitativní výzkum možné české verze jednoho ze zahraničních intervenčních programů, který má za cíl rozšířit dosavadní omezené poznatky o efektivitě a získat data od české klinické populace.

Práce vychází z důvodu zmíněného nedostatku českých zdrojů převážně ze zahraničních publikací a je v ní citováno dle normy APA (American Psychological Association, 2020). Anglické termíny jsou překládány dle české psychologické konvence. V případě, že neexistuje pro daný termín vhodný překlad, je termín přeložen autorkou a původní znění je uvedené v závorce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Porucha kompulzivního sexuálního chování

1.1. Porucha kompulzivního sexuálního chování dle MKN-11

Porucha kompulzivního sexuálního chování je nová diagnóza, definovaná poprvé v MKN-11 pod kódem 6C72 jako „přetrvávající vzorec chování charakterizovaný neschopností kontrolovat intenzivní sexuální impulzy nebo nutkání, které vedou k repetitivnímu sexuálnímu chování“ (World Health Organization, 2019). PKSCH patří do okruhu poruch kontroly impulzů spolu s pyromanií, kleptomanií a interminutní explozivní poruchou.

Diagnostická kritéria PKSCH jsou dle MKN-11 tvořena následujícími faktory:

- Výše zmíněné repetitivní sexuální chování, které může mít jeden nebo více následujících projevů:
 - „Opakované sexuální chování se stalo hlavní náplní života jedince do té míry, že zanedbává péči o zdraví a osobní hygienu nebo jiné zájmy, aktivity a povinnosti.
 - Jedinec se mnohokrát neúspěšně pokoušel kontrolovat nebo výrazně omezit repetitivní sexuální chování.
 - Jedinec pokračuje v repetitivním sexuálním chování navzdory nepříznivým důsledkům (např. manželský konflikt kvůli sexuálnímu chování, finanční nebo právní důsledky, negativní dopad na zdraví).
 - Jedinec pokračuje v repetitivním sexuálním chování, i když z něj má jen malé nebo žádné uspokojení.
- Neschopnost ovládat intenzivní, repetitivní sexuální impulzy nebo nutkání a z toho vyplývající repetitivní sexuální chování se projevuje po delší dobu (6 a více měsíců).
- Neschopnost ovládat intenzivní, repetitivní sexuální impulzy nebo nutkání a z toho vyplývající repetitivní sexuální chování nelze lépe vysvětlit jinou duševní

poruchou (např. manickou epizodou) nebo jiným zdravotním stavem a není způsobena účinky chemických látek nebo léků.

- Vzorec repetitivního sexuálního chování vede k výraznému distresu nebo významnému narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních nebo jiných důležitých oblastí fungování. Distres, který je zcela způsobený morálními soudy a nesouhlasem se sexuálními impulzy, nutkáním nebo chováním, není pro splnění tohoto požadavku dostačující.“

(World Health Organization, 2019)

PKSCH se může projevovat různými formami sexuálního chování a to jak autoerotickými, tak těmi zahrnujícími další osoby. Nejčastěji můžeme pozorovat nadměrnou konzumaci pornografie a kompulzivní masturbaci (dohromady někdy označované jako *pornographic binges* (Wordecha et al., 2018)), nadměrné využívání placených sexuálních služeb, kompulzivní pohlavní styk v rámci stálého vztahu nebo nezávazné styky s větším počtem partnerů. Etiologie poruchy není v MKN-11 nijak zmiňována, Briken (2020a) ji považuje za velmi různorodou, a ne přímo relevantní pro diagnostický popis. Jedinci s PKSCH se však často dopouští repetitivního sexuálního chování v reakci na pocity izolace, samoty, deprese, úzkosti, znučení či jiných negativně afektivních stavů. Přestože tyto nejsou diagnosticky determinující, zkoumání jejich vztahu k sexuálnímu chování může být důležitým aspektem léčby PKSCH.

Vzhledem k rozmanitosti lidské sexuality může být náročné oddělit PKSCH od normality. Důležité body v nastavení této hranice tvoří výrazný distres nebo narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních nebo jiných důležitých oblastí fungování. Jedinci s vysokou úrovní sexuálního zájmu a chování nespádají pod diagnózu PKSCH, pokud nepocít'ují tento distres nebo narušení. U dospívajících jedinců nemůžeme hovořit o PKSCH v případech biologicky podmíněného zvýšení sexuálního zájmu v období pubescence a adolescence a to ani tehdy, kdy je spojeno s distresem. Při diagnostikování PKSCH je třeba také pečlivě rozlišit, kdy je zdrojem distresu skutečně kompulze k sexuálnímu chování, a kdy je to vnitřní či interpersonální konflikt založený na kulturních a hodnotových rozdílech či strach z morálního odsouzení okolí. PKSCH nemůže být diagnostikována ani na základě krátkých časových úseků, kdy je zvýšený drive a sexuální chování zapříčiněno změnou jedincovy situace na takovou, která nabízí předtím

neexistující možnosti sexuálního vyžití, např. stěhování do nového města nebo změna partnerského stavu (World Health Organization, 2019).

MKN-11 udává také hranice pro diferenciální diagnostiku PKSCH a některých jiných poruch a stavů, a to následovně:

- **Bipolární a příbuzné poruchy:** Zvýšení sexuální touhy a chování a snížení schopnosti je ovládat se mohou objevit během manických nebo hypomanických epizod bipolární či jiné příbuzné poruchy. Pro diagnostikování PKSCH je nutná přítomnost neschopnosti kontrolovat repetitivní sexuální nutkání a všech dalších diagnostických kritérií.
- **Obsedantně-nutková porucha:** I přes svůj název není sexuální chování u PKSCH považováno za pravou kompulzi. Právě kompulze tak, jak je chápeme v kontextu obsedantně-nutkové poruchy, nejsou jedincem vnímány jako samy o sobě uspokojující a nejčastěji se objevují jako odpověď na vtíravé, nechtěné a často úzkost navozující myšlenky. Sexuální kompulze u PKSCH naproti tomu většinou poskytují dočasné uspokojení.
- **Poruchy osobnosti:** Někteří jedinci s poruchou osobnosti mohou používat repetitivní sexuální chování jako maladaptivní regulační strategii, zejména k předcházení či potlačení emočního distresu nebo ke stabilizaci vlastního já. Za splnění potřebných diagnostických kritérií je možné diagnostikovat obě poruchy zároveň, ale pokud je sexuální chování plně vysvětlitelné emoční dysregulací nebo jinými základními aspekty poruchy osobnosti, není diagnóza PKSCH na místě.
- **Parafilie:** Diagnózy PKSCH a parafilie je možné přidělit společně, pokud pacient splňuje kritéria pro obě, pokud je ale parafilik schopen kontrolovat behaviorální stránku svých impulzů a fantazií, můžeme PKSCH vyloučit. U jedince s PKSCH se naopak vůbec nemusí vyskytovat dle diagnostického manuálu neobvyklé sexuální preference a aktivity, které jsou podmínkou pro diagnostikování parafilii.
- **Účinky psychoaktivních látek včetně medikace:** Jak užívání předepsané medikace (např. agonisté dopaminu používané u Parkinsonovy choroby nebo syndromu neklidných nohou), tak jiných psychoaktivních látek (např.

metamfetamin) může v některých případech způsobit snížení kontroly nad sexuálními impulzy a chováním. V tomto případě nemůže být PKSCH diagnostikována.

- **Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek:** Ve stavech intoxikace psychoaktivní látkou může dojít k impulzivnímu nebo disinhibovanému sexuálnímu chování u zdravých jedinců, na druhou stranu osoby s PKSCH mohou někdy užívat psychoaktivní látky za účelem zapojení se do sexuálních aktivit a zvýšení potěšení z nich. Je podstatné odlišit, kdy se užívání psychoaktivních látek vyskytuje komorbidně s PKSCH, a kdy je původcem epizodního snížení kontroly a PKSCH u pacienta nemůže být diagnostikováno.
- **Demence a zdravotní stavy nezařazené do kategorie duševních poruch, poruch chování nebo neurovývojových poruch:** Nemoci a stavy ovlivňující nervovou soustavu jako jsou demence či nádorová onemocnění mohou snižovat schopnost ovládnutí sexuálních impulzů, nutkání a chování v rámci širšího vzorce snížení kontroly impulzů v důsledku neurokognitivního poškození. PKSCH by v tomto případě neměla být diagnostikována.

(World Health Organization, 2019)

1.2. Vývoj diagnózy a terminologie

Přestože je PKSCH novou diagnózou, pacienti s obdobným klinickým obrazem jsou pro psychology a psychiatry známou skupinou (Balon & Briken, 2021). Vhodný diagnostický rámec pro nekontrolovatelné, nadměrné či kompulzivní sexuální chování je mezi odbornou veřejností dlouho diskutovaným tématem, o čemž svědčí množství historicky i souběžně užívaných názvů popisujících stejné nebo velmi podobné symptomy (Ballester-Arnal et al., 2020). Následující odstavce popisují rozdíly mezi PKSCH a několika dalšími koncepty, které je vhodné znát zejména proto, že práce s PKSCH je postavená na některých poznatcích z literatury o nich.

1.2.1. Sexuální závislost

Koncept sexuální závislosti se do veřejného povědomí dostal v 80. letech minulého století v knize *Out of the Shadows* Patricka Carnese (1983), který dále pracoval na jeho rozvoji, včetně tvorby screeningových nástrojů. Navrhovaný

diagnostický model sexuální závislosti byl víceméně analogický k diagnostickým kritériím pro závislost na návykových látkách tak, jak jsou uvedena v DSM-V. Proti chápání nekontrolovatelného sexuálního chování jako závislosti mluví specifické faktory závislostí, jako jsou zvyšování tolerance a abstinenci příznaky, na druhou stranu s nedávným rozšířením termínu na závislosti behaviorální (např. závislost na videohrách (*gaming disorder*) v MKN-11) tyto podmínky odpadají. Sexuální závislost přesto nikdy nebyla oficiálně klasifikována v MKN nebo DSM a oba tyto klasifikační systémy se kloní k chápání kompulzivního sexuálního chování jako poruchy kontroly impulzů (Gola & Kraus, 2021).

1.2.2. Hypersexuální porucha

Pojem hypersexuální porucha se začal rozvíjet kolem roku 2010 k popisu klinické hypersexuality u pacientů vyhledávajících léčbu (Gola & Kraus, 2021). Kafka (2010) hypersexuální poruchu koncipuje jako opakované intenzivní a nadměrné zaujetí sexuálními fantaziemi, nutkáním a chováním, které se jedinci snaží ovládat a narozdíl od PKSCH ji řadí pod sexuální dysfunkce, kde by tvořila jeden konec kontinua lidské sexuality, v opozici k hyposexualitě nebo orgasmickým dysfunkcím. Hypersexuální porucha byla zvažována jako diagnóza pro DSM-V, nakonec však nebyla zahrnuta z důvodu nedostatku vědeckých důkazů o její odlišnosti od jiných diagnóz a rizika jejího zneužití zejména ve forenzní oblasti (Kafka, 2014).

1.2.3. Nadměrné sexuální nutkání

Nadměrné sexuální nutkání je předchůdce PKSCH v MKN-10, kde je definované pod kódem F52.7. Zatímco PKSCH spadá v MKN-11 pod poruchy kontroly impulzů společně s kleptomanií nebo pyromanií, nadměrné sexuální nutkání bylo zařazeno k sexuálním dysfunkcím, které nejsou způsobeny organickou poruchou nebo nemocí, stejně jako poruchy orgasmu, předčasná ejakulace nebo vaginismus (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022). Vzhledem k zatím chybějícímu českému překladu MKN-11 je nadměrné sexuální nutkání stále platnou a užívanou diagnózou v českém prostředí.

1.3. Etiologie

Podobně jako u většiny psychických poruch je toho o etiologii PKSCH známo jen relativně málo, přičemž vyslovení jasných závěrů o příčinách komplikují nejasnosti v konceptu kompulzivního sexuálního chování a to, jak různě jej vnímají existující studie. V současné době není možné prezentovat více než spekulativní a obecné závěry ve smyslu toho, že etiologie poruchy je multifaktoriální a pravděpodobnost jejího výskytu se zvyšuje kombinací evolučních, biologických, psychologických a sociálních faktorů (Briken, 2020b). Přesto je níže představeno několik možných příčin.

1.3.1. Fyziologické a genetické příčiny

Kühn a Gallinant (2016) shrnují možná centra hypersexuality jako čelní lalok, spánkový lalok (zejména amygdala a hipokampus), hypothalamus a části mozku spojené s odměnou (striatum, nucleus accumbens, ventrální tegmentální oblast). Prozatím však není jasné, které oblasti mozku vyvolávají pouze disinhibici, čímž přispívají k vyšší míře sexuálního chování nepřímo, a které oblasti jsou přímo spojeny se zvýšením sexuální touhy, vzhledem k tomu, že oba jevy mohou vést ke stejnému výsledku.

