

Diagnostika a psychoterapie „nových“ závislostí

Mgr. et Mgr. Veronika Víchová¹, Mgr. Ing. Petr Koblovský, Ph.D.²

¹Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Praha

²Institut pro behaviorální a ekonomická studia

Psychoterapeutické přístupy při léčení klasických a nově se objevujících závislostí vykazují specifika daná charakterem příslušných závislostí, nicméně společným jmenovatelem léčby stále zůstává práce s motivací závislých, jejich edukace, náhled, individuální či skupinová psychoterapie, nácvik relaxačních technik a následné dlouhodobé doléčování. Trvalá a důsledná abstinence, jako jeden z požadovaných cílů léčby, je v případě nově se objevujících závislostí jen zřídka dosažitelná, a cílem je tudíž úprava závislostních procesů.

Klíčová slova: závislost, internet, relaxační metody, Schultzův autogenní trénink.

The diagnosis and psychotherapy of emerging addictions

Psychotherapeutic approaches in the treatment of classic and emerging addictions show specifics given the character of the addictions, but the common denominator of treatment still remains working with motivation addicts, education of addicts, insight, individual or group psychotherapy, practicing relaxation techniques and subsequent long-term aftercare. Permanent and consistent abstinence as one of the desired goals of treatment in the case of emerging addiction is a rarely achievable goal and therefore the main aim is the alteration of addiction processes.

Key words: addiction, internet, relaxation techniques, Autogenous training by Schultz.

Psychiatr. praxi 2013; 14(4): 179–182

Z typologického hlediska pod pojem klasické či „staré“ závislosti řadíme historicky známé a dobře popsané závislosti, jako např. závislosti alkoholové, drogové a lékové. Mezi nově se objevující či „nové“ závislosti můžeme řadit např. závislosti na on-line nakupování, jídle (konzumaci jídla), internetu, sociálních sítích, pornografii, přičemž u těchto nových závislostí se často setkáváme s různými kombinacemi závislostí. Samozřejmě i patologické hráčství, které řadíme mezi návykové a impulzivní poruchy, má svoji novou podobu ve formě on-line sázek, on-line počítačových her nebo on-line hraní karetních her apod.

Z hlediska objektu (a požadovaného cíle léčby) spočívá hlavní rozdíl mezi starými a novými závislostmi v praktické nemožnosti vyloučit u závislého přístup k objektu závislosti. Zatímco např. u alkoholové závislosti lze pro snížení pravděpodobnosti recidivy doporučit závislému alkohol „zcela vynechat“ a za tímto účelem minimalizovat dostupnost alkoholu u jeho okolí (například cíleným vytvořením tzv. suchého bytu/domu či odmítáním socializace se skupinami, kde závislý může očekávat konzumaci alkoholu), u mnoha nových závislostí takové doporučení učinit prakticky nelze. Tak jako nelze v případě závislosti na jídle závislému doporučit jídlo „zcela vynechat“. Ve věku počítačových technologií, které jsou využívány mimo jiné k nákupům nezbytných produktů, kontrole toku peněz u osobního bankovníctví, vyhledávání základních informací, které jsou téměř

nezbytné ke zcela běžnému životu, by úplná abstinence mohla mít pro závislého negativní důsledky (ztráta informovanosti, vyšší náklady, ztížení možnosti nalézt si práci, sociální vyloučení atp.). Ze sociálních vlivů si připomeňme negativní vliv reklamy, komerční zájmy výrobců či provozovatelů a v neposlední řadě někdy negativní vliv neodborných medií.

Podívejme se skrze zkušenosti se „starými“ závislostmi i na závislost na internetu a její modifikace.

