

VYSOKÉ UČENÍ TECHNICKÉ V BRNĚ

Fakulta elektrotechniky a komunikačních technologií

Závěrečná práce doplňujícího pedagogického studia

**Psychosociální aspekty parurézy ve školním prostředí**

Brno, září 2015

Vypracoval: Bc. Jan Netopil

Vedoucí práce: PhDr. Petra Filová, Ph.D.

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá problematikou parurézy a vlivem psychosociálních aspektů na parurézu ve školním prostředí. V rámci práce je vysvětlen samotný pojem paruréza, popsány jeho projevy, prevalence a vztah parurézy k úzkostným poruchám. Pro následné vysvětlení etiopatogeneze je zde probrána základní anatomie a fyziologie močení. V práci je také popsán kognitivně behaviorální model, který parurézu vystihuje nejlépe a možné léčebné přístupy. Pro popis parurézy ve školním prostředí jsou dále vysvětleny aspekty, které mohou mít na tuto poruchu vliv. Psychosociální aspekty jsou testovány dotazníky na 198 studentech a následně je provedeno statistické vyhodnocení jejich parametrů. Po vyhodnocení je zjištěna prevalence 7% a vztah parurézy k úzkostlivosti, neuroticismu, extraverci a mírně k šikaně.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Paruréza, kognitivně behaviorální terapie parurézy, sociální konformita, třídní klima, úzkostné poruchy

## **ABSTRACT**

This thesis deals with paruresis and influence of psychosocial aspect of paruresis in school environment. The term paruresis, typical behavioral patterns, prevalence, therapy, relation between paruresis and anxiety disorders in school environment are described in the thesis. The basic physiology and anatomy of micturition are explained for subsequent explanation etiopathogenesis and there is also discussed cognitive behavioral model that best describes paruresis. The psychosocial aspects in school environment were tested on 198 students. The questionnaires covered anxiousness, neuroticism, extraversion and bullying parameters. The study found statistically significant relationship between paruresis and tested parameters. Estimated prevalence of paruresis among students was 7%.

## **KEYWORDS**

Paruresis, cognitive-behavioral therapy for paruresis, classroom climate, anxiety disorders

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

V Brně dne .....

.....

(podpis autora)

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Petře Filové, Ph.D. za účinnou metodickou, pedagogickou a odbornou pomoc a další cenné rady při zpracování mé závěrečné práce doplňujícího pedagogického studia.

V Brně dne .....

.....

(podpis autora)

# OBSAH

## Obsah

<b>Úvod</b>	<b>1</b>
<b>1 paruréza</b>	<b>2</b>
1.1 Co je paruréza.....	2
1.2 Stupeň postižení parurézou.....	3
1.3 Typické chování .....	3
1.4 Rozšíření parurézy a odlišnosti mezi pohlavím.....	4
1.5 Aspekty působící na parurézu.....	4
1.6 Vztah parurézy k úzkostným poruchám .....	6
1.6.1 Paruréza jako sociální fobie.....	6
1.6.2 Paruréza jako nezávislá psychická porucha.....	6
1.6.3 Obsedantně kompulzivní porucha (OCD).....	7
1.6.4 Souvislost s ostatními úzkostnými poruchami .....	7
<b>2 Mikční disfunkce a Kognitivně behaviorální model parurézy</b>	<b>8</b>
2.1 Anatomie a fyziologie močení.....	8
2.2 Etiopatogeneze.....	9
2.3 Kognitivně behaviorální model parurézy .....	10
<b>3 Léčba parurézy</b>	<b>13</b>
3.1 Kognitivně behaviorální terapie .....	13
3.1.1 Kognitivní složka.....	13
3.1.2 Behaviorální složka .....	14

3.1.3	Výhody a nevýhody KBT u parurézy .....	15
3.2	Podpůrné skupiny .....	15
3.3	Medikamentózní léčba.....	16
3.4	Ostatní techniky .....	17
<b>4</b>	<b>Paruréza a školní prostředí</b>	<b>19</b>
4.1	Sociální konformita .....	19
4.2	Třídní klima .....	20
4.2.1	Šikana .....	22
4.3	Úzkostné poruchy ve školním prostředí .....	23
4.3.1	Fobická úzkostná porucha .....	24
<b>5</b>	<b>Empirická část</b>	<b>26</b>
5.1	Výsledky dotazníků .....	27
<b>6</b>	<b>Závěr</b>	<b>31</b>
	<b>Literatura</b>	<b>32</b>
	<b>Seznam příloh</b>	<b>35</b>

# ÚVOD

Cílem této práce je provést literární rešerši v oblasti problematiky parurézy a psychosociálních aspektů parurézy ve školním prostředí. Dílčím cílem práce je také realizace výzkumu ohledně těchto aspektů a jejich vlivu na parurézu. Výzkum se provádí za pomoci několika vhodně navržených dotazníků předkládaných studentům středních škol. V dalším kroku je třeba získaná data statisticky vyhodnotit a zjistit, jaké aspekty mají na tento problém vliv.

Nejprve je v první kapitole představen samotný pojem paruréza – o co se jedná, jak se problém projevuje a jaké je jeho rozšíření v populaci. Dále jsou popsány aspekty ovlivňující parurézu a její vztah k úzkostným poruchám.

V následující kapitole je popsána fyziologie močení, která je nutná pro pochopení etiopatogeneze parurézy. V této kapitole se také nachází popis kognitivně behaviorálního modelu parurézy, který je v současné době považován za nejpřesnější.

Třetí kapitola popisuje možnosti léčby parurézy. Je zde popsán přístup kognitivně behaviorální terapie, který se jeví v léčbě jako nejefektivnější. Následuje popis podpůrných skupin, které v terapii hrají nezanedbatelnou roli. Jak lze k problematice přistupovat i za pomoci medikamentózní léčby a podpořit léčbu dalšími technikami je popsáno v závěru kapitoly.

Čtvrtá kapitola popisuje parurézu ve školním prostředí – vliv sociální konformity, třídního klimatu a šikany na studenty. Následně se kapitola zmiňuje o úzkostných poruchách ve školním prostředí a pojednává rovněž o fobické úzkostné poruše.

Poslední kapitolou je empirická část popisující zvolené dotazníky, vzorek studentů, na kterém byly použity, analýzu dat a dosažené výsledky.

Jelikož v České a Slovenské republice je doposud problematika parurézy téměř neznámá, práce si klade za cíl zvýšit povědomí a informovanost o tomto problému nejen u odborníků, ale také u jedinců, kteří parurézou sami trpí.