Objevují se i důkazy o tom, že PKSCH je geneticky podmíněná. Kühn a Gallinant (2016) uvádí, že podstatnou roli u kompulzivního sexuálního chování hraje dopaminergní systém, zejména určité genetické varianty dopaminových receptorů D1, D2 a D4. Jokinen a kol. (2017) našli ve své studii souvislost mezi hypersexuálním chováním a epigenetickými změnami (zde konkrétně snížená úroveň methylace) v oblasti genů pro kortikoliberin, zatímco Chatzittofis a kol. (2016) ukazují možnou souvislost s dysregulací osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Tato dysregulace, která značí stresovou reakci, koresponduje s pozorovanou souvislostí mezi sexuálním zneužíváním a podobnými traumatickými zkušenostmi a vznikem PKSCH.

1.3.2. Psychosociální příčiny

Na psychické úrovni se jako důležité koreláty PKSCH ukazují nejistá vazba a celkově problémové vztahy, traumatické zkušenosti a sexuální zneužití, o kauzalitě však v tuto chvíli s jistotou mluvit nemůžeme. Sexualita zároveň může

fungovat jako copingová strategie a zvýšené, riskantní či kompulzivní sexuální chování se tak často vyskytuje u jedinců s depresivními či úzkostnými stavy (Briken, 2020b). PKSCH je provázáno i s pocity studu. Reid a kol. (2014a) píše, že internalizovaný, chronický stud (který může být spojený mimo jiné s vlastní sexualitou) posiluje negativní sebeobraz a emoce, a ty naproti tomu způsobují, že je jedinec náchylnější k hledání úniku v aktivitách poskytujících dočasnou úlevu, včetně sexuálního chování.

Opomenout nelze ani sociální vlivy jako jsou internet, sociální sítě a s nimi spojená snadná dostupnost pornografie, či kultura a náboženství, které udávají to, co je v dané společnosti považované za vhodné a co vyvolává stud a jiné negativní emoce (Briken, 2020b).

1.4. Populační prevalence

Dostupná prevalence data pro PKSCH jsou stále spíše ojedinělá a historicky se pracovalo s odhady kdekoliv mezi 1 a 10 %, v závislosti na měřeném konceptu, jeho operacionalizaci a užívaných screeningových nástrojích (Gola & Kraus, 2021). Dřívější studie Dickenson a kol. (2018) realizovaná na reprezentativním vzorku z USA ukazovala k vyšším hodnotám (kolem 8,6%), ale tato užívala škálu CSBI-13, která byla vyvinuta před publikací MKN-11, navíc s relativně nízkou hraniční hodnotou 35.

Nejaktuálnější odhady poskytuje studie Briken a kol. (2022), ze které vyplývá, že 4,9 % mužů a 3 % žen splňuje diagnostická kritéria PKSCH. Tato studie je první studií založenou na definici a operacionalizaci PKSCH dle MKN-11 a reprezentativním národním vzorku západoevropské země. Jedinci s PKSCH jsou dle korelačních údajů ze stejné studie častěji muži, mladšího věku, s migračním původem. Na rozdíl od dřívějších studií se nepotvrdil signifikantní rozdíl v přítomnosti PKSCH mezi heterosexuální populací a sexuálními menšinami.

Zajímavé jsou také údaje o osobní a sexuální historii jedinců s PKSCH – dle Briken a kol. (2022) častěji než běžná populace pochází z nábožensky zaměřených rodin, zažili sexuální zneužívání, využívají placených sexuálních služeb a vnímají, že jejich znalosti o sexualitě byly výrazně ovlivněny pornografií. Gola a Kraus (2021) uvádí, že se PKSCH častěji vyskytuje u osob s látkovými závislostmi, poruchami osobnosti a afektivními

poruchami a naproti tomu že osoby s PKSCH mají oproti běžné populaci vyšší hodnoty výskytu HIV.

Data z českého prostředí zatím chybí, slibuje je ale probíhající projekt NÚDZ pod vedením prof. Weisse – Celonárodní výzkum sexuálního chování, preferencí a wellbeingu obyvatel České republiky (NÚDZ, n.d.).

1.5. Diagnostika poruchy kompulzivního sexuálního chování

Diagnostický proces PKSCH by měl sestávat ze základních lékařských testů, se zvláštním zaměřením na hormonální fungování, pohlavně přenosné choroby a poruchy ovlivňující sexuální touhu, vzrušení a orgasmus (např. onemocnění štítné žlázy, syndrom polycystických vaječnicků, demence, Huntingtonova choroba, různá zranění hlavy), psychometrického testování pomocí vhodných škál, případně posouzení rodinných příslušníků či partnerů, nejdůležitěji však z komplexního psychiatrického nebo sexuologického a klinicko-psychologického vyšetření postaveného na strukturovaném klinickém rozhovoru (Rosenberg et al., 2021).

Formální, ale flexibilní klinický rozhovor zkoumá v první řadě historii problému, se kterým pacient přichází, dále jeho sexuální status (sexuální styky, stavy touhy, vzrušení a orgasmu), sexuální historii, psychické a fyzické stresory, rodinné prostředí a významné zkušenosti z dětství a dospívání. Klinik by se měl ptát také na pacientovu obecnou zdravotní anamnézu a medikaci (Rosenberg et al., 2021).

Jako vhodný nástroj pro zahájení rozhovoru a indikaci nutnosti dalšího zkoumání pacientova sexuálního chování může sloužit screeningová metoda PATHOS (Carnes et al., 2012). PATHOS obsahuje 6 otázek (uvedených níže) a za mezní hodnotu pro další exploraci jsou považovány 3 body.

„P (*preoccupied*) – Máte často pocit, že vás zaměstnávají sexuální myšlenky?

A (*ashamed*) – Skrýváte některé svoje sexuální chování před ostatními (protože se za něj stydíte)?

T (*treatment*) – Vyhledal/a jste někdy léčbu nebo jinou pomoc kvůli vašemu sexuálnímu chování?

H (*hurt*) – Ublížil/a jste někdy emočně někomu svým sexuálním chováním?

O (*out of control*) – Máte pocit, že vás ovládá vaše sexuální chování, nebo že se váš sexuální život vymyká kontrole?

S (*sad*) – Když máte sex, cítíte se potom depresivně nebo smutně?“

(Carnes et al., 2012, s. 31)

Diferenciální diagnostika by měla proběhnout dle kritérií MKN-11 blíže popsaných v podkapitole Porucha kompulzivního sexuálního chování dle MKN-11. Zvláštní pozornost by měla být věnována posouzení přítomnosti poruch často se vyskytujících komorbidně s PKSCH, tedy úzkostných a depresivních poruch a látkových závislostí. Identifikace těchto komorbidit je klíčová pro určení vhodného terapeutického postupu (Rosenberg et al., 2021).

V minulosti se k psychometrickému měření kompulzivního sexuálního chování používala celá řada nástrojů založených na jeho různých konceptech. Dle Rosenberga (2021) to byly třeba Škála sexuální kompulzivity (*SCS*; Kalichman et al., 1995), Inventář kompulzivního sexuálního chování (*CSBI*; Coleman et al., 2001) či Carnesův (2010) revidovaný Screeningový test sexuální závislosti (*SAST-R*). Všechny tyto nástroje však vznikly před publikací MKN-11 a v současné době se začínají využívat nové škály založené přímo na diagnostických kritériích PKSCH dle MKN-11.

Škála PKSCH (*CSBD-19*, Bothe & Potenza, 2020) je 19-položková škála, kde účastníci položky hodnotí na Likertově škále od 1 (naprosto nesouhlasím) do 4 (naprosto souhlasím). Škála zatím prokázala velmi dobré psychometrické vlastnosti ve 3 jazycích (angličtina, maďarština, němčina) a v současné době probíhá v NÚDZ její překlad do češtiny (K. Klapilová, osobní sdělení, 13. dubna 2023). Grubbs a kol. (2023) vytvořili Diagnostický inventář PKSCH (*CSBD-DI*), který sestává ze 7 položek hodnocených na škále od 0 (absence symptomu nebo pouze zkušenost s ním starší 12 měsíců) do 1 (přítomnost symptomu po minimálně 6 měsících v posledních 12 měsících). *CSBD-DI* byl validizován v angličtině, maďarštině, němčině a polštině, česká verze zatím zřejmě neexistuje.

1.6. Léčba poruchy kompulzivního sexuálního chování

Napříč literaturou obecně panuje shoda, že je v léčbě PKSCH nutný integrativní biopsychosociální přístup, který cílí na všechny aspekty poruchy od behaviorálních

projevů po vývojové, intrapsychické a interpersonální zdroje problému. Multimodální léčebný přístup počítá s využitím farmakoterapie i různých forem psychoterapie, tj. individuální psychoterapie, skupinové psychoterapie či párové terapie (Munns et al., 2021).

Vzhledem k podstatě celého tématu by měl mít odborník pracující s PKSCH sex-pozitivní, otevřený přístup a neměl by sexuální myšlenky či aktivity dělit na deviantní a nedevariantní. Důraz by měl být kladen spíše na to, zda konkrétní sexuální chování výrazně narušuje sociální a emocionální fungování jedince či ne (Munns et al., 2021).

Briken (2020b) aplikuje při navrhování léčebného procesu PKSCH široce užívaný model duální kontroly (Bancroft & Janssen, 2000), který říká, že sexuální chování je rovnováhou mezi sexuální excitací a inhibicí. Řada různých poruch či stavů včetně PKSCH způsobuje vychýlení této rovnováhy jedním či druhým směrem – v případě PKSCH směrem k excitaci – a tuto nerovnováhu by měla léčba v první řadě adresovat. Konkrétní cíle léčby PKSCH jsou podle Brikeny a Turnera (2021) posílení sexuální sebekontroly, omezení problematického sexuálního chování, snížení nepříznivých důsledků, zejména rizika ublížení sobě samému nebo druhým osobám, a snížení distresu a narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, profesních a jiných důležitých oblastí fungování. Jelikož je komorbidita s dalšími poruchami u PKSCH spíše pravidlem, je k dosažení těchto cílů klíčové vzít tyto v potaz a léčbu přizpůsobit pacientově specifické kombinaci diagnóz a symptomů (Briken, 2020b).

Munns a kol. (2021) přehledně rozdělují celý léčebný proces do následujících 4 fází:

1. Vyšetření a plánování léčby
2. Stabilizace a self-management
3. Osobnost, identita, intimita
4. Udržování a léčba komorbidních poruch

1.6.1. Farmakoterapie

Farmakoterapie je podstatnou složkou léčby PKSCH zejména ve fází stabilizace a self-managementu (Munns et al., 2021). K nasazení vhodné medikace může dojít

za účelem zvýšení sexuální kontroly a snížení drivu (zejména SSRIs), dále pak léčby komorbidních psychických poruch (např. naltrexon u drogových závislostí, stimulační léky u ADHD) či léčby PKSCH v kombinaci s parafilii (Briken & Turner, 2021). Obdobně jako u jiných psychických poruch jsou zde psychofarmaka někdy podmínkou pro to, aby byl pacient schopný jakékoliv další terapie (Coleman, 1991).

Všechna při PKSCH běžně používaná psychofarmaka fungují na bázi snižování hladiny testosteronu. Patří mezi ně SSRIs (zejména fluoxetin a sertralin), které jsou považované za nejšetrnější a dají se použít i při léčbě dospívajících, naltrexon, který je dle Briken a Turnera (2021) vhodný zvláště pro pacienty s komorbidními látkovými závislostmi, cyproteron acetát (prodáváný pod komerčním názvem Androcur) a medroxyprogesteron acetát (prodáváný pod komerčním názvem Depo-Provera), oba indikované zpravidla při komorbiditě s parafilii. Pro některé parafiliky či osoby s vysokým rizikem spáchání sexuálně motivovaného trestného činu je možné použít také analogy gonadoliberinu (zejména triptorelin a leuprorelin), které narozdíl od SSRIs nebo naltrexonu vedou ve většině případů k úplnému potlačení parafilní i neparafilní sexuality (Briken & Turner, 2021).

1.6.2. Psychoterapie

Zatímco farmakoterapie je u řady pacientů doporučována, je to psychoterapie, kterou většina zdrojů, nehledě na teoretický přístup, označuje za nezbytnou v léčbě PKSCH (Munns et al., 2021). Dle Efratiho a Goly (2018) v současné době neexistuje konsenzus ohledně cílů terapie PKSCH a v závislosti na konkrétním teoretickém přístupu se tyto pohybují od nejvíce radikálních, jejichž cílem je víceméně abstinence, po moderní, liberální programy, zaměřující se na snižování rizik a negativních důsledků a budování zdravějšího přístupu k masturbaci, sledování pornografie i sexu. Na obecné úrovni se však dá držet dělení Munnse a kol. (2021) a psychoterapii označit za nejpodstatnější ve třetí fázi léčby, kde adresuje pacientovu osobnost, identitu a intimitu.