Závislost na internetu (IAD, Internet Addiction Disorder) se začala objevovat s rozšiřováním dostupnosti připojení k internetu a jeho rostoucímu objemu. Poprvé byla tato závislost komplexněji představena již v roce 1996 americkou psychologičkou Kimberly Young na konferenci Americké psychologické asociace v Torontu. Následně Youngovou (1) vydaná studie popisuje IAD jako závislost obdobnou klasickým závislostem na alkoholu a drogách s tím, že její důsledky pro závislého čítají například dlouhodobé zanedbávání pracovních a sociálních povinností, růst nedůvěry, lhaní, objevují se poruchy chování, poruchy soustředění, zvýšená nervozita, podrážděnost, změny nálad a nicméně také somatické projevy (bolesti zad, poruchy zraku, záněty karpálního tunelu atp.). Významný negativní vliv závislosti na internetu byl vysledován u partnerských vztahů závislých (např. emoční a sociální odcizení a v extrémních případech až nahrazení reálných vztahů vztahy virtuálními) a jejich finanční situace (díky placení různých poplatků, snížení výkonnosti a z toho vyplývajícího snížení pracovního ohodnocení, atp.).

V návaznosti na tuto studii byl zahájen systematický výzkum této závislosti. I přesto dosud nebyla závislost na internetu (označovaná také jako „problematické“ či patologické používání internetu) jednoznačně definována (2), nicméně všeobecně se pod ní rozumí nadměrné užívání internetu. Z diagnostického hlediska je za osobu závislou na internetu považována osoba, která kladně odpoví na určené množství diagnostických otázek směřujících v souvislosti s používáním internetu na zjištění zaujatosti (preoccupation), míry tolerance, odvykacích příznaků (withdrawal), neschopnost kontroly v používání (loss of control), více-než-zamýšleného používání, funkčního selhávání (functional impairment), lhaní a úniků. Zjednodušeně se pro diagnostiku závislosti na internetu užívá také posouzení následujících znaků vykazovaných závislým – význačnost procesu, změny nálady, tolerance, odvykací příznaky a konflikt (3). Pomocné diagnostické indikátory závislosti na internetu zahrnují množství projevů, jako například přítomnost osobních finančních problémů, selhávání či konflikty v zaměstnání, lhaní o množství času věnovaném trávení na internetu, upřednostňování internetu před partnerem nebo jinou činností, lepší porozumění si s virtuální postavou než se skutečným partnerem, přítomnost fyzických projevů abstinencních příznaků, jako chvění se a nervozita při vypnutí PC, pocit nevolnosti při nedostupnosti internetu, když nedostanou žádný nový e-mail, pociťují úzkost a propadají panice², změna biorytmů (zejména

1. Z KBT terapie známé jako stimulus kontrol – nevystavování se zbytečným podnětům, které vyvolávají bažení.

2. Kazuistika: Jeden z klientů pravidelně kontroloval svůj mail na mobilu, cca každé 2 minuty, a pokud mu během posled-

posun spánku), ztráta zájmu o skutečný (nikoliv virtuální) sex, únava atp.³ Dle Lynne Robertsové (4) se dokonce může vytvářet u závislých na internetu určitý podmíněný reflex již při připojování se k internetu projevující se zvýšením srdečního tepu a krevního tlaku, při pobytu v menší skupině na internetu (př. chat) může u některých závislých docházet ke vzniku stavu myslí podobnému transu či meditaci (totální koncentrace na monitor), při rychlém posunování zobrazovaného textu může docházet k obrazovým halucinacím podobným snům a projevem může být i excesivní rozrušenost, když připojeného uživatele vyruší něco z vnějšího světa. Tyto faktory také částečně vysvětlují motivaci uživatelů a vznik závislosti.

Jelikož je závislost na internetu de facto formou či modifikací závislosti na počítačích (a počítačových hrách), lze pro její diagnostiku také používat upravené metody pro tyto závislosti. Klíčovým předpokladem pro navržení vhodné terapie je podrobné zmapování zisků a ztrát, chování a motivací závislého a porozumění vzniku závislosti i tomu, jakou potřebu závislý náhradně uspokojuje.

Jak již bylo uvedeno, lhaní o čase stráveném na internetu je jedním ze symptomatických znaků závislosti na internetu. Při diagnostice je nutno věnovat pozornost možným terminologickým nejasnostem či specifikům. Závislí si totiž zpravidla nevybudují obecnou závislost na internetu (kdy by alokovali svůj čas a pozornost mezi více činností a k více účelům), ale využívají dominantně jednu aplikaci (například prohlížeče či IRC (internetový komunikační protokol) či dokonce téměř výhradně jednu danou webovou aplikaci či stránky (např. facebook)). Nejvyšší míra závislosti je standardně dokumentována u aplikací umožňujících oboustrannou komunikaci a interaktivitu v reálném čase (chatování), hraní interaktivních her na internetu a internetové (on-line) pornografie.