# 1 PARURÉZA

Příčinou vážných mikčních disfunkcí mohou být urologická onemocnění, jako je například zúženina močové trubice, zánět prostaty, různá zranění nebo medikace. Při správné diagnostice a terapii je ale nutné brát v potaz i poruchy psychické. Pokud je postižený schopný bez problémů močit u sebe doma a má potíže se spuštěním kdekoliv jinde, je pravděpodobné, že trpí parurézou, jinak označovanou jako stydlivý měchýř nebo psychogenní močová retence (Soifer et al., 2001). V případě, že má jedinec za obdobných podmínek problém při defekaci, hovoříme o parcopréze (Barros, 2011).

## 1.1 Co je paruréza

Paruréza, podobně jako sociální fobie, je ostych a obava být sledován nebo kritizován ostatními, v tomto případě při močení na veřejných toaletách. Psychologický konflikt, který vytváří, je vyjádřen skrze fyzický symptom nebýt schopen se vymočit vždy, když si to postižená osoba přeje. Problém nejčastěji nastává při močení na veřejných toaletách nebo v případě používání toalet u přátel nebo blízkých. Většina jedinců také považuje za velmi obtížné močit v případě, když za nimi ostatní čekají na uvolnění toalety. Méně často se pak paruréza objevuje v situacích, kdy se postižení nemohou vymočit u sebe doma v případě přítomnosti návštěvy (výskyt 15% u postižených dle Andersona, 1977). Problém s parurézou se s časem prohlubuje, strach z používání veřejných toalet se zvyšuje a stále více omezuje postiženého ve vykonávání běžných činností mimo domov. (Soifer et al., 2001)

Za parurézu nelze považovat pouze občasné zaváhání na veřejných toaletách. Paruréza je dána často dlouhotrvajícím stavem charakterizovaným výraznou váhavostí nebo naprostou neschopností se vymočit. Problém často také zasahuje a významným způsobem ovlivňuje každodenní aktivity jako je cestování, společenské události, práci a studium. Trpící jedinci také ve spojitosti s parurézou zmiňují určitý stupeň zahanbení a studu. (Vythilingum et al., 2002)



## 1.2 Stupeň postižení parurézou

Většina paruretiků popisuje potřebu určité úrovně osobní pohody, aby byli schopni se vymočit, nehledě na to, zda na veřejných toaletách nebo doma. Úroveň osobní pohody je dána faktory, jako jsou hluk, zápach, vzdálenost od ostatních, časový stres, nedostatek očividného soukromí nebo hovořící lidé na toaletách. (Soifer et. al., 2001)

Závažnost postižení parurézou se pohybuje od mírného stupně, kdy postižená osoba může močit na veřejných toaletách jen za určitých podmínek (například pokud zde nikdo není), až po závažný stupeň, kdy je schopna se vyprázdnit pouze když je sama doma. V nejtěžších případech (10% případů dle Vythilingum et al., 2002) se mohou u postižených objevit zdravotní komplikace jako je urosepse, vzniklé následkem abnormálního zadržování moče. (Brandt et al., 1994)

## 1.3 Typické chování

Chování paruretiků je podobné jako u jedinců s jinou úzkostnou poruchou. Objevuje se zde snaha vše plánovat a chovat se tak, aby následky byly co nejmenší a celý problém byl dobře zvládnutelný. Pro paruretiky je typické zadržování moči na nepřiměřeně dlouhou dobu (v některých případech i 12 hodin) a omezení příjmu tekutin, především diuretik (kofeinových a alkoholických nápojů), majících vliv na frekvenci močení. (Anderson, 1977)

Charakteristická je také snaha vyhýbat se společenským událostem, jako jsou návštěvy divadel, restaurací, koncertů a sportovních aktivit. Paruretici často omezují i cestování a to především na delší vzdálenosti. Řada postižených proto odmítá pracovní cesty a dovolené v zahraničí. Pokud se jedinci dostanou do situace, kdy musí použít veřejné toalety, vybírají si ty méně frekventované a vyhledávají pokud možno uzamykatelnou kabinku. Často mají dobře zmapované okolí svého pohybu a ví o místech, kde jim močení nebude dělat problém. (Anderson, 1977)

Paruretici mají také často dopředu připravené výmluvy. Ty jsou používány například pro vyhýbání se společenským událostem nebo přímo v situacích, kdy se mají zúčastnit močení s ostatními (například zdravotní zastávka při delší cestě autobusem). Při samotné snaze o vykonání potřeby se snaží své močení zamaskovat například spláchnutím toalety, či puštěním

vody z kohoutku. (Soifer et al., 2001)

Téměř každý paruretik také žije v domnění, že je jediný na světě, který problémem trpí. Stud, rozpaky, strach ze ztrapnění a izolace mají za následek, že nejsou schopni o problému mluvit a úspěšně hledat léčbu. Z těchto důvodů se o paruríze často nedozví ani rodina či nejbližší. Pokud se i přesto na problém přijde, často neskrývají nejbližší překvapení a sami sdělují, že si za celou dobu ničeho nevšimli. (Soifer et al., 2001)

## **1.4 Rozšíření parurízy a odlišnosti mezi pohlavím**

Existuje řada studií a článků, které popisují rozdílnou prevalenci parurízy v závislosti na kritériích, prahu a metod diagnostiky. V klíčové studii Williama a Degenhardta (1954), byla zjištěna prevalence středoškoláků 14%. Malouf a Lanyon (1985) zahrnuli do jejich studie 381 vysokoškolských studentů a odvodili prevalenci 6.5%. Kaufman (2005) na základě literární rešerše popsal prevalenci parurízy ležící v rozmezí 7 – 32%. Ve studii Hammelstein et al. (2005) bylo použito statisticky stanovené cut-off skóre pro dotazník PCL (Paruresis Checklist) s výslednou prevalencí 2,8 %.

Mnoho studií provádělo zjištění prevalence především na vybraných vzorcích mužské populace. Z hlediska odlišnosti této poruchy mezi pohlavími existuje pouze málo informací. Rees a Leach (1975) zjistili, že muži se více zaměřují na vizuální soukromí, kdežto ženám více vadí, že je při močení někdo uslyší. Při standardním měření symptomů sociální úzkostnosti mají ve většině případů vyšší skóre ženy, zatímco v poruchách močení na veřejných toaletách převažují muži (Turk et al., 1998).

## **1.5 Aspekty působící na parurízu**

V současné době se nejvíce diskutuje o vztahu mezi biologickými, psychologickými a sociálními aspekty ovlivňujícími průběh a vznik parurízy.

Biologický aspekt parurízy se primárně zabývá biologickými, biochemickými a fyziologickými procesy. V diagnostice je třeba pomýšlet na neurogení dysfunkce dolních močových cest (zejména roztroušenou sklerózu) a organická onemocnění dolních močových cest ve smyslu striktury uretry, chlopni zadní uretry a non-neurogení lissosfinkterické

dyssynergie (Krhut et al., 2005). Dále připadá v úvahu i genetická souvislost. Pro předpoklad, že určití lidé mohou mít genetické predispozice pro tuto poruchu, svědčí tendence větší četnosti výskytu (16%) v jednotlivých rodinách, kde se porucha již někdy vyskytla (Vythilingum et al., 2002) (Soifer et al., 2001).