Na konkrétním teoretickém směru závisí také užívané terapeutické modality – individuální terapie, skupinová terapie, párová či společná terapie a jejich různé

kombinace. Munns a kol. (2021) navrhuji nejkompexnější přístup, kde je individuální terapeut zároveň poskytovatelem či koordinátorem dalších forem terapie a pacient kombinuje všechny výše zmíněné modality. Specifickou formou terapie, kterou Munns a kol. nezmiňují, je nízkoprahová, on-line či svépomocná terapie, která je podstatou této práce a je tedy podrobněji rozebírána v dalších částech práce.

Terapeutické směry potenciálně použitelné při léčbě PKSCH jsou různorodé. Zdaleka nejčastěji je v literatuře zmiňována KBT, v jejíž prospěch svědčí i největší množství studií o efektivitě (Khojastefar et al., 2021a). Cílem KBT u pacientů s PKSCH je v první řadě potlačení nebo alespoň významné snížení problematického sexuálního chování, které by mělo vést ke zlepšení sebepojetí a uvědomění si, že život je lepší bez tohoto nežádoucího chování. KBT je založená na identifikaci interních a externích spouštěčů a elementárních dysfunkčních myšlenek a jejich modifikaci skrze kognitivní úkoly a behaviorální intervence, stejně jako modifikaci jedincova prostředí a zvyklostí tak, aby se mohl spouštěčům vyhnout (Efrati & Gola, 2018). Dalším často zmiňovaným terapeutickým přístupem je kognitivně analytická terapie, časově omezená terapie založená na vzorcích chování a vztahů, jejich narativní reformulaci a velkém kolaborativním zapojení pacienta do terapeutické práce (Efrati & Gola, 2018). Podle Ryla a kol. (2014) má kolaborativní aspekt kognitivně analytické terapie u pacientů s PKSCH značný účinek zejména ve vztahovém komponentu poruchy a facilitaci budování pravé intimity, ale vykazuje i obecné snížení obsesivních myšlenek.

Borgogna a kol. (2022) ve svém systematickém přehledu zaznamenali také častý výskyt intervencí založených na ACT. ACT se zaměřuje na psychologickou nepružnost jedince, která způsobuje, že se jeho chování řídí striktně aktuálními vnitřními prožitky, jako jsou např. právě sexuální nutkání, spíše než osobními hodnotami. Vzhledem k tomu, že některé výzkumy (Wetterneck et al., 2012) spojují problematické sledování pornografie, na které ACT intervence specificky cílí nejčastěji, právě s vysokou psychologickou nepružností jedince, může být tento přístup v práci s PKSCH vhodnou volbou (Levin et al., 2017).

Několik studií poukazuje na pozitivní účinky metod mindfulness i na negativní korelaci dispozičního mindfulness a problematického sexuálního chování (Chiesa & Serretti, 2010; Reid et al., 2014, Van Gordon et al., 2016). Mindfulness metody jsou založené na prožívání myšlenek, emocí a tělesných pocitů v přítomném okamžiku bez předsudků a hodnocení. Cílem mindfulness metod u osob s PKSCH je zejména snížení psychického distresu a pocitů studu za vlastní sexuální myšlenky a chování, zlepšení regulace afektů a zvládnání stresu a zvýšení tolerance vůči maladaptivním sexuálním nutkáním (Efrati & Gola, 2018). Wizła a kol. (2022) navrhuje užití psychedeliky asistované terapie na základě jejich sdílených charakteristik s metodami mindfulness (subjektivně popisované pocity i neurofyziologické ukazatele). Jedná se zatím pouze o teoretické úvahy, ale psychedelika by v budoucnu mohla být využívána jako doplněk jiných terapeutických forem díky své možnosti nabídnout radikálnější vystavení vnitřním prožitkům a podpořit procesy přijetí při léčbě PKSCH.

Psychodynamické přístupy vnímají kompulzivní sexuální chování nejčastěji jako výsledek traumatu nebo nejisté vazby. Cílem těchto směrů v práci s PKSCH není přímo řešení symptomů, ale hledání a adresování původních příčin, které zpravidla zahrnuje konfrontaci s náročnými životními epizodami a bolestnými vzpomínkami. Prostřednictvím terapeutického vztahu se jedinec má naučit vztahové konzistenci a být schopen ji integrovat do svého emočního a sexuálního života (Estellon & Harold, 2012). Studie o efektivitě psychodynamických směrů jsou prakticky nedohledatelné i vzhledem k tomu, že zřejmě neexistují žádné psychodynamicky založené intervenční programy pro PKSCH a jedinci s touto symptomatikou se spíše nárazově objevují v běžných terapeutických praxích.

Nejstriktnější cíle si kladou svépomocné programy založené na systému 12 kroků poprvé formulovaných pro Anonymní alkoholiky, přestože je nelze zcela generalizovat. Podle Efratiho a Goly (2018) existuje podobných programů poměrně velké množství, ale liší se ve své cílové skupině (např. otázka přijímání neheterosexuálních párů) a ve své definici toho, co považují za abstinenci. Abstinence je obecně cílem svépomocných dvanáctikrokových programů, ale zatímco u některých se jedná o abstinenci úplnou, u jiných může být omezená na specifickou formu sexuálního chování, která je pro daného jedince problematická.

Informace o efektivitě různých terapeutických přístupů v léčbě PKSCH jsou stále relativně malé a neukazují přesvědčivě na žádný přístup jako efektivnější než jiný, což zatím potvrdila i jediná dohledatelná studie porovávající více přístupů – KBT a ACT. Z té vyplývá, že oba tyto přístupy v terapii signifikantně snižují depresivitu a nadměrnou sexuální aktivitu, ale není mezi nimi signifikantní rozdíl (Khojastehfar et al., 2021b). Borgogna a kol. (2022) shrnují dosavadní poznatky o léčbě PKSCH tak, že jakákoliv intervence je lepší než žádná.

1.7. Souvislost poruchy kompulzivního sexuálního chování a internetu

Cooper (2007) mluví o 3 vlastnostech, které dělají z internetu atraktivní prostředí pro realizaci jedincovy sexuality – přístupnost, finanční dostupnost a anonymita – jsou to ale zároveň tyto vlastnosti, kvůli kterým se internet často stává facilitátorem PKSCH. Kompulzivní sledování pornografie je jedním z nejčastějších projevů PKSCH (Derbyshire & Grant, 2015) a internet poskytuje jednoznačně nejsnazší a víceméně neomezený přístup k ní (Griffiths, 2016).

Doidge (2008) ve své knize *Váš mozek se může změnit* popisuje, jak nekonečné zdroje pornografie na internetu aktivují apetitivní systém potěšení spojený s dopaminem a vytváří nové kognitivní mapy. Tyto mapy vyžadují neustálou aktivaci, která je kvůli zvyšování tolerance dosažitelná pouze čím dál vyšší mírou dopaminu a tím silnějšími stimuly – v případě pornografie až sadomasochistickými praktikami, násilím, ponižováním a nekonsenzuálností. Nezřídka dochází k tomu, že se jedinci kvůli tomuto kompulzivnímu, „návykovému“ charakteru pornografie dostávají k nezákonným materiálům jako CSAM, přestože nejsou pedofilně, hebefilně nebo efebofilně zaměřeni. I proto jsou v přehledové části této práce uvedeny intervenční programy, které cílí na uživatele CSAM.

Provázanost internetu a PKSCH přináší na druhou stranu i výhody – familiarita jedinců s on-line prostředím a jeho vlastnosti přístupnosti, finanční dostupnosti a anonymity jsou dobrými předpoklady pro to, že jedinci využijí intervence nabízené v něm. Na tomto předpokladu stojí intervenční programy, které jsou tématem této práce.

2. On-line intervence

On-line intervence jsou jakékoliv typy intervencí dostupné na internetu, buď jako webové stránky nebo aplikace pro chytré mobilní telefony či tablety (Horvath et al., 2015). Svépomocné on-line intervence jsou specifické svojí nízkoprahovostí – jsou dostupné zpravidla kdykoliv a komukoliv, resp. za v dnešní době poměrně snadno splnitelné podmínky připojení k internetu, jsou zdarma nebo za nepříliš vysoký poplatek a k jejich využití není třeba žádné složitější administrativy či lékařských posudků (Bulling, 2016). Výhodou těchto intervencí je i absence čekací doby, jelikož jedinec může okamžitě, nezávisle na dalších osobách využívat dostupné nástroje; a anonymita, která je obzvláště důležitá u citlivých témat, na které se tato práce zaměřuje. Intervenční programy mohou mít různou podobu a v této práci jsou klasifikovány do níže uvedených kategorií.

2.1. Self-assessment

Self-assessment je v nejširším slova smyslu proces evaluace vlastních schopností, vlastností a chování (DeCapua, 2020), v této práci je chápán zúženě jako zhodnocení vlastní situace týkající se kompulzivního sexuálního chování, zpravidla za asistence nabízených dotazníků či návodných otázek. K self-assessmentu dochází v programech, které byly v této práci zkoumány, zejména na začátku v rámci jakési diagnostiky a posouzení potřeby další intervence, ale může se objevovat i během celého procesu jako hodnocení vlastního pokroku.

2.2. Self-management

Cooper a kol. (2014) definují self-management jako proces, kdy jedinec aplikuje strategie behaviorální změny k uskutečnění předem určených cílů. Self-managementové intervence jsou komplexní metodou, v jádru však víceméně vždy sledují strukturu těchto 4 kroků: i) vytyčení cílů, ii) sebezpozorování, iii) zaznamenávání změn a iv) obdržení odměny při plnění cílů (Lin & Wood, 2013). V praxi mohou být tyto intervence poskytovány v mnoha různých formátech od „obyčejných“ textových zadání přes videa a obrázky až po interaktivní úkoly a hry, které jsou oblíbené zejména u mobilních aplikací. Podstatné je, že self-management je zcela individuální.

2.3. AI chatové intervence

AI chatbot je počítačový program, který využívá umělou inteligenci (AI) a zpracování přirozeného jazyka k porozumění otázek uživatele a automatickému vytváření odpovědí na ně, čímž simuluje lidskou konverzaci. AI chatboty dnes plní mnoho funkcí od péče o zákazníky, psaní smluv až po psychologické intervence či terapie. Výhodou chatbotů v těchto použitích je, že mají učební schopnosti, které jim umožňují intervence časem zpřesňovat pro potřeby konkrétního jedince, a co možná nejvíce se tak přiblížit tradičnímu intervenčnímu nebo terapeutickému sezení (IBM, n.d.).

2.4. Částečně asistované intervence

Částečně asistované intervence jsou v této práci chápány jako jakékoliv intervence kombinující individuální práci, jak je popsána v sekci Self-management, s asistencí druhé, kvalifikované osoby, nejčastěji terapeuta, v jakémkoliv poměru.

2.5. Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou takové intervenční programy, které sdružují jedince s podobným problémem bez vedení kvalifikovaným odborníkem. Skupiny poskytují prostor pro sdílení, emociální podporu i praktickou pomoc a mají vzájemný charakter – ti, kteří hledají pomoc, jsou zároveň pomáhajícími (Matoušek, 2003).

II. PŘEHLEDOVÁ ČÁST

Následující část práce poskytuje přehled existujících nízkoprahových on-line intervenčních programů a zároveň v případě dostupnosti informace o jejich efektivitě. Dostupnost on-line intervenčních programů zaměřených přímo na kompulzivní sexuální chování je omezená a pokud bychom chtěli být přesní v dodržování definice PKSCH dle MKN-11, jsou takové programy zcela neexistující. Kritéria pro následující přehled byla proto nastavena poměrně široce s myšlenkou toho, že i z příbuzných témat je možné získat cenné informace. Do přehledu jsou zahrnuty programy, které cílí na i) různé koncepce nadměrného či nekontrolovatelného sexuálního chování jako jsou hypersexualita či závislost na sexu, ii) specifické symptomy PKSCH, zejména problematické užívání pornografie (či závislost na pornografii) a iii) užívání CSAM.

Vyhledávány byly jak samotné intervenční programy přes vyhledávač Google, tak odborné publikace o nich přes vyhledávač Google Scholar a databáze AK Journals, MDPI, ResearchGate a ScienceDirect. Na všech těchto platformách byly při vyhledávání použity různé kombinace následujících klíčových výrazů: „compulsive sexual behavior“, „compulsive sexual behavior disorder“, „CSBD“, „compulsive sexuality“, „hypersexuality“, „hypersexual disorder“, „sex addiction“, „pornography addiction“, „problematic pornography use“, „PPU“, „CSAM“, „intervention“, „intervention programme“, „treatment“, „on-line“, „web-based“, „self-help“, „effectiveness“, „efficacy“, „hypersexualita“, „hypersexuální porucha“, „kompulzivní sexuální chování“, „závislost na sexu“, „závislost na pornu“, „dětská pornografie“, „intervence“, „léčba“, „pomoc“.

Přehled poskytuje základní informace o každém programu a kategorizuje je dle některých pojmů vysvětlených v předchozích kapitolách této práce. Tam, kde nějaká informace chybí, bohužel nebylo možné ji dohledat.