Závislost na internetové pornografii

Závislost na pornografii (popř. závislost na internetové pornografii – internet pornography addiction nebo cybersex addiction) je někdy označována jako droga 21. století, „pornonarkomanie“ se stává pro mnohé smy-

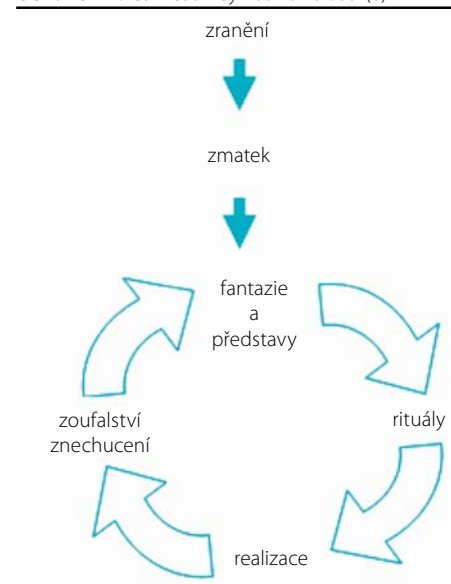
slem života a zapomínají na rodinu, děti, sex. Schneider (5) uvádí důkazy o kauzalitě, kdy sledování internetové pornografie vede k úpadku existujících (sexuálních a manželských) vztahů. Navíc některé studie (6) poukazují na případy, kdy se závislost na internetové pornografii stává smyslem života a může vést k eskalacím v reálném sexuálním životě a k přesunu objektu zájmu při reálném sexuálním styku (například od typicky heterosexuálního styku ke stykům extrémním, popř. deviantním). Všeobecná dostupnost a anonymita a možnost interaktivní elaborace představ s obdobně závislými může vést k rychlejšímu či intenzivnímu nástupu této závislosti. Mírnější pohled odborníků říká, že je to dočasná náhražka v době absence sexu do nalezení partnera.

Vzhledem k tomu, že je pro jedince zpravidla obtížné o své závislosti na pornografii otevřeně hovořit, je vhodné sledovat rizikové znaky v anamnéze: vysoké účty za telefon nebo internet (i desítky tisíc) dle auditivní nebo vizuální preference, neschopnost být bez mobilu, resp. připojení, obtíže ve vztazích (není podmínkou), jiné závislosti, znalost více pornografických stránek nebo preference jedné konkrétní, vlastní účet na pornostránkách a neochota ho smazat, skrývání, tajnosti, 2 mobily/PC.

Charakteristickými rysy závislosti na internetové pornografii jsou ztráta kontroly provázená nadužíváním internetové pornografie, ztráta času, posedlost jednáním – neodkladná nutkavost, neschopnost dostát povinnostem, pokračování bez ohledu na důsledky, eskalace – intenzivnější, častější, rizikovější, ztráta zájmů a v neposlední řadě omezení/zastavení P je spojeno se stresem, úzkostí, podrážděností, neklidem.

V rámci diagnostiky a terapie je pragmatické rozlišovat u závislého míru závislosti na internetové pornografii. Mírná závislost se vyznačuje snahou stále ještě řešit vztahy, které jsou relativně funkční. Úniky k pornografii jsou krátkodobé. Popření problému, tvrzení, že jde o nevinné zpestření života. Na pozadí se objevuje neřešený problém a s tím související opuštěnost, izolovanost, strach, prázdnota. Střední závislost provází nárůst napětí ve vztazích. Pornografie představuje snadné řešení všech problémů, nahrazuje celé spektrum emocí. Úniky jsou stále častější. Období závislosti je delší (více hodin) a častější (kratší doba mezi sledováním chování středně závislých může vykazovat Carnesův cyklus závislosti (7). Dochází ke střídání období zápasu a rezignovanosti. Nastupuje sebeklam pro sebe i okolí, „když budu chtít, přestanu

Obrázek 1. Carnesův cyklus závislosti (6)



a zvládnout to“. Závislostí jsou zasaženy i jiné oblasti jako zaměstnání, škola, finance, vztahy, čas na zájmy aj.