Psychologický aspekt je obecně zaměřen na celoživotní postoje, myšlení, emoce, chování a zkušenosti ovlivňujících močení. Mimo jiné sleduje postoje lidí k močení („Lidé si o mně budou myslet něco špatného, když mě uslyší“), otevřenost diskutovat o problému („Moje rodina mě odmítne, pokud jí o tom řeknu“), podmínky pro vznik problému s močením a studuje metody působící na tyto oblasti, obvykle skrze psychoterapii. Psychologický pohled se dále dělí na podkategorie psychodynamické, kognitivní a behaviorální (více viz kognitivně behaviorální model), systémové, existenciálně humanistické a environmentální. (Soifer et al., 2001)

Sociální aspekt popisuje sociální, kulturní vliv a hodnoty společnosti na tuto problematiku. V rámci sociálního aspektu lze uvést několik pohledů. Mezidruhový pohled porovnává společné lidské znaky se zvířecími. Obecně savci jsou naučeni, že existují bezpečná místa a vhodný čas pro močení. Na místech, která za bezpečná nepovažují, nemočí, což ve výsledku může způsobit podobný blok jako je u lidí paruréza (pes se naučí nemočit uvnitř budov – blok močení). Pohled kulturní zase zdůrazňuje kulturní odlišnosti. To co je v určité společnosti považováno za normální, je ve druhé tabu. Například Asiaté mají odlišné zvyky při močení než Američané. Prevalence tedy může být mezi národy různá. Pohled náboženský zase popisuje rozdílné hodnoty, morálku a vliv komunikace v náboženství na parurézu. (Soifer et al., 2001)

Kombinací těchto tří aspektů dostáváme tzv. biopsychosociální pohled. Aplikaci modelu lze uvést na následujícím příkladu.

Mike, který trpí parurézou, vyrůstal ve skromném rodinném prostředí a byl vychováván k tomu, že slušní hoši nemočí před ostatními lidmi (sociální aspekt). Později v dospělosti, kdy zažil bolestivou zkušenost, že se nemůže vymočit na veřejných toaletách (psychologický aspekt), se začal bát o svoji schopnost se normálně vymočit (psychologický aspekt). Následkem toho byl jeho nervový systém na veřejných toaletách tak aktivován, že vykonání potřeby bylo téměř nemožné (biologický aspekt). Zklamán ze sebe, že není schopen se vymočit (psychologický aspekt), vyhýbal se společenským aktivitám, díky nimž by se mohl

vzdálit od svého domova – bezpečné toalety (sociální aspekt). (Soifer et al., 2001)

## **1.6 Vztah parurézy k úzkostným poruchám**

Vztah mezi parurézou a dalšími úzkostnými poruchami zůstává nejasný. Existuje více hypotéz. V jedné z nich se předpokládá, že paruréza je typ sociální fobie (Kessler et al., 1998). Další hypotéza popisuje, že paruréza má podobné znaky jako sociální fobie, ale odlišuje se projevem, léčbou a dalšími okolnostmi (Hammelstein a Soifer, 2006). Paruréza může mít také vztah k obsedantně-kompulzivní poruše (Soifer et al., 2001).

### **1.6.1 Paruréza jako sociální fobie**

Paruréza je často označována za druh sociální fobie. Tento pohled vychází z toho, že je problém spouštěn v situacích, kde jsou či mohou být přítomni ostatní lidé. O jedincích s parurézou je známo, že mají úzkostné znaky, vyhýbají se situacím, stydí se za svůj zevnějšek a mají strach z negativního hodnocení. Dle Vythilingum et al. (2002) je paruréza forma silné úzkosti jako u sociální fobie a tento pohled je podpořen i empirickou studií, kde byla zjištěna odlišnost v úzkostnosti mezi paruretiky a jedinci, kteří chorobu nemají (Malouff a Lanyon, 1985).

### **1.6.2 Paruréza jako nezávislá psychická porucha**

Pro nezávislost parurézy svědčí neúplný překryv s ostatními sociálními úzkostnými poruchami, nezávislé symptomy parurézy a rozdílný léčebný přístup. Současný výskyt parurézy a sociálních úzkostných poruch je nedostatečný, v poslední studii Hammelsteina a Sofiera (2006) vychází okolo 25%, což je podobné jako u studie Vythilingum et al. (2002) – 28,6%. Navíc polovina jedinců s parurézou nemají žádné náznaky jiných poruch. Řada paruretiků také popírá jakýkoliv strach během močení před ostatními. Dle studie Heimberg et al. (1993) je úzkost spjatá s používáním veřejných toalet jen velmi málo podobná k ostatním úzkostným symptomům. Hypotéza byla také potvrzena nevýraznou korelací mezi parurézou a sociálně úzkostnými symptomy mezi paruretiky a jedinci s negeneralizovanou sociální fobií (Hammelstein a Soifer, 2006). Paruréza též neodpovídá výrazně na léčbu pomocí inhibitorů monoamin oxidázy, jako je tomu zvykem u sociálních fobií (Hatterer et al., 1990).

### **1.6.3 Obsedantně kompulzivní porucha (OCD)**

Dle Krhut et al. (2005) je možno na parurézu pohlížet i jako na obsedantně kompulzivní poruchu (*obsessive-compulsive disorders*, OCD). OCD se projevuje nutkavými myšlenkami a představami – obsesemi a opakujícím se jednáním – kompulzemi. Obsese je většinou složité kontrolovat a způsobují úzkost, zatímco kompulze jsou prováděny z toho důvodu, aby zmírnili obsese a doprovázející úzkost. Velká část obsesí jsou takové, které se vztahují k nadměrnému strachu ze špíny a infekce. Lidé s tímto typem OCD se obvykle vyhýbají místům, které by mohly být znečištěné. Těmito místy bývají i veřejné toalety. Znečištění vzniklé z močení jiných lidí bývá v představách postižených velmi ohrožující. Tedy hlavní problém vyhýbání se a močení na veřejných toaletách je strach z onemocnění, které mohou jedinci dostat z nečistých veřejných toalet (klik od dveří, záchodových prkének, kohoutků u umyvadel atd.) (Soifer et al., 2001).

### **1.6.4 Souvislost s ostatními úzkostnými poruchami**

Lidé trpící agorafobií mohou mít také strach z návštěv veřejných toalet. Hlavním důvodem obav je nemožnost dostatečně rychle opustit místnost, v případě potřeby pomoci. Jedinci s panickými atakami pak mají strach z toho, že nebudou moci uniknout z toalet na bezpečné místo. V případě klaustrofobií se stávají problémem malé místnosti/kabinky a přeplněnost veřejných toalet. Někteří lidé mohou mít také problém s používáním veřejných toalet z důvodu strachu z kriminality (zvláště ti, kteří se už dříve s kriminalitou setkali). Zmíněné úzkostné poruchy většinou nemají přímý dopad na močení, ale způsobí, podobně jako paruréza, úzkost a vyhýbání se veřejným toaletám (Soifer et al., 2001).