3. Self-assessment

3.1. Sex Help

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://sexhelp.com/ |
| Zřizovatel / Instituce | The International Institute of Trauma and Addiction Professionals (IITAP) |
| Jazyk | angličtina |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | závislost na sexu |
| Terapeutické přístupy | N/A |

Sex Help na svých stránkách nabízí některé základní psychoedukační materiály, možnost on-line vyplnění screeningového nástroje SAST-R a za poplatek také SARA (Test posouzení rizika sexuální závislosti). Stránky obsahují vyhledávač terapeutů pracujících s problematikým sexuálním chováním z celé řady zemí, Česká republika ale chybí. Za platformou stojí The International Institute of Trauma and Addiction Professionals a Dr. Patrick Carnes, jeden z autorů zmíněných screeningových nástrojů, který se na problematice sexuálního chování dívá optikou závislosti na sexu, od čehož se odvíjí celá koncepce (IITAP, n.d.).

4. Self-management

4.1. Brainbuddy

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://www.brainbuddyapp.com/ |
| Zřizovatel / Instituce | AppStudio Australie Pty Ltd (vývojář) |
| Jazyk | angličtina |
| Forma | mobilní aplikace |
| Cena | \$12.99/měsíc |
| Cílová problematika | problematické užívání pornografie |
| Terapeutické přístupy | KBT |

Brainbuddy je mobilní aplikace zaměřená na jedince s problematickým užíváním pornografie, které vnímá jako závislost a adresuje ho pomocí různých typů intervencí vycházejících zejména z KBT a mindfulness. Aplikace má moderní, barevný design a obsahuje prvek gamifikace – uživatelé pěstují strom, kterému se daří, pokud se daří jim. Po stažení aplikace uživatel zodpoví několik otázek o svých sexuálních a on-line zvycích, na jejichž základě získá procentuální zhodnocení toho, s jakou pravděpodobností může být závislý na pornografii. Uživatel po krátké psychoedukaci pokračuje k hlavnímu obsahu programu, kterým jsou každodenní cvičení a úkoly, zaznamenávání pokroku, možnost vedení deníku a komunikace s ostatními uživateli. Hlavním motivem aplikace je trénink mozku (*brain rewiring*), který má formu nejen samotného nesledování pornografie, ale i nacvičování náhradních aktivit, ze kterých může uživatel získávat potěšení – zejména dechová a audio cvičení, meditace a kreativní aktivity (Brainbuddy, n.d.).

Aplikace slouží také jako blokátor pornografického obsahu a její součástí jsou tematické psychoedukační články, které jsou zároveň dostupné na jejích oficiálních webových stránkách. Nevýhodou aplikace z pohledu této práce je nedohledatelnost jejích teoretických zdrojů, odborných garantů a efektivity. Usuzovat můžeme pouze z recenzí uživatelů, které jsou víceméně zcela pozitivní (Brainbuddy, n.d.).

4.2. Fortify

| | |
|------------------------|--|
| Odkaz | https://www.joinfortify.com/ |
| Zřizovatel / Instituce | Impact Collective (vývojář) |
| Jazyk | angličtina |
| Forma | mobilní aplikace |
| Cena | zdarma nebo premium \$9.99/měsíc, slevy pro dospívající |
| Cílová problematika | problematické užívání pornografie, sexuální kompulzivita |
| Terapeutické přístupy | behaviorální aktivace, narativní psychologie, KBT, mindfulness, spirituální přístup dvanáctikrokových programů |

Mobilní aplikace Fortify využívá kombinaci KBT, narativní psychologie, mindfulness a spirituálního přístupu dvanáctikrokových programů k řešení problematického užívání pornografie a sexuální kompulzivity. Celý program je založený na 7 vědeckých poznatcích či předpokladech – neuroplasticita, identifikace rizikových faktorů, intervence životního stylu, mindfulness, behaviorální změny, gamifikace a digitální zdraví a vzdělávání (Fortify, n.d.).

Fortify má jednoduchý a moderní vzhled, zdá se uživatelsky přívětivé a nabízí 2 verze členství. Základní členství je zdarma a obsahuje každodenní monitoring, týdenní hlášení, jedno videoškolení, osobní deník, možnost hrát o ceny (ocenění dle počtu času v abstinenci), možnost zapojení jedné blízké osoby, omezený přístup k diskuznímu fóru a SOS tlačítko okamžité pomoci. Premiové členství nabízí všechny výhody toho základního a k nim navíc neomezený přístup ke školením a meditacím, pokročilé analytiky vlastní činnosti, well-beingu a životního stylu, plný přístup do komunitního diskuzního fóra a neomezený počet možných zapojených blízkých osob. Nabízená školení se týkají zejména rozvoje kreativních strategií a praktických dovedností. Obě verze po stažení provedou uživatele krátkým self-assessmentovým dotazníkem, který má sloužit k přizpůsobení aplikace jeho specifickým potřebám (Fortify, n.d.).

Podle webových stránek aplikace má její program vědecký základ a stojí za ním tým odborníků převážně z amerických univerzit, nikde však nejsou dohledatelné informace o efektivitě kromě pozitivních recenzí uživatelů (Fortify, n.d.).

4.3. Get Help

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://www.stopitnow.org.uk/concerned-about-your-own-thoughts-or-behaviour/concerned-about-use-of-the-internet/self-help/ |
| Zřizovatel / Instituce | Lucy Faithful Foundation (Velká Británie) |
| Jazyk | angličtina |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | přitažlivost dětí a dospívajících, sledování CSAM |
| Terapeutické přístupy | KBT |
| Typy intervencí | psychoedukace, self-assessment, self-management, možnost krizové linky, chatu či zpráv s odborníkem |

Get Help, intervenční program pod britsko-irskou odnoží mezinárodního programu Stop It Now!, kterou zřizuje charitativní organizace Lucy Faithful Foundation, nabízí široké spektrum svépomocných intervencí pro osoby, které mají obavy ze svých nevhodných myšlenek nebo chování týkajícího se dětí a dospívajících či ze svého nutkání sledovat CSAM. Intervence vychází z KBT a obsahuje 5 modulů, mezi kterými se dá volně přecházet:

1. **Získejte fakta:** právní otázky CSAM a potenciální právní následky jeho sledování či šíření
2. **Proč se měnit?:** identifikace vlastních cílů a motivací, uvědomění si, že sledování CSAM je pouze malou částí jedince, která může být změněna
3. **Sebeuvědomění:** explorační různých aspektů sebe samého pomocí dotazníků a jak tyto aspekty mohou ovlivňovat užívání CSAM a další problematické chování on-line
4. **Svépomoc:** hlavní self-managementový modul o 3 částech s mnoha podtématy, z nichž každé obsahuje psychoedukační úvod, několik úkolů či cvičení a prostor pro reflexi

- a. **Well-being a péče o sebe:** pomoc s vyjadřováním vlastních pocitů, zvýšení sebevědomí a asertivity
 - b. **Pochopení vlastního chování:** pochopení vlastního sexuálního chování, motivací a vzorců a jak přestat
 - c. **Posun vpřed:** přiznání svých činů, posun vpřed a budování plnohodnotného života
5. **Užitečné zdroje:** seznam užitečné literatury, webových stránek, organizací a krizových linek

(Stop It Now! UK and Ireland, n.d.)

O efektivitě programu Get Help v tuto chvíli nemáme informace.

4.4. Hands-off

Odkaz <https://hands-off.net/>

Zřizovatel / InSTITUTE Eötvös Loránd University (Maďarsko), Swiss Research Institute for Public Health and Addiction (Švýcarsko)

Jazyk angličtina

Forma webová stránka

Cena zdarma

Cílová problematika problematické užívání pornografie

Terapeutické přístupy motivační rozhovory, KBT, mindfulness techniky

Další specifika probíhající studie

Hands-off je šestitýdenní maďarsko-švýcarský program, který cílí na osoby s problematickým užíváním pornografie pomocí KBT, motivačních rozhovorů a mindfulness technik. Program sestává z následujících 6 povinných a jednoho nadstavbového modulu:

1. Představení programu, motivace k reflexi nad vlastním užíváním pornografie
2. Identifikace rizikových situací pro užití pornografie a strategie jejich zvládnání

3. Změna návyků spojených s užíváním pornografie a začlenění příjemných aktivit do každodenního života uživatelů
4. Identifikace spouštěčů cravingu a strategie jejich zvládnání
5. Automatické negativní myšlenky a běžné chyby v myšlení a strategie k jejich zpochybňování a rozvíjení vyváženého myšlení
6. Zhodnocení předchozích modulů a úspěchů účastníků, pomoc s plánováním strategií předcházení relapsu
7. Zhodnocení posledních měsíců a plánování zachování úspěchu v dlouhodobějším měřítku

(Bóthe et al., 2021)

Těmito fázemi účastníky provází 4 fiktivní postavy reprezentující typické problematické uživatele pornografie, kteří je motivují k reflexi nad specifickými otázkami. Mimo 7 modulů jsou uživatelům k dispozici osobní grafy, deník a také pohotovostní kontakty (Bóthe et al., 2021).

Program Hands-off byl součástí randomizované kontrolní studie, která prokázala jeho signifikantní efekt, a to zejména v kategoriích vnímané závislosti na pornografii, self-efficacy při vyhýbání se pornografii a cravingu pornografie. Naproti tomu v kategorii morální inkongruence vůči sledování pornografie se neprokázalo významné snížení. Ačkoliv byla analýza vzhledem k malému vzorku a nízké statistické síle spíše explorační, ukázala, že je Hands-off slibným programem vhodným k dalšímu zkoumání i užívání. V současné době probíhá další sběr dat (Bóthe et al., 2021).

4.5. Life Process Program

Odkaz <https://lifeprocessprogram.com/>

Zřizovatel / Instituce

Jazyk angličtina

Forma webová stránka

Cena self-help basic \$19/měsíc, self-help premium \$39/měsíc,
koučovaný \$89/měsíc

Cílová problematika závislost na sexu, problematické užívání pornografie

Terapeutické přístupy

Life Process Program je terapeutický program navržený Dr. Stantonem Peelem jako odpověď na klasické dvanáctikrokové programy zejména pro jedince, kterým tyto programy z jakéhokoliv důvodu nevyhovují. Program není zaměřený specificky na problematické sexuální chování, ale jako jednu možnou skupinu svých klientů zmiňuje osoby se závislostí na sexu nebo na pornografii. Všechny cenové úrovně programu mají úvod ve formě videa a 8 modulů s psychoedukačními materiály a více než 50 úkolů a cvičeními (Life Process Program, n.d.a). Moduly mají dle webových stránek následující zaměření:

1. **Sebereflexe:** identifikace vlastních silných stránek a stránek, které je naopak třeba posílit, aby mohl jedinec žít život bez závislosti
2. **Hodnoty:** explorace „anti-závislostních“ hodnot, identifikace vlastních hodnot a jak je možné využít je v boji se závislostí
3. **Motivace:** důležitost motivace v překonávání závislosti, terapeutické techniky ke zvýšení energie a motivace
4. **Odměny:** jak získat od života bez závislosti více odměn než od života s ní
5. **Zdroje:** identifikace a rozvoj zdrojů (vztahy, pracovní dovednosti a úspěchy, koníčky, copingové strategie, meditace a mindfulness)
6. **Podpora a Intimita:** identifikace traumat z předchozích vztahů a jejich překonání za účelem budování zdravých současných a budoucích vztahů
7. **Vyspělá identita:** nástroje a strategie k budování nové verze sebe samého, kterou nedefinuje závislost
8. **Vyšší cíle:** nastavování a sledování plnění cílů pro smysluplný, plnohodnotný život

(Life Process Program, n.d.b)

Z dostupných informací není jasné, z jakých teoretických směrů Dr. Peele při tvorbě programu vycházel, ani zda existují vědecké důkazy o jeho efektivitě. Program byl zařazen do této kategorie, jelikož ve svých 2 základnějších verzích je zcela self-managementový, nabízí ale i částečně asistovanou verzi, kde uživatele po celou dobu provází kouč.

4.6. ReDirection Self Help Program

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://www.mielenterveystalo.fi/en/self-help/redirection-self-help-program-stop-using-csam |
| Zřizovatel / Instituce | Suojellaan lapsia (Finsko) |
| Jazyk | angličtina, finština, švédština |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | Sexuální přitažlivost dětí a dospívajících, sledování CSAM |
| Terapeutické přístupy | KBT |

ReDirection je program vyvinutý finskou organizací Suojellaan lapsia (Chraňme děti) v rámci většího projektu pro prevenci sexuálního zneužívání dětí. Program je zaměřený na osoby přitahované dětmi a dospívajícími, které chtějí předejít realizaci těchto tužeb, a osoby znepokojené svým sledováním nebo touhou po sledování CSAM. Na stránkách ReDirection jsou k dispozici 3 níže popsané moduly, jejichž obsahem jsou zejména psychoedukační texty, videa a cvičení (Mielenterveystalo.fi., n.d.).