Těžkou závislost charakterizuje únik k pornografii jako jedinému řešení. Následuje deformace vztahů, jež jsou všechny vnímány jako sexuální. Reálné vztahy jsou nezvladatelné a prostoupené systémem lží, taktizováním a manévrováním. Narůstá hrůza z odhalení. Člověk je těžší schopen emocionálního spojení s druhými, vše je řízeno jedním směrem. Myšlení a zájmy se zužují na posedlost sexuálními fantaziemi. Překračuje své osobní hranice a zábrany, s čímž souvisejí vážné problémy v rodině, ve vztazích, zaměstnání, s financemi, plněním povinností, jednáním na hraně zákona. Vnímání skutečnosti je narušené, probíhá více ve sféře sexuálních představ než v realitě. Pocity bezvýchodnosti, rezignace aj.

Závislost na internetové pornografii však nemá negativní vliv pro závislé a jejich sociální vztahy pouze v reálném čase. I přes anonymitu na internetu dochází pravidelně u závislých k jejímu narušení, kdy v rámci komunikace o svých představách a zkušenostech dochází ke zveřejňování kompromitujících materiálů vedoucích až k dlouhodobému sociálnímu vyloučení. To může vést k prohlubování závislosti (viz Carnesův cyklus závislosti).

Zajímavý úhel pohledu na „dirty little secret“ nabízí More (8): „Soudě podle naší posedlosti sexem, vlastně potřebujeme sexu více, avšak nikoliv, co do množství, nýbrž, co do kvality. Podobně jako člověk, který si navykl na levná jídla v bufetu. Přecpává se k prasknutí, protože uvnitř nic není. ...potřebujeme více sexu, nikoliv méně, ale potřebujeme sex s duší“.

ních 5 minut nepřišel žádný e-mail, poslal si email sám, aby vyloučil poruchu na síti.

3. Diagnostik by měl vyhodnocovat především následující otázky: Jak se jeho virtuální život odráží v životě reálném?, jak moc o něm přemýšlí?, jak se cítí internetem pohlcen?, nedrží se naplánovaných časů pobytu na internetu?, odklání se od vztahů s rodinou a přáteli?, přestává se orientovat v sociálním světě?, častěji je ve stresu?, má problémy s denním režimem?, hraje do noci?, budí se vyčerpaný?

Kvalitní diagnostika jako základ psychoterapie

Pro úspěšnost léčby je základem provedení kvalitní a hloubkové diagnostiky spočívající ve zmapování motivace závislého⁴ (9), jeho zdrojů, pak práce s náhledem na onemocnění, edukace a po zahájení abstinence i práce s dušálními diagnózami, které často závislost provází. Jsou to zejména poruchy nálad (deprese, mánie), úzkosti, poruchy osobnosti, sexuální obtíže anebo zcela prostě obtíže s komunikací, vztahy a zvládáním stresů. V případě závislosti na internetové pornografii je doporučováno Sdružením Anonymních Pornoholiků (SAA) vyhledání pomoci, pokud respondent odpoví kladně být na jednu z následujících otázek týkající se: tajemí sexuálního chování a fantazií (dvojitý život), sexu (S) v místech a s lidmi, které by si za normálních okolností nevybral, ztráty času kvůli sexu nebo pornografii, deformace vztahů (sex. posedlostí, opakující se destruktivní vztahy...), problémů se zákonem (díky S nebo P), konfliktů s morálkou nebo duchovní cestou, pocitů bezradě, odcizení od ostatních nebo myšlenky na sebevraždu, P nebo S jako příčina problémů v životě nebo vyhýbání se sexuálními aktivitám kvůli strachu ze sexu či intimity.