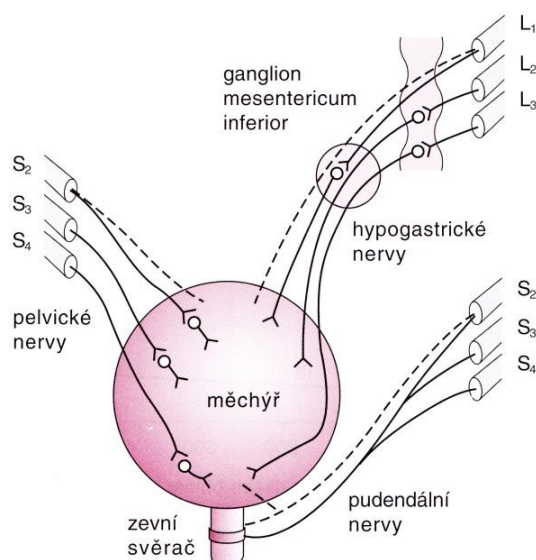
S parurézou se často pojí i další psychické potíže. Téměř polovina jedinců sdělila, že trpí nejméně ještě další psychickou poruchou. K takovým poruchám dle Vythilingum et al. (2002) patří sociální úzkost (28%), deprese (22,2%), problém s alkoholem (14,3%) a OCD (4,8%).

## 2 MIKČNÍ DISFUNKCE A KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ MODEL PARURÉZY

Pro pochopení principu vzniku mikční disfunkce, jakožto hlavního projevu parurézy, bude nejdříve stručně probrána anatomie močového systému a fyziologie močení.

### 2.1 Anatomie a fyziologie močení

Moč vzniká v ledvinách, přesněji v ledvinové pánvičce, a je odváděna pomocí dvou močovodů ústících do spodiny močového měchýře. Močový měchýř je tvořen uvnitř sliznicí (ploché a kuboidální buňky), podslizničním vazivem a hladkou svalovinou, která je uspořádána do tří nepřesně ohraničených vrstev – vnitřní síťové, střední cirkulární a zevní podélné vrstvy a tvoří sval zvaný *musculus detrusor*. Některá svalová vlákna přechází na obě strany uretry a tvoří vnitřní uretrální svěrač (Páč, 2007). Dále se v průběhu uretry nachází zevní uretrální svěrač tvořený kosterním svalstvem. Inervace močového měchýře tvořena pelvickými, hypogastrickými a pudendálními nervy je zobrazena na obrázku 2.1 (Ganong, 2005).



Obr. 2.1: Inervace měchýře. Přerušované čáry znázorňují senzorické nervy. Parasymptická inervace je znázorněna vlevo, sympatická nahoře vpravo a somatická dole vpravo.

Močení je v podstatě míšň reflex usnadňovaný a tlumený vyššími mozkovými centry a podléhá volní facilitaci a inhibici. První nucení na močení bývá při objemu kolem 150 ml, velký pocit plnosti se pak dostavuje při náplni kolem 400 ml. (Ganong, 2005)

Při močení jsou perineální svaly a zevní uretrální svěrač relaxovány, detrusor se kontrahuje a moč vytéká ven z uretry. Mechanismy, jimiž se zahazuje volní mikce, nejsou přesně známy. Iniciujícím aktem může být relaxace svalstva pánevního dna, což způsobí tah směrem dolů na detrusor a vyvolá jeho kontrakci. Jak perineální sval, tak zevní svěrač mohou být staženy volně, čímž lze zabránit toku moči uretrou a přerušit tok již započatý (Ganong, 2005).

## **2.2 Etiopatogeneze**

V případě že se pokouší paruretici močit na veřejných toaletách mohou na sobě pozorovat fyzické symptomy, které jsou spouštěny sympatickým nervovým systémem. Patří k nim například zvýšený srdeční tep, zvýšená frekvence dýchání, pocení, slinění, červenání. Aktivace sympatiku má za účel chránit paruretiky před „hrozbou“ na veřejných toaletách a nedovolit jim močit, dokud nebudou na bezpečném místě (Soifer et al., 2001).

Mikční disfunkci lze pak z hlediska etiopatogeneze popsat pomocí teorie Blaivasova. Při psychickém stresu, který nastává na veřejných toaletách, dochází k již zmíněné mohutné stimulaci sympatiku. To vede k současnému podráždění beta-adrenergických receptorů způsobujících relaxaci detrusoru a alfa-adrenergických receptorů způsobujících kontrakci hladké svaloviny hrdla močového měchýře (vnitřního uretrálního svěrače). Výsledkem relaxovaného detrusoru a kontrahovaného vnitřního uretrálního svěrače je pak výrazná retardace startu, slabý proud, nedokonalá evakuace, či úplná retence moče. (Krhut et al., 2005)

## 2.3 Kognitivně behaviorální model parurézy

Mnoho expertů se domnívá, že při úvaze behaviorálního hlediska k paruréze by neměla být ignorována role myšlení. Tento pohled vedl ke vzniku kognitivně behaviorálního modelu, který se zabývá studiem procesů učení a věnuje pozornost poznávacím procesům, a to především myšlení. Kognitivně behaviorální model je při popisu parurézy považován za nejpřesnější. Při vzniku a udržování strachu zde hraje roli tzv. kognitivní fenomén (Clum a Knowles, 1991). Typická léčba dle modelu zahrnuje práci s klientem za účelem zpochybnění a změny zkresleného vnímání (například změna myšlení na veřejných toaletách z „Všichni se zajímají proč tady stojím a nemočím“ na „Nikdo se nezajímá, jestli močím“) a systematickou desenzitizaci (Soifer et al., 2001).

Jak se většina studií shoduje, je zpravidla obtížné určit počátek problémů. V úzkostných poruchách mohou hrát významnou roli posmívání a šikana (Rapee a Spence, 2004) a objevuje se možnost, že se uplatňuje i výchova rodičů (Hudson and Rapee, 2001).

Na udržování parurézy se podílí rozdílné mechanismy, které spolu mohou souviset. Paruretici mívají pocit, že je budou ostatní kriticky hodnotit a to častěji, než je reálně možné. Navíc závažnost, smysl a pravděpodobnost negativního hodnocení u nich bývají poměrně nadhodnoceny (Foa et al., 1996). Jedinci mohou jednat v rozporu s jejich stávajícím přesvědčením a to vlivem pokračujícího chování, jejímž důsledkem je vyhýbání se situacím a navození zdánlivé bezpečnosti. Vlivem toho zamezí možnosti tréninku močení a získání nových zkušeností v různých prostředích. Nemají tedy možnost si zažít případný stav úspěchu, který by jim pomohl při překonávání poruchy (Boschen, 2008).