1. **O čem to je?:** úvod, vysvětlení cílů programu, identifikace vlastních obav a problematického chování pomocí dotazníků
2. **Porozumění a procvičování:** hlavní náplň programu rozdělená do 6 modulů, kterým je doporučeno se věnovat 10 minut denně nebo 30 minut týdně
 - a. **Moje cesta k CSAM:** identifikace faktorů podporujících užívání CSAM

- b. **Můj život a moje užívání CSAM:** reflexe vlastní životní situace včetně vztahů, sexuality, denního režimu a hodnot a co z nich mohlo vést k užívání CSAM
 - c. **Důvody mého užívání CSAM:** behaviorální, myšlenkové a emocionální vzorce vedoucí k užívání CSAM
 - d. **Motivace k užívání CSAM:** 3 hlavní kategorie motivací – pedofilní, hebefilní nebo efebofilní preference; pocit emočního propojení s dětmi více než s dospělými; naplnění jiných psychologických potřeb (např. uvolnění stresu, nutkání)
 - e. **Racionalizace mého užívání CSAM:** identifikace kognitivních distorzí, které uživatelé CSAM využívají k racionalizaci a omlouvání svého chování a jak je korigovat
 - f. **Přesměrování mého života:** strategie k dlouhodobému udržení změny a předcházení relapsu
3. **Po programu:** nastavování dlouhodobých cílů a strategie k jejich dosažení, strategie k dlouhodobému udržování změny, aspekty relapsu a co dělat, když k němu dojde

(Mielenterveystalo.fi., n.d.).

5. AI chatové programy

5.1. QuitBot

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://techaddictiondoc.com/ |
| Zřizovatel / Instituce | Calmsie (vývojář) |
| Jazyk | angličtina |
| Forma | mobilní aplikace |
| Cena | \$7,99/měsíc |
| Cílová problematika | problematické užívání pornografie |
| Terapeutické přístupy | KBT |

QuitBot je mobilní aplikace založená na chatbotu využívajícím umělou inteligenci k poskytování flexibilní, na míru vytvářené KBT. Aplikace vznikla ve spolupráci s již zavedenou on-line platformou pro podporu mentálního zdraví Calmsie a jejími garanty je řada odborníků z oblasti psychologie, adiktologie a medicíny v čele s dr. Brianem E. Wallacem. Cílem intervence je zde posílení možností sebekontroly a soustředění, k čemuž terapeutický chatbot využívá každodenní úkoly a cvičení a možnost nastávaní cílů a zvyků, jejichž plnění si uživatel zaznamenává a získává tak přehledné statistiky. Na webové stránce aplikace je navíc dostupný krátký self-assessmentový dotazník o internetových návycích uživatele, který má zhodnotit míru problematičnosti jeho chování a potřeby intervence (Calmsie, n.d.a).

V současné chvíli nejsou dostupná žádná data o efektivitě aplikace ani informace o tom, že by probíhal jejich sběr, zaštiťující platforma Calmsie, která využívá stejného principu i softwaru, však poskytuje informaci o výzkumu o něco více. Předběžná studie této aplikace ukázala signifikantní snížení symptomů deprese a úzkosti u experimentální skupiny, přičemž symptomy kontrolní skupiny, která dostala pouze informační leták, se během 6 týdnů naopak zhoršily. Je třeba poznamenat, že předběžné studie se zúčastnilo pouze 6 participantů a zejména že výsledky naměřené u osob s depresí a úzkostmi nelze automaticky vztáhnout na osoby s problematickým užíváním pornografie. Můžeme z nich však alespoň usuzovat na technickou funkčnost softwaru (Calmsie, n.d.b).

6. Částečně asistované programy

6.1. Adisex

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://adiccionalsex.uji.es/ |
| Zřizovatel / Instituce | Universitat Jaume I (Španělsko) |
| Jazyk | španělština |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | závislost na kybersexu |
| Terapeutické přístupy | |

Adisex, vytvořený Oddělením pro výzkum sexuality a AIDS (Salusex-Unisexsida) Univerzity Jaume I ve Valencii, je první platformou pro on-line self-assessment a self-management závislosti na kybersexu pro španělsky mluvící oblasti. Intervenční program je zde součástí většího vědeckého projektu vedeného Dr. Ballester-Arnalem a Dr. Gil-Llario a dalšími v této práci často citovanými autory (Dr. Castro-Calvo, Dr. Giménez-Garcia), kteří se zaměřují nejen na pomoc osobám s problematickým sexuálním chováním, ale i na edukaci širší veřejnosti o tomto tématu. Autoři jsou zastánci konceptu nadměrného sexuálního chování jako závislosti a specificky se zaměřují na on-line sexuální aktivity, ať už je to sledování pornografie, masturbace u ní nebo on-line sex a sexting. Zvláštní zaměření projektu jsou dospívající jedinci, u nichž je dle autorů vyšší riziko závislosti na on-line sexuálních aktivitách, služby však mohou využít jedinci jakéhokoliv věku a pohlaví. Po vyplnění série self-assessmentových dotazníků obdrží účastníci zpětnou vazbu a možnost zažádat o videoterapii. Ta má formu tradičního terapeutického sezení vedeného přes videohovor, dříve individuálního, dnes už kvůli poměrně vysoké poptávce skupinového (Adisex, n.d.).

Ballester (osobní sdělení, 4. dubna 2023) píše, že v současné době probíhá druhý běh sběru dat o efektivitě programu Adisex. Data z prvního běhu, která údajně ukazují na velkou úspěšnost intervence, by měla být publikována v následujících měsících.

6.2. Candeo

Odkaz

Zřizovatel / Instituce

Jazyk angličtina

Forma webová stránka

Cena

Cílová problematika hypersexualita, zejména problematické užívání pornografie, kompulzivní masturbace

Terapeutické přístupy KBT, neuropsychologie

Candeo je v současné době zřejmě nedostupným intervenčním programem zaměřeným na problematické užívání pornografie a kompulzivní masturbaci, které vnímá kombinací závislostního a kompulzivního modelu. Poslední on-line zmínky o tomto programu jsou z roku 2013, na Youtube kanálu Candeo jsou stále dostupná psychoedukační videa, ale stránky Candeo nejsou v tuto chvíli funkční. Přesto je tento program neopomenutelným zdrojem pro tuto práci, jelikož u něj jako u jednoho z mála máme k dispozici určitá data o efektivitě.

Z předběžné studie Hardyho a kol. (2010) založené na on-line dotazníku pro aktivní uživatele programu vyplývá, že z pohledu jich samotných bylo Candeo efektivním programem. Uživatelé hodnotili Candeo jako stejně nebo více efektivní než veškeré další léčebné prostředky, se kterými měli zkušenosti, a zároveň retrospektivně vnímali zlepšení mezi dobou před začátkem programu a dobou vyplňování dotazníku ve všech zkoumaných psychologických a behaviorálních dimenzích léčby.

Candeo bylo založené na KBT a neuropsychologických základech a sestávalo z 10 psychoedukačních a self-managementových modulů různých forem od textů, grafiky a videí, až po interaktivní cvičení. Program podle Hardyho a kol. (2010) užíval k dosažení svého cíle 3 hlavní prostředky:

1. Identifikace problematického užívání pornografie jako metody vyrovnávání se s životními obtížemi

2. Restrukturalizace maladaptivních kognitivních vzorců jako jsou negativní sebehodnocení, nízká self-efficacy a kontrola impulzů, sociální úzkost či obsesivní myšlenky
3. Strategie emoční regulace a rozvíjení silnějších vztahů

Přestože program byl koncipován primárně jako self-managementový, k dispozici byla diskuzní fóra, kde mohli uživatelé sdílet své zkušenosti, a také několik osobních koučů (Hardy et al., 2010). Služba byla zřejmě placená, v současné chvíli však není možné dohledat, jaká byla její přesná cena.

6.3. Prevent It

| | |
|------------------------|---|
| Odkaz | https://www.iterapi.se/sites/preventit/ |
| Zřizovatel / Instituce | Karolinska Institutet, Karolinska University Hospital, Linköping University (Švédsko) |
| Jazyk | angličtina, němčina, portugalština, švédština |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | Sexuální přitažlivost dětí a dospívajících, sledování CSAM |
| Terapeutické přístupy | KBT |
| Další specifika | probíhající studie |

Projekt Prevent It, za kterým stojí několik institucí z USA, Kanady, Švédska, Německa a Portugalska, nabízí on-line intervence pro jedince bojující se svojí pedofilní, hebefilní či efebofilní preferencí. Intervenční program je založený na KBT a skládá se z následujících 8 modulů, které obsahují psané texty, videa a povinné úkoly:

1. **Uvítání – analýza chování:** představení KBT, funkční analýza a cíle léčby
2. **Vaše životní rovnováha:** zkoumání rovnováhy v životě na základě modelu nadměrného a nedostatečného chování
3. **Kontrolování vaší sexuality:** funkce sexuálního chování a udržovací faktory

4. **Myšlenky a pocity o změně vašeho chování:** zkoumání ambivalence ohledně změny sexuálního chování za účelem zvýšení motivace.
5. **Zvládejte své impulzy a rizika:** trénink mindfulness a dovedností
6. **Co je ve vašem životě skutečně důležité:** identifikace základních hodnot a cílů, zlepšení dovedností stanovování cílů a zvládání stresu pro dosažení cílů.
7. **Behaviorální experiment:** behaviorální experimenty s cílem začít usilovat o dosažení stanovených cílů a identifikovat specifické faktory související se zvýšenými riziky, psychoedukace o neschopnosti dětí udělit souhlas k sexu
8. **Udržování změny:** shrnutí, vytvoření programu údržby zvládání rizikových situací, směřování k cílům založeným na základních hodnotách

(Lätth et al., 2022)

Součástí programu je i individuální zpětná vazba od psychoterapeuta na základě odpovědí uživatele.

V prosinci 2022 byly zveřejněny výsledky randomizované kontrolní studie, která porovnávala Prevent It s placebem ve formě intervence nezaložené na KBT, ale formálně podobné (8 kroků, videa, úkoly...). Studie provedená na 160 participantech rekrutovaných přes Darknet prokázala signifikantně větší snížení času stráveného sledováním CSAM u uživatelů Prevent It než u kontrolní skupiny a zároveň signifikantně nižší vedlejší účinky (Lätth et al., 2022).

7. Svépomocné skupiny

7.1. Ne pornu

| | |
|------------------------|--|
| Odkaz | https://www.nepornu.cz/ |
| Zřizovatel / Instituce | NePornu, z. s. – nestátní nezisková organizace (Česká republika) |
| Jazyk | čeština |
| Forma | webová stránka |
| Cena | zdarma |
| Cílová problematika | problematické užívání pornografie |
| Terapeutické přístupy | principy koučinku |

Ne pornu je nezávislý český projekt, za kterým stojí tým lidí, kteří si sami prošli tím, co nazývají závislostí na pornografii. Svůj přístup k problematickému užívání pornografie dle svých slov staví na principech koučinku, ale do celého projektu se promítá i jejich křesťanská víra, která však není podmínkou pro využití služeb. Ne pornu poskytuje několik forem intervencí, které se dají navzájem kombinovat – i) e-kouč, což je člověk, který prošel několika kurzy Ne pornu a je uživateli k dispozici na e-mailu, ii) svépomocné skupiny Anonymní pornoholici, založené na modelu 12 kroků (popsaných blíže v další podkapitole), iii) fórum, na kterém lze diskutovat s ostatními uživateli i členy týmu Ne pornu a vést si deník, a iv) self-managementové kurzy, kdy první je obecným úvodem do tématu pornografie a možných problémů spojených s ní a druhý provází 30 dní abstinence. K dispozici jsou také kurzy pro partnery a rodiny uživatelů pornografie a osoby, které chtějí pomáhat.

Všechny formy intervencí Ne pornu vychází z konceptu „restartu mozku“ ve smyslu jeho detoxu a silně akcentují úplnou abstinenci (Lupton, 2018). Úvodní self-managementový kurz obsahuje hlavně psychoedukační materiály, kurz 30 dní bez porna má uživateli pomoci dokončit restart mozku hlubším porozuměním závislosti na pornografii, odhalením spouštěčů, sestavením plánu abstinence a nastartováním budování zdravých návyků a vztahů (NePornu, z. s., n.d.a).

Přestože je program podle vlastních webových stránek založený na faktech a odborných článcích, jeho vědecké pozadí není zřejmé, stejně jako zprávy o jeho efektivitě. Program by mohl spadat do několika kategorií, ale byl zařazen mezi svépomocné skupiny, jelikož akcentuje komunitní pomoc a pomoc e-koučů, kteří jsou spíše dobrovolníky než kvalifikovanými odborníky.