Pokud na základě uvedeného dotazníku či pouhým uvědoměním dojde k osobnímu rozhodnutí závislého vyhledat odbornou pomoc, lze to pro potenciální úspěšnost terapie vnímat jako vhodnější než zahájení léčby zprostředkovaně (přes příbuzné, kolegy z práce atp.). Důvodem je kontrakt přímo se závislým, nikoliv někým z jeho okolí. Tyto osoby často nedisponují informacemi ohledně míry závislosti závislého a disponují často naivní představou ohledně léčby (často vykazující přístup „opravte mi ho a vraťte a už o tom nikdy nebudeme mluvit“) a nenahlíží dle důležitosti následného doléčování, které by mělo splňovat zásadu pravidelnosti a dostupnosti (v místě bydliště, v čas, kdy mohou být uvolněni z práce...). Pokud není k dispozici odborná pomoc, pak lze využít i svépomocné organizace (např. AA, AG, SAA) nebo blízkého člověka z okolí (ideálně pokud v rámci hospitalizace klienta absolvuje společný týden nebo se účastní nějakého programu pro rodinné příslušníky a blízké závislých).

K zajištění bezpečného rámce terapie zpravidla patří abstinence. V případech, kde není možné zahájit abstinenci ihned, je možné využití monitoringu a postupné snižování nežádoucích

Tabulka 1. Některé změny při relaxaci a při stresu

Stres	RELAXACE
↑ Svalové napětí a prokrvení svalů	↓
↑ Dechová frekvence	↓
↑ Tepová frekvence	↓
↑ Krevní tlak	↓
↑ Metabolizmus	↓
↑ Aktivace osy hypothalamus – hypofýza – nadledviny	↓
↑ Hormony štítné žlázy	↓
↑ Kožní galvanická vodivost	↓
↑ Frekvence vln na záznamu elektrické aktivity mozku	↓

užívání či chování až k získání náhledu a umožnění vědomějšího terapeutického kontraktu.

Nešpor (10, 17–20) uvádí stres jako možný faktor přispívající k vzniku závislosti (a následnému zneužívání návykových látek) i jako faktor vedoucí k recidivě závislosti.

Uvedenou tabulku by bylo možné ještě doplnit o trávení, imunitu a sebeovládání, které se s relaxací zlepšují a při silném stresu zhoršují. Doporučuje se samozřejmě i pravidelný pohyb (např. plavání, běh), které napětí snižují. Zařazením pohybové aktivity před relaxací se mírní negativní emoce, bažení (craving) a vytváří se vhodné podmínky pro následnou relaxaci (např. jóga, tai-chi, aikido, čchi-kung).

V rámci klinické praxe autorky se nejvíce osvědčila metoda Autogenního tréninku dle Schultze. Autogenní trénink znamená cvičení vlastního Já (řecké autos – sám, genos – počátek, původ, rod). Vychází ze základního zákona, že člověk zde na tomto světě neexistuje ve dvou oddělených částech, „pozemském těle“ a „nadpozemské duši“, ale že je jednotnou živou bytostí, oduševnělým organismem.... Pro realitu tohoto světa je závazný základní zákon: nepije tělo a neopíjí se duše, ale pije a do opojení se dostává živý člověk (11).

Od 30. let minulého století je metoda Schultzova autogenního tréninku společně s Jacobsonovou progresivní relaxací nejrozšířenější relaxační metodou. Jako Freud vyšel i J. H. Schultz, tvůrce metody autogenního tréninku, z klasických poznatků o hypnóze a sugesci a zvláště o autohypnóze a autosugesci. Autogenní trénink zpětně ovlivnil techniku vyvolávání hypnózy. Dalším důležitým zdrojem autogenního tréninku je systém jogínských cvičení a progresivně relaxační cvičení Jacobsonova (12).

Autogenní trénink je dle Machače autoregulační technikou zaměřenou na ovlivnění svalů a vegetativního nervového systému, která při pravidelném provádění přispívá k rychlému obnovení sil a k odstranění příznaků napětí

a neklidu. Princip spočívá v tom, že pomocí navcvičeného sledu představ a slovních formulí vyvoláme takový stav a projevy, které odpovídají stavům známým z hypnotických pokusů. Je tedy možné autosugestivně ovlivňovat některé tělesné funkce, lze tímto způsobem pomoci i při odstraňování nevhodných návyků nebo při dosahování žádoucích vlastností.