Podobně, jako u jiných sociálních úzkostných poruch, paruretici mají tendenci interpretovat podmínky dvojznačně a to ve smyslu negativního hodnocení. Podmětem může být například ticho člověka čekajícího na uvolnění toalety, což paruretik vyhodnotí tak, že se ho druhý snaží poslouchat. Jakýkoliv nevinný komentář ze strany osoby, která s ním používá toaletu, může být z jeho strany vyloženo jako výsměch či pohrdání. (Boschen, 2008)

K udržování symptomů také přispívá nerealistické vnitřní přesvědčení o tom, jak má vypadat ideální močení. Většina zdravých jedinců si na veřejných toaletách neuvědomuje a nepřikládá důraz případnému krátkému zaváhání. Naproti tomu paruretici mají očekávání, že musí před ostatními začít močit dostatečně rychle, nepřerušovaně, perfektně, což v důsledku



způsobí ještě větší úzkost. Typické jsou také obavy pro zrakové či sluchové soukromí způsobí, o kterém se postižený opakovaně před močením ujišťuje. (Middlemist et al., 1976)

Méně často se mohou objevit zkreslující představy ohledně fyzického vzhledu. Muži jsou u pisoárů v situaci, kde jsou jejich intimní partie obvykle viditelné ostatním a v případě, že je považují za nedostatečné, navozuje to u nich pochopitelnou úzkost. (Boschen, 2008)

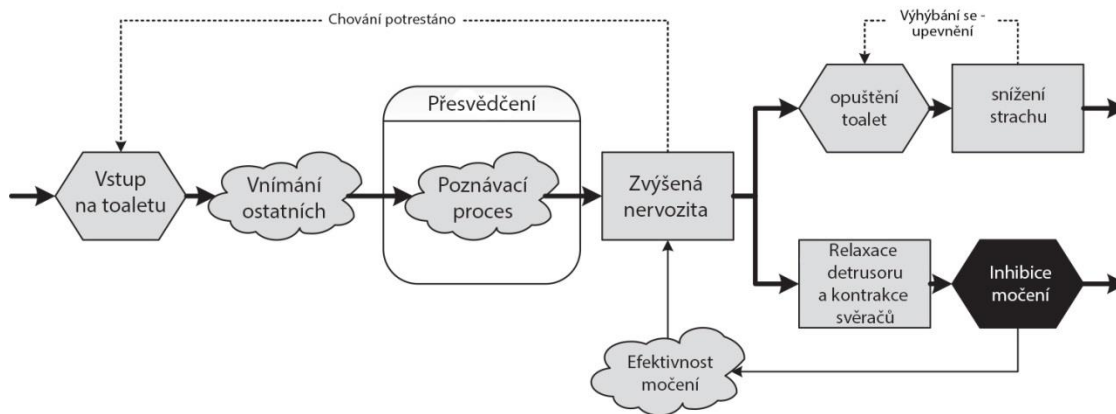
Další specifický rysem je, že pokud se osoba trpící parurézou pokouší močit v pro ni náročné situaci, jakýkoliv výsledek močení na ni přitahuje pozornost. V případě že se jí nepodaří vymočit, všimnou si toho ostatní. Pokud se pokus zadaří, vytvoří to zrakový, zvukový a čichový podnět, který opět budou pozorovat ostatní. Jakýkoliv výsledek tedy v důsledku upozorňuje na prováděnou činnost. Tato obava z kontroly tělesných příznaků, které nejsou pod kompletním vědomím ovládnutím, je podobná situacím jako je červenání, nadměrné pocení a emetofobie. (Marks a Gelder, 1966)

Díky předchozím neúspěšným pokusům na veřejných toaletách paruretici nabývají přesvědčení, že nebudou schopni močit na těchto místech ani v budoucnu. Takový předpoklad sám o sobě způsobí, že se při pokusech objeví úzkost a neúspěch. (Scholing a Emmelkamp, 1999)

Když se jedinci se sociální fobií objeví ve společnosti v různých situacích, jejich pozornost je stále víc zaměřena na jejich vzhled, vystupování, chování a prožívání. Diskutuje se o tom, že je to podobný stav, který se vyskytuje u parurézy. V důsledku toho je pro ně zavržen fakt, že ostatní lidé jim na toaletách žádnou pozornost nevěnují a dochází k již zmíněné neschopnosti relaxace uretrální svěrače společně s relaxací detrusoru a zahájení močení. Přecitlivělost ke skutečným a vnímaným hodnocením od ostatních zvyšuje šance, že se hodnocení uloží do dlouhodobé paměti, aby bylo pak zpětně vybaveno. (Clark a Manus, 2002)

Modely u jiných úzkostných poruch zdůrazňují zkreslení při zpracování informačních procesů po proběhlých událostech. U parurézy se navrhuje podobný proces. Jednotlivci se mohou zabývat vzpomínkami na neúspěšné pokusy při močení na veřejných toaletách nebo náznaky negativního hodnocení a tyto události neúmyslně zkreslovat. (Clark a Manus, 2002)

Názorná ukázka modelu parurézy je na obrázku 2.2. Tento diagram může pomoci klinikům a jedincům s parurézou pochopit tuto poruchu a usnadnit výběr a posouzení intervenčních metod. (Boschen, 2008)



Obr. 2.2: Jedinec vstupující na toaletu si je vědom ostatních lidí. Díky svému přesvědčení a dřívějším zkušenostem se u něj projeví zvýšená nervozita, která ho nutí místnost opustit. Při opuštění toalet se strach sníží a upevňuje se vyhýbavé chování. V případě že jedinec na toaletách zůstává, dochází k inhibici močení, což způsobí ještě vyšší nervozitu a úzkost. Zvýšená nervozita a úzkost je zároveň trestem toho, že paruretik veřejnou toaletu navštívil.

## 3 LÉČBA PARURÉZY

Existuje řada léčebných přístupů, které se ukázaly být při léčbě alespoň z části efektivní. Úspěch přístupu závisí na řadě faktorů, známých i neznámých, a každý přístup má své nevýhody a může být spojen s určitými riziky. Jako nejúspěšnější se při léčbě jeví kognitivně behaviorální terapie (KBT). Ještě před započítím psychologické léčby je nutné vyloučit některá onemocnění a funkční vady močového ústrojí (např. zánět prostaty, striktura uretry). Z toho důvodu je vhodné, aby paruretik navštívil odborného lékaře. (Soifer et al. 2015)

### 3.1 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapii lze při léčbě parurézy rozdělit na dvě složky, kognitivní a behaviorální.