7.2. Dvanáctikrokové programy

Dvanáctikrokové programy jsou nejčastějším příkladem svépomocných skupin a pro jedince se sexuální kompulzivitou nebo závislostí na pornu jich existuje celá řada – Sex Addicts Anonymous (<https://saa-recovery.org/>), Sex and Love Addicts Anonymous (<https://slaafws.org/>), Sexaholics Anonymous (<https://www.sa.org/>), Sexual Compulsives Anonymous (<https://sca-recovery.org/WP/>) nebo čeští Anonymní pornoholici (<https://anonymnipornoholici.cz/>).

Jak již bylo zmíněno v podkapitole Léčba poruchy kompulzivního sexuálního chování, jednotlivé programy se liší zejména mírou inkluzivity, samotné kroky jsou ale vždy stejné a proto jsou v této podkapitole popsány společně.

1. „Přiznali jsme, že jsme bezmocní vůči svému návykovému sexuálnímu chování a že jsme ztratili kontrolu nad svým životem.
2. Dospěli jsme k přesvědčení, že Bůh či Síla vyšší než naše vlastní nám může vrátit duševní zdraví.
3. Rozhodli jsme se odevzdat svou vůli a svůj život do péče Boha či Vyšší síly, jak mu rozumíme my sami.
4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami se sebou.
5. Přiznali jsme Bohu či Vyšší síle, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.
6. Jsme připraveni na to, aby Bůh či Vyšší síla odstranil všechny naše charakterové vady.
7. Pokorně jsme Boha či Vyšší sílu požádali, aby odstranil naše nedostatky.

8. Sepsali jsme seznam všech lidí, kterým jsme ublížili, a dospěli jsme k ochotě provést nápravu.
9. Provedli jsme nápravu, kdekoli nám to situace dovolila, s výjimkou toho, kdy by naše počínání někomu ublížilo.
10. Pokračujeme v osobní inventuře – když chybujeme, ihned si to přiznáme.
11. Pomocí modlitby a meditace zdokonalujeme svůj vědomý styk s Bohem či Vyšší silou, jak mu rozumíme my sami, a modlíme se pouze za to, aby nám dal poznat svou vůli a sílu ji uskutečnit.
12. Výsledkem těchto kroků je, že jsme se duchovně probudili, a v důsledku toho jsme se začali snažit předávat toto poselství ostatním pornoholikům a aplikovat tyto principy ve všech oblastech našeho života.“

(NePornu, z. s., n.d.b).

Webové stránky všech zmíněných programů zároveň nabízí psychoedukační materiály a self-assessmentové nástroje.

Dvanáctikrokové programy jsou pro tuto práci relevantní spíše okrajově, jelikož nebyly navrženy a nefungují pod odborným vedením. Existuje však několik studií jejich efektivity, s víceméně pozitivními výsledky, naposledy studie Wnuka a Charzyńské (2022), která zkoumala životní spokojenost osob navštěvujících polské Anonymní sexoholiky a potvrdila jejich přímou korelaci.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

8. Cíl výzkumu

Ze zjištění v teoretické a přehledové části této práce jasně vyplývá, že dosavadní poznatky o efektivitě nízkoprahových on-line intervencí pro osoby s PKSCH jsou velmi omezené a data z českého prostředí zcela chybí. Cílem navrhovaného výzkumu je jednak obecné prohloubení těchto poznatků a jednak poskytnutí prvních dat pro českou klinickou populaci.

Východiskem pro navrhovaný výzkum je randomizovaná kontrolní studie Bőthe a kol. (2021), která měřila efektivitu on-line intervenčního programu Hands-off na vzorku 264 participantů rekrutovaných on-line převážně z Maďarska a Švýcarska. Předběžné výsledky této studie se ukázaly jako velmi nadějně – experimentální skupina měla po intervenci významně nižší míru problematického užívání pornografie, vnímané závislosti na pornografii, četnosti užívání pornografie a cravingu pornografie, a lepší self-efficacy ve vyhýbání se pornografii.

Navrhovaný výzkum adaptuje program Hands-off na české prostředí a měří jeho efektivitu specificky na klinické populaci s PKSCH, což je jeho hlavním přínosem oproti původní studii.

8.1. Výzkumné otázky a hypotézy

Navrhovaný výzkum se snaží získat odpovědi na následující výzkumné otázky:

- VO1:** Je česká verze intervenčního programu Hands-off efektivním programem ke snížení míry problematického užívání pornografie?
- VO2:** Je česká verze intervenčního programu Hands-off efektivním programem ke zlepšení celkového well-beingu?
- VO3:** Je česká verze intervenčního programu Hands-off efektivním programem ke snížení pocíťovaného stresu?

Na základě rešerše z předchozích částí práce byly formulovány následující hypotézy:

- H1:** Respondenti z experimentální skupiny budou po intervenci vykazovat významné snížení míry problematického užívání pornografie oproti kontrolní skupině.
- H2:** Respondenti z experimentální skupiny budou po intervenci vykazovat významné zlepšení celkového well-beingu oproti kontrolní skupině.
- H3:** Respondenti z experimentální skupiny budou po intervenci vykazovat významné snížení pocíťovaného stresu oproti kontrolní skupině.

Efektivita programu je zde tedy chápána v dimenzích snížení problematického užívání pornografie, zvýšení celkového well-beingu a snížení pocíťovaného stresu. Ty budou měřeny nástroji popsány v podkapitole Měřící nástroje.

9. Metodika

9.1. Typ výzkumu

Vzhledem k tomu, že cílem výzkumu je sledování vlivu intervence, byla zvolena metoda experimentu s pre-testem a post-testem a kontrolní skupinou s čekací listinou, kde nezávislou proměnnou bude existence nebo absence intervence. Závislými proměnnými pak budou míra symptomů PKSCH, míra celkového well-beingu a míra pociťovaného stresu.

9.2. Výzkumný soubor

Navrhovaný výzkum se zaměřuje na velmi specifickou populaci, proto je třeba potenciální respondenty oslovit na co nejvíce frontách. Jako nejlepší řešení se jeví i) oslovení klientů Centra pro sexuální zdraví a intervence NÚDZ a Sexuologického ústavu 1. lékařské fakulty, ii) oslovení respondentů z adresáře NÚDZ, iii) inzerce na stránkách Ne pornu, Anonymní pornoholici, případně fórech sdružujících osoby s problematickou sexualitou.

Základní kritéria pro účast by měla být minimálně 18 let věku, znalost českého jazyka, připojení k internetu a uživatelská znalost práce na počítači. Participanti, kteří budou splňovat tyto podmínky, budou pozváni do NÚDZ na klinické vyšetření, které posoudí, zda splňují kritéria pro diagnózu PKSCH i jejich celkovou vhodnost pro účast.

Vzhledem k malé velikosti populace nelze v tuto chvíli provést power analýzu a velikost vzorku se bude odvíjet od počtu přihlášených participantů a kapacity pro klinická vyšetření. Odhad vytvořený po konzultaci s vedoucí práce a zároveň vedoucí Centra pro sexuální zdraví a intervence NÚDZ je 50 participantů.

9.3. Měřicí nástroje

Pro měření efektivity by měly být použity 3 škály, každá zaměřující se na jednu dimenzi.

9.3.1. PPCS-18

Stejně jako ve výzkumu Bóthe a kol. (2021) bude pro měření závislé proměnné problematického užívání pornografie použita Škála problematické konzumace pornografie o 18 položkách (PPCS-18). Tato škála byla vytvořena a ověřena

Bóthe a kol. (2017) na vzorku 772 respondentů a ukázala skvělé psychometrické vlastnosti. Participanti při jejím vyplňování hodnotí položky na Likertově škále od 1 (nikdy) do 7 (pořád), přičemž skóre 76 a více naznačuje vysoké riziko problematického užívání pornografie.

V NÚDZ v současné době probíhá překlad a validizace PPCS-18 v českém jazyce (K. Klapilová, osobní sdělení, 13. dubna 2023) a výsledná verze by měla být použita v navrhované studii.

9.3.2. WHOQOL-BREF

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF vytvořený skupinou Světové zdravotnické organizace je dotazník o 24 položkách sdružených do 4 domén a 2 samostatných položkách hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkově tedy 26 položek) (Harper et al., 1998). Položky dotazníku se hodnotí na pětistupňové Likertově škále, resp. na 5 škálách, které vyjadřují množství (vůbec ne – maximálně), kapacitu (vůbec ne – zcela), frekvenci (nikdy – neustále) a hodnocení (velmi nespokojen – velmi spokojen; velmi špatný – velmi dobrý) (Dragomirecká, 2006). Český překlad byl vytvořen a validizován Dragomireckou (Dragomirecká, 2006; Dragomirecká & Bartoňová, 2006). WHOQOL-BREF v tomto výzkumu měří závislou proměnnou míry celkového well-beingu.

9.3.3. PSS-10

10-položková Škála vnímaného stresu (PSS-10) je kratší verze původní 14-položkové škály, navržená Cohenem a Williamsonem (1988) a do češtiny přeložená a psychometricky ověřená Buršíkovou Brabcovou a Kohoutem (2018). U každé položky odpovídá respondent na pětibodové stupnici (0-4 body) na to, jak často se u něj v uplynulém měsíci objevily dané příznaky, přičemž 6 položek je formulováno negativně (tj. častější výskyt odpovídá vyššímu stresu) a 4 položky pozitivně (častější výskyt naznačuje nižší stres). Pozitivně formulované položky jsou skórovány inverzně a následně je získán celkový skóre pohybující se v rozpětí 0-40 bodů (Buršíková Brabcová & Kohout, 2018). PSS-10 v tomto výzkumu měří závislou proměnnou míry vnímaného stresu.

9.4. Procedura

První fází navrhovaného výzkumu je adaptace programu Hands-off na české prostředí a propracování jeho českého překladu a metodiky ve spolupráci s jeho autory i s autory předchozí studie Bóthe a kol. (2021). Program Hands-off tak, jak vypadá ve své původní, anglické verzi, je blíže popsán v podkapitole Hands-off. Druhou fází výzkumu je samotná studie efektivity.

Participantů budou rekrutováni přes různé kanály (NÚDZ, Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty, on-line inzerce) a v případě zájmu budou pozváni do Centra pro sexuální zdraví a intervence NÚDZ na klinické vyšetření a vyplnění výše popsaných dotazníků spolu s některými základními demografickými údaji. Participantů, kteří splní podmínky pro účast dle klinického vyšetření, budou náhodně rozděleni do dvou skupin – experimentální a kontrolní. V rámci první návštěvy NÚDZ budou participantů rovněž informováni o podmínkách výzkumu a podepíší informovaný souhlas.

Experimentální skupině bude poskytnut přístup k intervenčnímu programu a bude instruována ohledně jeho užívání – na vyplnění 6 základních modulů budou mít participantů 6 týdnů a měli by postupovat v jejich původním pořadí frekvencí 1 modulu týdně. Kontrolní skupina bude zařazena na čekací listinu a intervenční program jí bude zpřístupněn po ukončení sběru dat.

Po 6 týdnech budou participantů znovu kontaktováni skrze e-mail nebo telefon a vyzváni, aby se dostavili do NÚDZ k druhému vyplnění dotazníků. Zároveň jim bude distribuován dotazník zpětné vazby na uživatelskou přívětivost programu.

9.5. Statistická analýza

V rámci statistické analýzy dojde nejprve k deskriptivní analýze shrnující demografické vlastnosti participantů a následně bude Shapirovým-Wilkovým testem ověřeno normální rozložení dat. K porovnání výsledků dotazníků PPCS-18, WHOQOL-BREF a PSS-10 u experimentální a kontrolní skupiny před a po intervenci (nebo její absenci) bude použita statistická metoda ANOVA. Analýza proběhne v programu Jamovi a jako hladina významnosti bude pro všechny testy zvoleno $\alpha = .05$.

9.6. Etika výzkumu

K zajištění etické soudržnosti by měl být návrh schválen Komisí pro etiku ve výzkumu. Participanti by měli být před začátkem samotného testování obeznámeni s podmínkami a průběhem výzkumu a také s možností kdykoliv a bez udání důvodu z výzkumu odstoupit. Znalost těchto podmínek participanti potvrdí udělením informovaného souhlasu.

Použití kontrolní skupiny vždy vytváří etické dilema, které je třeba zvážit, obzvláště pak při práci s duševními poruchami. Pro minimalizaci možných negativních dopadů absence intervence byla v tomto návrhu zvolena kontrolní skupina s čekací listinou, díky které mají všichni participanti zajištěný přístup k intervenci, přestože někteří až po ukončení sběru dat.

9.7. Možné limity výzkumu

Hlavním limitem navrhovaného výzkumu je časová i finanční náročnost celého projektu a vysoké požadavky na personál a kapacitu NÚDZ. Realizace výzkumu by významně přesáhla rozsah bakalářské práce, návrh ale nabízí možnou inspiraci do budoucna s přihlédnutím k tomu, jak důležité poznatky by mohl přinést.