Uvedená literatura může na první pohled působit zastarale, ale ujišťujeme čtenáře, že od první publikace Autogenního tréninku v roce 1932 je tato metoda v nezměněné podobě využívána, a jak se ukazuje v klinické praxi, tak ji lze s úspěchem používat i u „nových“ závislostí. Vnímáme více než 80 let terapeutického efektu metody jako výrazné pozitivum.

Již Schultz doporučuje sugestivní a relaxační postupy jako důležitou a efektivní součást terapie a psychoterapie.

Léčebné duševní ošetření nazývá psychoterapií a autogenní trénink patří k jejím metodám. Výzkumy opakovaně potvrzují účinnost sugestivních postupů, význam relaxačních metod, například Grawe (13) upozorňuje na účinnost autogenního tréninku a najdeme i další výzkumy efektivity (14, 15). Aktuální výzkumnou sondu zaměřenou na vliv alternativních technik na doléčování závislých uvádí Kocandová: „Mezi alternativní přístupy – relaxační techniky, které používáme při doléčování závislých na alkoholu patří koncentrační cvičení, dechová cvičení, Jacobsonova progresivní relaxace a autogenní trénink. Tyto techniky snižují úzkosti, deprese, pomáhají vytvářet zdravý životní styl, pomáhají při psychosomatických onemocněních. Využívají se k seberozvoji k sebezdokonalení, sebeovlivňování, k sebekoncentraci při specificky náročných situacích i k zvládání stresu v běžném životě“ (16).

Při léčbě závislosti zůstává základní stupeň Autogenního tréninku shodný, liší se až střední stupeň, kdy se snažíme individualizovat individuální formulky jak z pohledu látkových

⁴ Při práci s motivací můžeme doporučit postupy Motivačních rozhovorů.

a procesních závislostí, tak s ohledem na potřeby konkrétního klienta. Příkladem formule je: „Abstinence je výhodná. Žiju bez alkoholu/cigaret/pornografie. Pornografie je mi lhostejná.“

Sugestivní a relaxační postupy vykazují při léčbě různých duševních poruch a nemocí vysokou specifickou účinnost (17). Nejsou finančně nákladné, jsou snadno dostupné, nicméně jsou náročné na erudici, dovednost a zkušenost terapeuta a vyžadují respektování určitých terapeutických principů.

Volbu vhodné relaxační metody pro závislé klienty, kteří dříve k uvolnění užívali buď návykové látky (alkohol, drogy, léky, cukr, kofein...) nebo nově návykové chování (nakupování, internet, gambling...), lze považovat za zásadní prevenci relapsu. Pokud terapeut neidentifikuje v průběhu léčby vhodný a dostupný způsob uvolnění tenze u konkrétního léčeného, abstinence bývá obvykle časově omezená.

Výhodou autogenního tréninku je vedle jeho léčebného působení také jeho sekundární vliv vedoucí k rozvoji osobnosti léčeného. Učí ho vlastní aktivitě a zodpovědnosti v protikladu k pasivním tendencím, které přináší závislost. Staré a nové závislosti se liší ve svých projevech, ale léčba i nadále zahrnuje budování náhledu a dovednosti relaxovat jako jednoho z účinných faktorů při zvládání stresu a při prevenci relapsu.

Používaných metod léčby závislostí je celá řada od krátké intervence, motivačních rozhovorů, svépomoci, nácvikových postupů, prevence relapsů apod. Rozsah textu neumožňuje zaměřit se na všechny diagnózy (vybrali jsme závislost na internetové pornografii jako zástupce výše zmíněných diagnóz), všechny směry (kde se významně profiluje např. KBT) a všechny metody (zde jsme se zaměřili na zvládání stresu a z relaxačních technik vybrali klinicky ověřený Autogenní trénink).

V roce 1995 poprvé spojil slova „závislost“ a „internet“ Ivan Goldberg a posléze upřesnil

svůj postoj k závislosti na internetu: „Nemyslím si, že závislost na internetu existuje o nic víc než závislost na tenise, bingu nebo televizi. Lidé mohou přehánět všechno. Nazývat to poruchou je omyl.“ Nová klasifikace nemocí DSM 5 nám naopak nabízí jako nemoc obezitu i závislost na cukru, soli, kofeinu. Co se děje u zdravého člověka, který po dostatečně dlouhou dobu nadužívá nějakou látku či činnost? Jaké změny proběhnou v mozku? Co můžeme a nemůžeme ovlivnit? Čemu můžeme předejít prevencí?