#### 3.1.1 Kognitivní složka

Kognitivní složka léčby se věnuje změně zkresleného myšlení. Snaží se nalézt a nahradit myšlení podporující strach, neracionální přesvědčení reálnějšími a účelnými představami. Základní představa je tedy taková aby jedinec identifikoval a změnil myšlení, které přispívá k rozvíjení a udržování úzkostlivosti a problému a našel správné a realistické přesvědčení o celé situaci. V případě parurézy se může kognitivní složka skládat z několika následujících kroků. (Olmert, 2008)

Prvním krokem je vybavení si bezděčných myšlenek. Jsou to myšlenky, které se objevují přirozeně a obvykle spontánně. Paruretici si představují a navštěvují konkrétní situace a problematická místa kde se snaží močit a dané myšlenky si uvědomují a zapisují. Druhým krokem je identifikace skrytých iracionálních přesvědčení. Postižení hledají určité spojení mezi myšlenkami a vyvolanými pocity a to opět v problematických situacích na toaletách. Následně si uvědomují vliv jejich špatného nelogického přesvědčení na jejich chování. Jejich zkreslená přesvědčení mohou například vycházet z emocionálního uvažování („Pokud budu nervózní, můj projev bude hrozný“), generalizace problému („V případě že selžu, stane se to tak vždy“), předvídání budoucnosti („Určitě se zítra na večírku nebudu moci vymočit“) nebo ze schopnosti předvídat, co si myslí ostatní („Musí si o mně myslet, že jsem

divný, když na toaletách trávím tolik času“). Následuje krok zpochybnění těchto představ například pomocí dvou typů otázek. Prvním typem může být uvědomění si pravděpodobnosti a všech dalších možností, které mohou nastat. Druhý typem je nejhorší možný scénář situace, možnosti řešení a jeho vliv do budoucna. Posledním krokem je nahrazení zkreslených představ racionálními, reálnými a pozitivnějšími alternativami. (Cook, 2006)

### **3.1.2 Behaviorální složka**

Behaviorální složka je založena na systematické desenzitizaci, jinak také nazývané expozičně gradující terapii. Tento koncept zahrnuje stupňující se a opakující pokusy při pokusech močit v přítomnosti ostatních. Před začátkem terapie je nutné si uvědomit některé skutečnosti (Soifer et al., 2001).

Zvýšený příjem tekutin je klíčovým krokem v terapii, protože v jejím průběhu je třeba několik pokusů o močení. Pro některé paruretiky to může být poněkud děsivé, jelikož jsou zvyklí příjem tekutin striktně omezovat. Je přitom důležité pít pouze tak, aby nutkání na močení odpovídalo individuálně osobě, která terapii podstupuje. Většina lidí je úspěšnějších, pokud mají velké nutkání, ale někteří mají při tomto stavu se spuštěním problém a vyhovuje jim menší nutkání. Je vhodné mít také záložní plán, v případě, že se nejsou postižení schopni během terapie močit vůbec a to v ojedinělých případech i když se vrátí k sobě domů. Řešením může být katetrizace močového měchýře. Během terapie by neměl být v pozadí žádný hluk (tekoucí voda, puštěná televize nebo rádio). Po terapii by měla následovat nějaká odměna (jídlo, procházka, masáž noh atd.). (Soifer et al., 2001)

Terapie by měla probíhat za dohledu terapeuta. V určitých případech lze využít i rodinných příslušníků, kamarádů, či lidí z podpůrných skupin. Terapeut nebo partner by neměl být paruretik. Při terapii se uplatňuje stupnice, která je unikátní pro každého paruretika. Používá se škála od 0 do 10, kde 0 znamená prostředí, či situaci odpovídající bezproblémovému močení (například, když je postižený sám doma) a 10, kdy je močení téměř nemožné (přeplněná veřejná toaleta, kdy ostatní čekají na uvolnění kabinky nebo pisoáru). Pro nutkání na močení lze také použít stupnici od 0 do 10 a zjišťovat, kdy je daný jedinec nejúspěšnější. Pro mnoho lidí je vhodné začínat s expozicí na soukromé toaletě. Trénink začíná tím, že si terapeut nebo partner stoupne od toalety tak daleko, aby mohl být paruretik úspěšný (0 na škále). Pro někoho to může být místo za zavřenými dveřmi toalety,

v extrémních případech musí terapeut opustit budovu. Zvolené místo je vždy v rukou paruretika. Při stupňujících se expozicích se používá následující pravidlo. Pokud je postižený schopný začít močit, močí tři vteřiny, aby mohla následovat další expozice. Následuje opuštění toalety, setkání se s terapeutem a další pokus následuje za tři minuty. Pokud je se spuštěním problém, vytrvá se dvě minuty a pak následuje pauza na tři minuty. Terapeut se přesune zpět na stupnici na místo, kde byl paruretik schopný močit a pokus se opakuje. Po dvou úspěšných pokusech se opět posouvá na místo, kde byl poslední pokus neúspěšný. Po několika úspěšných sezeních se paruretik přesouvá na veřejné toalety a provádí zde další expozice. (Olmert, 2008) (Soifer et al., 2001)

### **3.1.3 Výhody a nevýhody KBT u parurézy**

Terapie může být relativně krátká, obvykle zahrnuje 6 až 10 návštěv terapeuta následovaných periodami samostatné práce a jednou nebo dvěma následujícími návštěvami. Tato léčba může dlouhodobě změnit chování a myšlení osoby bez nutnosti brát delší dobu medikaci. V případě zkušeného terapeuta a správně poučeného pacienta může být velmi úspěšná. (IPA, © 1996-2015)

Nevýhodou této terapie je poměrně vysoká cena. Vztah mezi pacientem a doktorem je pro úspěšnost metody stěžejní a někdy je nutné během léčby měnit terapeuta. Podmínkou terapie je také velké odhodlání a trpělivost paruretiků. KBT většinou neposkytuje komplexní přístup k danému problému. Někteří pacienti potřebují další návštěvy a u některých je to velmi dlouhodobá záležitost. Úspěšnost výrazného zlepšení symptomu se pohybuje okolo 80%. (IPA, © 1996-2015)

## **3.2 Podpůrné skupiny**

Podpůrné skupiny mohou být pro paruretiky neocenitelným zdrojem podpory, útěchy a jistoty. Jelikož jedinci o paruréze nemluví a snaží se problémy skrývat před ostatními, kteří parurézou netrpí, je sdílení s ostatními velice přínosné. Lidé, kteří rozumí stejnému problému, žijí s parurézou a mají s ní zkušenosti, mohou být obrovskou pomocí při zdolávání této fobie. Sdílení názorů a zkušeností v podpůrných skupinách podporují správné pochopení parurézy. Leckdy nováček od ostatních poprvé získá informace, že problémem netrpí sám, že není blázen, slaboch, či méněcenný. V podpůrných skupinách se také často diskutují úspěchy a

neúspěchy léčby a provádí se systematická desenzitizace. Je to tedy navíc vhodná volba po terapii KBT, po které jedinec trénuje sám, může vše konzultovat zdarma s ostatními a směřuje k vyléčení nebo udržení příznivého stavu. (IPA, © 1996-2015)

V současné době existuje po celém světě mnoho podpůrných skupin a to především v USA, Anglii a Německu. V České republice funguje podpůrná skupina v Brně a to pomocí internetového fóra a pravidelných srazů pořádaných po celém Jihomoravském kraji. (Netopil, 2015).