Dalším úskalím může být výzkumný vzorek, jehož velikost je těžko určitelná z důvodu malé a také neprozkoumané populace osob s PKSCH. Je třeba počítat s tím, že by studie byla spíše explorační, stejně jako původní studie Bóthe a kol. (2021), přesto by ale měla přinést zajímavé výsledky a otevřít dveře k dalšímu zkoumání PKSCH a jejích intervencí v České republice. Vzhledem k potřebě druhého testování po 6 týdnech hrozí i jistá míra úmrtnosti vzorku, ale díky motivaci intervencí a relativně krátkému časovému odstupu od prvního testování by nemusela být příliš vysoká. Přesto se dá zvážit druhá administrace dotazníků on-line formou.

10. Diskuse

Vzhledem k tomu, že není možné diskutovat výsledky návrhu výzkumu a jeho limity již byly popsány v podkapitole Možné limity výzkumu, věnuje se následující diskuze pouze výsledkům a limitům přehledové části práce.

Z uvedeného přehledu získáváme řadu informací, které nám mohou pomoci ve vytváření doporučení pro implementaci nízkoprahového on-line intervenčního programu v českém prostředí. Mezi výchozími terapeutickými směry svou četností dominuje KBT (8 programů), což odpovídá tradičním intervencím a terapeutickým skupinám pro kompulzivní sexuální chování, kde má KBT zatím nejrobustnější data o efektivitě (Birchard, 2015; Khojastefar et al., 2021a). Dvakrát se objevuje mindfulness, ostatní směry jsou vždy zastoupené jen jednou. Několik intervencí také kombinuje více výchozích směrů.

Nejvíce programů je self-managementových, což ale nemusí vypovídat tolik o jejich efektivitě, jako o menší personální a finanční náročnosti oproti druhým nejčastějším částečně asistovaným intervencím. Programy jsou většinou multimodální a nabízí pestrou kombinaci psychoedukačních a jiných textů, obrázků, videí i her. To se jeví jako výhodné jak pro udržení pozornosti uživatele, tak pro zacílení na různé jedince, kterým vyhovují různé stimuly.

Mobilní aplikace jsou zastoupeny méně než webové stránky, to však může být způsobeno tím, že se jedná o novější formu a také tím, že některé programy fungují v rámci oficiálních webových stránek jejich zřizujících organizací. V dnešní době chytrých telefonů bychom formu mobilní aplikace rozhodně měli zvážit jako možnost, v ideální situaci by potom program byl dostupný jak na webu, tak v aplikaci.

Dalším společným znakem velkého množství představených programů je určitá forma self-assessmentu, přestože programy spadají primárně do jiné kategorie. Self-assessment má nejčastěji formu vstupního dotazníku a jeho vyhodnocení, které mají program přizpůsobit konkrétním potřebám uživatele a zároveň uživateli umožnit lepší poznání sebe samého.

Pro přehlednost a srozumitelnost volí programy skoro vždy rozdělení intervencí do několika modulů či tematických okruhů, které zpravidla postupují od obecných,

psychoedukačních úvodů k adresování aktuálních symptomů a hledání jejich příčin a nakonec k dlouhodobým cílům a udržování celkového well-beingu. To vše většinou podporuje přehledný, ale poutavý design.

Nedostatkem většiny existujících programů z pohledu tématu této práce je, že nejsou zaměřené přímo na PKSCH, ale nejčastěji jen na jeden z jejích symptomů – problematické užívání pornografie. Zpochybnitelné je zároveň zahrnutí programů zaměřených na sledování CSAM, kde se osoby s PKSCH vyskytují jen okrajově. Tyto byly po dlouhém zvažování popsány zejména pro souvislost mezi PKSCH a rizikem užívání CSAM (viz podkapitola Souvislost poruchy kompulzivního sexuálního chování a internetu). V praxi může často docházet k tomu, že sexuálně kompulzivní jedinci vyhledají pomoc na základě svého sledování CSAM a ocitnou se v programech cílených specificky na něj a na pedofilní, hebefilní nebo efebofilní preferenci, přestože takovou preferenci sami nemají. Díky zahrnutí těchto programů se navíc ukázalo, že některé se částečně věnují sexuální kompulzivitě, zejména program ReDirection, který rozeznává 3 typy motivací k užívání CSAM včetně „naplnění jiných psychických potřeb“, kam spadá uvolnění napětí a kompulzivita.

Zjevným problémem je, že shrnutí a doporučení výše jsou založená na četnosti výskytu jednotlivých vlastností a ne na jejich měřené efektivitě. V tuto chvíli však máme informace o efektivitě, ač pozitivní, pouze u 3 programů, což je největším limitem vypracovaného přehledu. Na něj by měly odpovídat budoucí výzkumy, včetně toho navrhovaného v empirické části práce.

11. Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala tématem relativně nově uznané diagnózy poruchy kompulzivního sexuálního chování a možnosti její léčby pomocí nízkoprahových on-line intervencí. Kladla si za cíl takové existující intervence zmapovat, včetně dat o jejich efektivitě, a na základě tohoto zkoumání vytvořit souhrnné doporučení pro implementaci podobné intervence v českém prostředí.

V první, teoretické části práce byla nejprve podrobně popsána zkoumaná diagnóza včetně jejího vzniku, prevalence, diagnostiky a možností léčby a poté byly stručně představeny on-line intervence a jejich typy. Druhá část obsahovala samotný systematický přehled intervenčních programů, které bylo možné dohledat, a v třetí části práce byl představen návrh studie efektivitě české verze programu Hands-off, která by měla prohloubit současné poznatky o efektivitě nízkoprahových on-line intervenčních programů a přinést první data založená na české klinické populaci.

Cíle práce byly splněny do jisté míry, avšak nečekaně malé množství dat o efektivitě dostupných on-line intervenčních programů neumožnilo stanovit zcela jasná a statisticky podložená doporučení pro potenciální český intervenční program.

Výzkumy následujících let by se mohly ubírat směrem studia efektivitě dalších intervenčních programů včetně zkoumání toho, jaké konkrétní prvky uživatelům na mnohdy komplexních programech nejvíce pomáhají. V zájmu implementace nového programu v českém prostředí by bylo vhodné blíže prozkoumat českou populaci osob s kompulzivním sexuálním chováním a její specifické potřeby, ideálně formou smíšeného, kvantitativně-kvalitativního výzkumu. Vhodné bude také nadále sledovat existující zahraniční programy, u kterých v současnosti probíhají studie efektivitě, a zachytit a analyzovat výsledky z nich.

Reference

- Adisex. (n.d.). *Tratamiento online*. <https://adiccionalsexouji.es/adiccion-al-cibersexo/tratamiento-adiccion-sexual/>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, 107. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384>
- Balon, R., & Briken, P. (2021). Foreword. In Balon, R., & Briken, P. (Eds.), *Compulsive Sexual Behavior Disorder: Understanding, Assessment, and Treatment*. American Psychiatric Association Publishing.
- Bancroft, J., & Janssen, E. (2000). The dual control model of male sexual response: A theoretical approach to centrally mediated erectile dysfunction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24(5), 571–579. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00024-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00024-5)
- Birchard, T. (2015). *CBT for compulsive sexual behaviour: A guide for professionals*. Hove: Routledge.
- Borgogna, N. C., Garos, S., Meyer, C. L., Trussell, M. R., & Kraus, S. W. (2022). A Review of Behavioral Interventions for Compulsive Sexual Behavior Disorder. *Current Addiction Reports*, 9(3), 99–108. <https://doi.org/10.1007/s40429-022-00422-x>
- Bóthe, B., Baumgartner, C., Schaub, M. P., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2021). Hands-off: Feasibility and preliminary results of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(4), 1015–1035. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00070>
- Bóthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247–258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>
- Bóthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2017). The Development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *Journal of Sex Research*, 55(3), 395–406. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798>
- Brainbuddy. (n.d.) *Brainbuddy*. <https://www.brainbuddyapp.com/>
- Briken, P. (2020a). Compulsive Sexual Behavior Disorder. In Stein, D. J., Szatmari, P., Gaebel, W., Berk, M., Vieta, E., Maj, M., De Vries, Y. A., Roest, A. M., De Jonge, P., Maercker, A., Brewin, C. R., Pike, K. M., Grilo, C. M., Fineberg, N. A., Briken, P., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M., *Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: An international perspective on key changes and controversies*. BMC Medicine, (18)1. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>
- Briken, P. (2020b). An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder. *Nature Reviews Urology*, 17(7), 391–406. <https://doi.org/10.1038/s41585-020-0343-7>

- Briken, P., & Turner, D. (2021). Pharmacotherapy for Patients With CSBD. In Balon, R., & Briken, P. (Eds.), *Compulsive Sexual Behavior Disorder: Understanding, Assessment, and Treatment* (s. 95–108). American Psychiatric Association Publishing.
- Briken, P., Wiessner, C., Štulhofer, A., Klein, V., Fuß, J., Reed, G. M., & Dekker, A. (2022). Who feels affected by “out of control” sexual behavior? Prevalence and correlates of indicators for ICD-11 Compulsive Sexual Behavior Disorder in the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Journal of Behavioral Addictions*, 11(3), 900-911. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00060>
- Bulling, I. S. (2017). Stepping through the door – exploring low-threshold services in Norwegian family centres. *Child and Family Social Work*, 22(3), 1264-1273. <https://doi.org/10.1111/cfs.12343>
- Buršíková Brabcová, D., & Kohout, J. (2018). Psychometrické ověření české verze Škály vnímaného stresu. *E-psychologie*, 12(1), 37–52. http://e-psycholog.eu/pdf/bursikova-brabcova_kohout.pdf
- Calmsie. (n.d.a). Tech Addiction Doc. <https://techaddictiondoc.com/>
- Calmsie. (n.d.b). PRELIMINARY CLINICAL RESEARCH SUMMARY: Initial Results. <https://calmsie.ai/documents/PRELIMINARY-RESEARCH-.pdf>
- Carnes, P. J. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. CompCare Publishers.
- Carnes, P., Green, B., & Carnes, S. (2010). The same yet different: Refocusing the sexual addiction screening test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, 17(1), 7–30. <https://doi.org/10.1080/10720161003604087>
- Carnes, P. J., Green, B. A., Merlo, L. J., Polles, A., Carnes, S., & Gold, M. S. (2012). PATHOS: A brief screening application for assessing sexual addiction. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 29–34. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e3182251a28>
- Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology* (s. 31–67). Newbury Park, CA: Sage.
- Coleman, E. (1991). Compulsive Sexual Behavior: New Concepts And Treatments. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4(2), 37–52. https://doi.org/10.1300/J056v04n02_04
- Coleman E., Miner M., Ohlerking F., & Raymond N. (2001). Compulsive sexual behavior inventory: a preliminary study of reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 27(4), 325–332.
- Cooper, A. L. (1998). Sexuality and the internet: Surfing into the new millennium. *Cyberpsychology and Behavior*, 1(2), 181-187. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.187>
- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied Behavior Analysis* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- DeCapua, S. (2021). Second-Language-Writing Skills: A Novel Look at Identity. In E. Hancı-Azizoglu & N. Kavaklı (Eds.), *Futuristic and Linguistic Perspectives on Teaching Writing to Second Language Students* (s. 141–160). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-6508-7.ch009>

- Derbyshire, K. L., & Grant, J. E. (2015). Compulsive sexual behavior: a review of the literature. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 37–43. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.003>
- Dickenson, J. A., Gleason, N., Coleman, E., & Miner, M. H. (2018). Prevalence of Distress Associated With Difficulty Controlling Sexual Urges, Feelings, and Behaviors in the United States. *JAMA network open*, 1(7), e184468. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4468>
- Doidge, N. (2008). *The brain that changes itself*. Penguin Books.
- Dragomirecká, E. (2006). Česká verze Dotazníku Kvality Života WHOQOL - Překlad položek a konstrukce škál. *Psychiatrie*, 10(2).
- Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). Dotazník kvality života světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*, 10(3).
- Efrati, Y., & Mikulincer, M. (2018). Individual-Based Compulsive Sexual Behavior Scale: Its Development and Importance in Examining Compulsive Sexual Behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(3), 249–259. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405297>
- Estellon, V., & Mouras, H. (2012). Sexual addiction: insights from psychoanalysis and functional neuroimaging. *Socioaffective Neuroscience & Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.3402/snp.v2i0.11814>
- Fortify. (n.d.). The Science Behind It All. <https://www.joinfortify.com/the-science-behind-it>
- Gola, M., & Kraus, S. W. (2021). Sexual Addiction vs. CSBD. In Balon, R., & Briken, P. (Eds.), *Compulsive Sexual Behavior Disorder: Understanding, Assessment, and Treatment* (s. 7–20). American Psychiatric Association Publishing.
- Griffiths, M. D. (2016). Compulsive sexual behaviour as a behavioural addiction: the impact of the internet and other issues. *Addiction*, 111(12), 2107–2108. <https://doi.org/10.1111/add.13315>
- Grubbs, J. B., Reid, R. C., Bőthe, B., Demetrovics, Z., Coleman, E., Gleason, N., Miner, M. H., Fuss, J., Klein, V., Lewczuk, K., Gola, M., Fernandez, D. P., Fernandez, E. F., Carnes, S., Lew-Starowicz, M., Kingston, D., & Kraus, S. W. (2023). Assessing compulsive sexual behavior disorder: The development and international validation of the compulsive sexual behavior disorder-diagnostic inventory (CSBD-DI). *Journal of Behavioral Addictions*, 12(1), 242–260. <https://doi.org/10.1556/2006.2023.00005>
- Hallberg, J. (2019). *Hypersexual disorder : clinical presentation and treatment* [Dizertační práce, Karolinska Institutet]. KI Open Archive. <https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/46842>
- Hardy, S. A., Ruchty, J., Hull, T. D., & Hyde, R. (2010). A Preliminary Study of an Online Psychoeducational Program for Hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(4), 247–269. <https://10.1080/10720162.2010.53399910.1080/10720162.2010.533999>
- Harper, A., Power, M., Orley, J., Herrman, H., Schofield, H., Murphy, B., Metelko, Z., Szabo, S., Pibernik-Okanovic, M., Quemada, N., Caria, A., Rajkumar, S., Kumar, S., Saxena, S., Chandiramani, K., Amir, M., Bar-On, D., Tazaki, M., Noji, A., ... Sartorius, N. (1998).