Velké riziko lze vidět v nevratnosti procesu. Jakmile se člověk stane závislým, pak již není možná konzumentská, umírněná forma užívání. Na tuto okolnost bychom měli myslet, jak když si sladíme čaj, tak když sedíme u PC více než 1 hodinu nebo zvažujeme užití nějaké látky, dále když lékař předepisuje léky s rizikem vzniku závislosti nebo má benevolentní postoj ke konzumaci alkoholu a zároveň velkou autoritu u klienta. Rodiče by se pak měli snažit oddálit zkušenost s látkou či procesem do zralejšího věku dětí a zároveň jim ukázat jiné možnosti (zdravou stravu, dostatek pohybu, dostatek spánku, zajímavé aktivity, vlastní blízkost a vztah).

Závěrem lze říci, že terapie „nových“ závislostí stejně jako terapie „starých“ závislostí využívá práci s motivací, individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, nácvik relaxačních technik, zvláště u dětí a mladistvých je vhodné obohacení o rodinnou terapii, popř. spolupráci se školním psychologem či pedagogicko-psychologickou poradnou a v neposlední řadě využití svépomocných organizací. Lze předpokládat, že může být vhodná hippoterapie a cannisterapie.

Literatura

1. Young KS, „Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder.“ *CyberPsychology & Behavior* 1998; 1(3): 237–244.
2. Ko CH, Yen JY, et al. „The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature.“ *European Psychiatry* 2012; 27(1): 1–8.
3. www.adiktologie.cz.

4. Suler J. Computer and cyberspace addiction. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies* 2004; 1: 359–362.
5. Schneider JP, „Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey.“ *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention* 2000; 7(1–2): 31–58.
6. Carnes P. Out of the shadows: Understanding sexual addiction, Hazelden Publishing 2001.
7. Delmonico DL. „Cybersex: High tech sex addiction.“ *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention* 1997; 4(2): 159–167.
8. Soukup J, Papežová H. Motivační rozhovor s pacientem o změně rizikového chování. *Postgraduální medicína, suppl.*, 2006; 8(5): 17–22. Více na www.motivacnirozhovory.cz.
9. More T. Duše sexu – Péče o život jako akt lásky. *Portál*, 2012: 342.
10. Nešpor K. Uvolnění a s přehledem. *Relaxace a meditace pro moderního člověka*. Grada, Praha 1998: 96.
11. Schultz JH. Autogenní trénink (sebeovládání ke zdraví). Praha, Zdravotnické nakladatelství 1969: 24.
12. Bartošová M, Bašný Z, Merhaut B, Skarnitz L. Jóga – od staré Indie k dnešku. Praha, [Avicenum], 1971.
13. Kratochvíl S. Základy psychoterapie. Praha, Grada, 2006: 384.
14. Mitani S, Fujita M, et al. Effect of autogenic training on cardiac autonomic nervous activity in high-risk fire service workers for posttraumatic stress disorder. *J Psychosom Res*, 2006; 60(5): 439–444.
15. Ernst E, Kanji N. Autogenic training for stress and anxiety: a systemic review. *Implement Ther Med*. 2000; 8(2): 106–110.
16. Kocandová P. Alternativní přístupy při doléčování závislých na alkoholu, MU Brno, 2007.
17. Vymětal J. Lékařská psychologie. Praha, Portál 2003: 321.
18. Nešpor K, a kol. Jak přežít počítač. Kralice: Computer Media 2011: 128.
19. Nešpor K, Schenková A. Nakupování jako problém. *Oniomanie. Časopis Léč. čes.* 2010; 14 9: 429–431.
20. Nešpor K, a kol. Jak překonat hazard. Praha: Portál 2011: 159.

Článek doručen redakci: 5. 8. 2013

Článek přijat k publikaci: 9. 9. 2013

Mgr. et Mgr. Veronika Vichová
Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Praha
 Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
veronika.vichova@vfn.com