### **3.3 Medikamentózní léčba**

Samotná medikamentózní léčba u parurézy většinou nepřináší uspokojivé výsledky a používá se v některých případech spíše jako doplnění psychologické léčby. Medikamenty, které je možné k léčbě použít, lze rozdělit do skupiny anxiolytik, zmírňujících úzkosti a deprese a urologických medikamentů, působících na močový měchýř a svěrače skrz autonomní nervový systém. (IPA, © 1996-2015)

Z anxiolytik jsou z důvodu pozorovatelného přínosu a malého rizika preferována antidepressiva skupiny selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Dalším lékem volby mohou být inhibitory monoamin oxidázy (MAO). MAO sebou ale nesou větší rizika než SSRI a vyžadují přísný dietní režim. Omezeně lze využít i sedativa jako jsou benzodiazepiny a barbituráty. (IPA, © 1996-2015)

Do skupiny urologických medikamentů, používaných při léčbě parurézy, lze zařadit alfa-adrenergní blokátory, bethanechol chloridy a případně i diuretika jako je furosemid. Alfa-adrenergní blokátory působí na relaxaci hladkých svalů v prostatě a hrdla močového měchýře a tím usnadňují paruretikům močení. Běžně se používají i při léčbě benigní hypertrofie prostaty. Bethanechol chlorid je parasymptický stimulant, který zvyšuje kontrakci svalů močového měchýře a v důsledku i nutkání na močení. Diuretika se používají pro zvýšení produkce moči a usnadnění častějších expozic. (IPA, © 1996-2015)

Vliv na parurézu může mít i alkohol, který může příznaky zmírnit a navíc má diuretické vlastnosti. Vzhledem k možným rizikům není při provádění expozic doporučovaný. V léčbě mohou najít uplatnění i některé přírodní preparáty jako je saw palmetto, kava-kava a třezalka tečkovaná. (IPA, © 1996-2015)

### 3.4 Ostatní techniky

U některých paruretiků se zdá být úspěšná technika zadržování dechu. Při provádění techniky se na delší dobu zadrží dech (20 – 50 vteřin), následkem toho dojde ke zvýšení koncentrace oxidu uhličitého v krvi, což způsobí zmírnění úzkosti a vyvolání relaxace svalstva a snadné spuštění močení. Technika byla popsána terapeutem Monroe Weilem a fungovala již u řady případů (Monroe, 2001).

Při léčbě mohou najít uplatnění i některé relaxační techniky. K jedné z nich patří aplikovaná relaxační terapie navržená Ostem (1987). Metoda učí v několika krocích správné relaxaci a ukázala se být úspěšná při léčbě mnoha úzkostných stavů. Může být vhodným doplňkem při systematické desenzitizaci u parurézy i parcoprézy. První krok zahrnuje uvědomění si prvotních příznaků úzkosti spojených s močením. Prvotní příznaky pak slouží jako signál k počátku relaxace pánevního svalstva a svěračů. V druhém kroku se jedinec učí střídavým zatínáním a relaxováním svalových skupin rozeznat rozdíl mezi svalovým napětím a relaxací. Ve třetím kroku se snaží vynecháním fáze zatínání celý proces urychlit a cíl je kladen na uvolnění několika skupin zároveň. Čtvrtý krok je zaměřen na rychlou podmíněnou relaxaci celého těla za pomoci instrukce „relaxuji“ a v následujícím kroku se tato instrukce nahradí myšlenkami, které spouštějí úzkostné stavy. Výsledkem tedy je, že myšlenky vyvolají relaxační stav. V posledním kroku se tyto naučené schopnosti relaxovat aplikují na veřejných toaletách.

Jako úspěšná se jevila i metoda založená na jednoduchém podmiňování. Jedinci byla podána instrukce, že si má spojit s močením určité slovo, a to u sebe doma na toaletě. Následně bylo toto slovo používáno pro vyvolání močení na ne příliš obtížných místech a po zdárných pokusech i v náročnějších situacích. Terapie skončila v bodě, kdy byl jedinec schopný se vymočit v případě, kdy ostatní čekali v řadě na uvolnění toalety. Výsledkem terapie bylo v různých situacích i výrazné zkrácení doby začátku močení oproti stavu před léčbou. (Watson a Freeland, 1999)

K dočasnému řešení těžších případů parurézy může posloužit technika katetrizace, při které se zavádí sterilní katétr (cévka) močovou trubicí do močového měchýře. Někdy bývá katetrizace jedinou možností, jak si paruretik dokáže s jistotou vyprázdnit močový měchýř. Katetrizaci lze použít jako záchrannou metodu při expoziční terapii, kdy může dojít k úplnému psychickému bloku močení. Lze ji také využít v případě, kdy porucha znemožňuje cestovat

paruretikovi na delší vzdálenosti. Katetrizaci si mohou sami provádět jen fyzicky zdraví jedinci, bez poranění, striktur a infekcí močové trubice a měchýře. Z toho důvodu je nutné provést potřebná vyšetření a následné zaškolení urologem. (Soifer, 2001).



## 4 PARURÉZA A ŠKOLNÍ PROSTŘEDÍ

Paruréza může mít ve školním prostředí výraznější dopad na studenta. Stává se pro něho přítěží například tehdy, kdy se snaží zapadnout do kolektivu a získat si v něm určitý sociální status. Neustálé přemýšlení nad strachem z močení a plánování znesnadňuje koncentraci na práci a může se projevit zhoršením prospěchu. Samotná paruréza může být ovlivněna řadou faktorů. Krátké přestávky, rušné toalety a případná šikana způsobují jedinci prohloubení problému a v krajním případě i znemožní normálně studovat.