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3). <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>

- Horvath, K. J., Ecklund, A. M., Hunt, S. L., Nelson, T. F., & Toomey, T. L. (2015). Developing internet-based health interventions: A guide for public health researchers and practitioners. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1). <https://doi.org/10.2196/jmir.3770>
- Chatzittofis, A., Arver, S., Öberg, K., Hallberg, J., Nordström, P., & Jokinen, J. (2016). HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 247-253. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.002>
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(8), 1239–1252. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991747>
- IBM. (n.d.). *What is a chatbot?* <https://www.ibm.com/topics/chatbots>
- IITAP. (n.d.). *Sex Help*. <https://sexhelp.com/>
- Jokinen, J., Boström, A. E., Chatzittofis, A., Ciuculete, D. M., Öberg, K. G., Flanagan, J. N., Arver, S., & Schiöth, H. B. (2017). Methylation of HPA axis related genes in men with hypersexual disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 80, 67-73. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.03.007>
- Kafka, M. P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>
- Kafka, M. P. (2014). What happened to hypersexual disorder? *Archives of sexual behavior*, 43(7), 1259–1261. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0326-y>
- Kalichman S.C., & Rompa D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess* 65(3):586–601.
- Khojastefar, R. F., Asgari, K., Kalantari, M., Raisi, F., & Shahvari, Z., Dadras, I., & Jabalkandi, S. A. (2021a). A Pilot Randomized Control of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression and Hypersexual Behaviors in Compulsive Sexual Behavior Disorder. *Sexual Health & Compulsivity*, 28(3–4), 189–199, <https://doi.org/10.1080/26929953.2022.2041514>
- Khojastefar, R. F., Asgari, K., Kalantari, M., Raisi, F., & Shahvari, Z. (2021b). Comparison of the effectiveness of cognitive–behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depression symptoms and hypersexual behaviours in patients with sex addiction. *Journal of Psychological Science*, 20(99), 321–352.
- Kühn, S., & Gallinat, J. (2016). Chapter Three – Neurobiological Basis of Hypersexuality. In Zahr, N. M., & Peterson, E. T. (Eds.), *International Review of Neurobiology* (s. 67–83). <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2016.04.002>
- Lätth, J., Landgren, V., McMahan, A., Sparre, C., Eriksson, J., Malki, K., Söderquist, E., Öberg, K. G., Rozental, A., Andersson, G., Kaldo, V., Långström, N., & Rahm, C. (2022). Effects of internet-delivered cognitive behavioral therapy on use of child sexual abuse material: A randomized placebo-controlled trial on the Darknet. *Internet Interventions*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100590>

- Levin, M. E., Heninger, S. T., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Examining the Feasibility of Acceptance and Commitment Therapy Self-Help for Problematic Pornography Viewing: Results From a Pilot Open Trial. *Family Journal*, 25(4), 306–312. <https://doi.org/10.1177/1066480717731242>
- Life Process Program. (n.d.b). *Life Process Program*. <https://lifeprocessprogram.com/our-program/>
- Life Process Program. (n.d.b). *Our Program*. <https://lifeprocessprogram.com/our-program/>
- Lin, C.E., Wood, J.J. (2013). Self-management Interventions. In: Volkmar, F.R. (Ed), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_481
- Lupton, P. (2018, 1. ledna). *Restart mozku*. NePorno, z. s. <https://nepornu.cz/restart-mozku/>
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál: Praha.
- Mielenterveystalo.fi. (n.d.). ReDirection - A self-help program to stop using CSAM. <https://www.mielenterveystalo.fi/en/self-help/redirection-self-help-program-stop-using-csam>
- Munns, R., Dickenson, J., Candelario-Perez, L., Kovic, A., Rider, N. G., Berg, N., Coleman, E., & Girard, A. (2021). In Balon, R., & Briken, P. (Eds.), *Compulsive Sexual Behavior Disorder: Understanding, Assessment, and Treatment* (s. 109–128). American Psychiatric Association Publishing.
- NePorno, z. s. (n.d.a). *Sekce pro závislé*. <https://nepornu.cz/sekce-pro-zavisle/>
- NePorno, z. s. (n.d.b.). *12 kroků*. <https://anonymnipornoholici.cz/>
- NÚDZ. (n.d.). *Celonárodní výzkum sexuálního chování, preferencí a wellbeingu obyvatel České republiky: aktuální situace a trendy (21-31490S)*. <https://www.nudz.cz/vyzkum/centrum-pro-sexualni-zdravi-a-intervence/granty-a-projekty/celonarodni-vyzkum-sexualniho-chovani-preferenci-a-wellbeingu-obyvatel-ceske-republiky-aktualni-situace-a-trendy>
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A., & Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(4), 313–321. <https://doi.org/10.1002/jclp.22027>
- Reid, R. C., Temko, J., Moghaddam, J. F., & Fong, T. W. (2014a). Shame, rumination, and self-compassion in men assessed for hypersexual disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(4), 260–268. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000452562.98286.c5>
- Rosenberg, K. P., Carnes, P. J., & Acevedo, B. P. (2021). Clinical Evaluation of CSBD. In Balon, R., & Briken, P. (Eds.), *Compulsive Sexual Behavior Disorder: Understanding, Assessment, and Treatment* (s. 69–94). American Psychiatric Association Publishing.
- Ryle, A., Kellett, S., Hepple, J., & Calvert, R. (2014). Cognitive analytic therapy at 30. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 258–268. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011817>
- Stop It Now! UK and Ireland. (n.d.). *Self-help*. <https://www.stopitnow.org.uk/concerned-about-your-own-thoughts-or-behaviour/concerned-about-use-of-the-internet/self-help/>

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2022). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (10. revize). <https://www.uzis.cz/res/f/008374/mkn-10-tabelarni-cast-20220101.pdf>
- Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2016). Meditation awareness training for the treatment of sex addiction: A case study. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 363–372. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.034>
- Wetterneck, C. T., Burgess, A. J., Short, M. B., Smith, A. H., & Cervantes, M. E. (2012). The role of sexual compulsivity, impulsivity, and experiential avoidance in internet pornography use. *Psychological Record*, 62(1). <https://doi.org/10.1007/BF03395783>
- Wizła, M., Kraus, S. W., & Lewczuk, K. (2022). Perspective: Can psychedelic-assisted therapy be a promising aid in compulsive sexual behavior disorder treatment? *Comprehensive Psychiatry*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2022.152303>
- Wnuk, M., & Charzyńska, E. (2022). Involvement in Sexaholics Anonymous and life satisfaction: The mediating role of meaning in life and hope. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 544–556. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00024>
- Wordecha, M., Wilk, M., Kowalewska, E., Skorko, M., Łapiński, A., & Gola, M. (2018). “Pornographic binges” as a key characteristic of males seeking treatment for compulsive sexual behaviors: Qualitative and quantitative 10-week-long diary assessment. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2). <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.33>
- World Health Organization. (2022). 6C72 Compulsive sexual behaviour disorder. In *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Příloha 1

Škála problematické konzumace pornografie o 18 položkách (PPCS-18)

Please think back to the past six months and indicate on the following 7-point scale how often or to what extent the statements apply to you. There is no right or wrong answer. Please indicate the answer that most applies to you.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | |
|--|-------|--------|--------------|-----------|-------|------------|--------------|---|---|---|---|---|
| | Never | Rarely | Occasionally | Sometimes | Often | Very Often | All the Time | | | | | |
| | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1. I felt that porn is an important part of my life | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. I used porn to restore the tranquility of my feelings | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3. I felt porn caused problems in my sexual life | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4. I felt that I had to watch more and more porn for satisfaction | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. I unsuccessfully tried to reduce the amount of porn I watch | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6. I became stressed when something prevented me from watching porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7. I thought about how good it would be to watch porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. Watching porn got rid of my negative feelings | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. Watching porn prevented me from bringing out the best in me | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10. I felt that I needed more and more porn in order to satisfy my needs | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11. When I vowed not to watch porn anymore, I could only do it for a short period of time | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12. I became agitated when I was unable to watch porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 13. I continually planned when to watch porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 14. I released my tension by watching porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15. I neglected other leisure activities as a result of watching porn | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16. I gradually watched more "extreme" porn, because the porn I watched before was less satisfying | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 17. I resisted watching porn for only a little while before I relapsed | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 18. I missed porn greatly when I didn't watch it for a while | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Scoring: Add the scores of the items of each factor. For the total score, add all the scores of the items. A score of 76 or higher indicates possible problematic pornography use. Factors: salience = 1, 7, 13; mood modification = 2, 8, 14; conflict = 3, 9, 15; tolerance = 4, 10, 16; relapse = 5, 11, 17; withdrawal = 6, 12, 18.

Příloha 2

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete? | 1 | 2 | 3 | ④ | 5 |

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete? | ① | 2 | 3 | 4 | 5 |

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

| | | | | | |
|---|--------------|--------|-------------------------|-------|-------------|
| 1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života? | velmi špatná | špatná | ani špatná ani dobrá | dobrá | velmi dobrá |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím? | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

| | | | | | |
|---|----------|--------|---------|-------|-----------|
| | vůbec ne | trochu | středně | hodně | maximálně |
| 3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Jak moc Vás těší život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jak se dokážete soustředit? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

| | | | | | |
|---|----------|----------|---------|--------------|-------|
| | vůbec ne | spíše ne | středně | většinou ano | zcela |
| 10. Máte dost energie pro každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Máte možnost věnovat se svým zálibám? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | velmi špatně | špatně | ani špatně ani dobře | dobře | velmi dobře |
|--------------------------------|--------------|--------|----------------------|-------|-------------|
| 15. Jak se dokážete pohybovat? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

| | velmi nespokojen/a | nespokojen/a | ani spokojen/a ani nespokojen/a | spokojen/a | velmi spokojen/a |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Jak jste spokojen/a s dopravou? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

| | nikdy | někdy | středně | celkem často | neustále |
|--|-------|-------|---------|--------------|----------|
| 26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Příloha 3

Škála vnímaného stresu PSS-10

Otázky v této škále jsou zaměřeny na to, jak jste se cítil a jak jste uvažoval během posledního měsíce. Označte zakroužkováním pouze jednu odpověď vystihující, jak často jste se cítil/a nebo uvažoval/a popsaným způsobem.

Jméno a příjmení:

Pohlaví: muž

žena

Dnešní datum:

Věk:

0=nikdy 1=téměř nikdy 2=někdy 3 = docela často 4= velmi často

1. Jak často jste byl v posledním měsíci rozrušený kvůli něčemu, co se stalo nečekaně?
0 1 2 3 4
2. Jak často jste měl v posledním měsíci pocit, že nemáte pod kontrolou důležité věci ve Vašem životě?
0 1 2 3 4
3. Jak často jste se cítil v posledním měsíci nervózní a "vystresovaný"?
0 1 2 3 4
4. Jak často jste si v posledním měsíci věřil v tom, že jste schopen zvládat své osobní problémy?
0 1 2 3 4
5. Jak často jste měl v posledním měsíci pocit, že věci jdou tak, jak byste si představoval?
0 1 2 3 4
6. Jak často jste v posledním měsíci pociťoval, že se nemůžete vypořádat se vším, co byste měl zařídit?
0 1 2 3 4
7. Jak často jste byl v posledním měsíci schopen mít pod kontrolou věci, které Vás iritují?
0 1 2 3 4
8. Jak často jste měl v posledním měsíci pocit, že jste nad věcí?
0 1 2 3 4
9. Jak často jste se v posledním měsíci rozhněval kvůli věcem, které byly mimo Vaši kontrolu?
0 1 2 3 4
10. Jak často jste měl v posledním měsíci pocit, že se potíže hromadí natolik, že je nejste schopen překonat?
0 1 2 3 4