### 4.1 Sociální konformita

Jako všichni ostatní mají i paruretiци potřebu získat nějaké sociální zázemí, což vede k tendenci stát se členem skupiny, která poskytuje pocit opory a sounáležitosti. Ztotožnění se skupinou, která má potřebnou prestiž a moc, dodává jedinci jistotu a zvyšuje sebevědomí. Pro zapadnutí do určité sociální skupiny musí jedinec vykazovat určité znaky konformního chování. (Vágnerová, 2005)

Sociální konformitou se rozumí tendence přizpůsobit se, nebo se řídit převažujícími dominantními názory, požadavky či normami skupiny nebo společnosti. Ve škole je její význam důležitý a bez ní by nemohla řádně fungovat. Konformita je zde formální (dodržování školního řádu), nebo neformální (dodržování nepsaných hodnot). (Fontana, 2010)

Konformitou a nonkonformitou se zabývala řada psychologů. Poměrně dávno zkoumal Ach (1955), jak jsou lidé ochotni změnit svůj názor pod tlakem skupiny. V pokusu se ukázalo, že velká část účastníků byla ochotna v zájmu konformity jednat v rozporu se svým smyslovým poznáním. Tedy, že se jedinci neradi staví proti někomu jinému, i když jsou hluboce přesvědčeni, že mají pravdu. Milgram (1974) prováděl testy, jak daleko je člověk, který dostává příkazy od nositele autority, ochoten pokračovat v působení bolesti a tělesné újmy druhému. Výsledky byly znepokojující a ukazovaly pohotovost, s níž jsme ochotni se vzdát svého úsudku na rozkaz autority. (Fontana, 2010)

Ve škole je zvláště patrná stránka konformity, při které je vyvíjen tlak na jedince ze strany jeho vrstevníků. V dospívání bývají děti často ovlivňovány tím, co dělají ostatní v jejich věku, mají velkou potřebu patřit do skupiny a být přijímány. Skupina často vytváří svůj

zvláštní styl chování, který je nutno zachovávat jako znak členství. Hargreaves (1967) a Lacey (1970) zkoumali postojové proudy ve škole. Pokud se v proudu, který se vyznačoval konformitou ke škole, objevil někdo, kdo se stavěl proti systému, byl černou ovčí. V opačném případě to dopadalo obdobně. (Fontana, 2010)

Konformisté jsou převážně jedinci, kteří se tlaku skupiny konformně podrobují, bývají nejistí, s nižším sebevědomím a často se strnulým a netolerantním postojem. Naproti tomu nonkonformisté, kteří se při nesouhlasu se skupinou proti skupinovému tlaku postaví, bývají sebejistí, nezávislí a s vysokým sebevědomím. (Fontana, 2010)

Paruretik svým chováním (vyhýbáním se společenským událostem, močením o samotě atd.) a úzkostlivějším prožíváním může ze skupiny vybočovat a projevovat určitou nonkonformitu, která může být pozorovatelná ostatními. Nonkonformita je zde neúčelná a v případě, že se snaží jedinec maximálně zapadnout do skupiny a vyjadřovat konformní chování, je také nežádoucí a velice stresující. Paruretik může nabýt dojmu, že je jiný, něčím zvláštní a že ho přes svůj problém a podivné chování skupina nemusí přijmout. To vše vytváří na jedince tlak a celý problém zhoršuje.

## 4.2 Třídní klima

Školní třída představuje skupinu, která má určitou vnitřní strukturu, je hierarchizovaná a vzájemné vztahy mezi jejími členy jsou spojeny s mocenským působením, ovládnutím i ovlivňováním druhých, v krajním případě i jejich izolováním či terorizováním. Každá třída má svou atmosféru, která může ovlivňovat pocity pohody jejích jednotlivých členů pozitivně i negativně. Studenti ve třídě zaujímají určité postavení, očekávají se od nich stejné kompetence a podobné chování, s určitou tendencí odmítání projevů, které tomuto požadavku neodpovídají. Podobnost přináší výhodu jednoznačnosti a srozumitelnosti, a tím i potvrzení jistoty. Kdo se něčím liší, bývá ostatními odmítán. Třída dovede vystupovat jako celek, který má určitou autoritu a schopnost vyjadřovat společné postoje. Hlavním smyslem takového jednání je potvrzení kompetencí a významu skupiny, jejíž síla a moc je větší než možnosti jedince. (Vágnerová, 2005)

Třída vyžaduje od svých členů loajalitu a konformitu a za to jim poskytuje pocit jistoty, sounáležitosti a větší prestiže. Tento požadavek může posilovat různé projevy chování,

pozitivní i negativní, solidaritu, ale i odmítání, eventuálně až izolaci či šikanování odlišných dětí. (Vágnerová, 2005)

Ve skupině se může projevit tendence ke značkování spolužáků, které slouží ke snadnější orientaci a nemusí být zcela adekvátní. V případě že jej jedinec něčím nápadný, může se určité hodnocení zafixovat a pak je těžké jej měnit. Tento trend se může objevit i při značkování paruretiků („Ten je divný, nechodí s námi močit a zavírá se do kabinky“). (Vágnerová, 2005)

Na získání přijatelné pozice ve třídě mají vliv dva faktory. Míra sympatie, oblíbenosti je dána prosociálním chováním a projevovanými pozitivními emocemi. Sympatie závisí na sociálních kompetencích jedince, jako je otevřenost, přátelskost, schopnost empatie, vyjádření solidarity, pomoci a opory, důraz na sdílení různých zážitků, pozitivní ladění a smysl pro humor. Druhým faktorem je pozitivní hodnocení a míra prestiže, která záleží na různých kompetencích, jako je odvaha a sebedůvěra, fyzická síla a obratnost, vzhledová atraktivita, vlastnictví. (Vágnerová, 2005)

Podle míry prestiže a oblíbenosti se třída vnitřně diferencuje a jednotliví členové zde získávají určité postavení. V hierarchii skupiny lze rozlišit pozice neformálního vůdce s vysokým hodnocením, prestiží a vlivem, který se stává vzorem skupiny, nebo dokáže ovlivňovat ostatní spolužáky. Pozici hvězdy získává jedinec, který je oblíbený a zároveň ostatní něčím imponuje. Pro pozici dobrého kamaráda je typická sympatie ostatních bez podstatnějšího vlivu na skupinu. Většina žáků zaujímá ve třídě postavení přijatelného spolužáka, který je průměrným svým vlivem, oblíbeností, ničím nevyniká, není nápadný a ostatní ničím nedráždí. Do kategorie odmítaných patří jedinci výbušní, agresivní a hostilní, nebo naopak, děti nápadně odtažitě, nespělé a bázlivé. Agresivní pozici zastávají jedinci, kteří se prosazují fyzickou silou, nebývají proto oblíbení a ostatní se jich bojí. Vztah ostatních k agresorovi může být ambivalentní, kdy spolužáci násilníka obdivují, ale zároveň ho nemají rádi. Takový jedinec bývá potenciálním aktérem šikany. Pro pozici úzkostného jedince je typická nízká atraktivita, která je dána nekompetentností, neprůbojností, odtažitostí, plachostí a bojácností, neschopností se bránit nebo prosadit. Mezi úzkostností a sociálním odmítáním bývá vztah. Odmítání posiluje úzkost a úzkostné projevy snižují atraktivitu. Jedinec se stává obětním beránkem, nebo potenciální obětí šikany. Do kategorie odmítaných patří dále pozice sociálního outsidera a přehlíženého dítěte, která se vyznačuje značnou sociální pasivitou.

(Vágnerová, 2005)

Prosazení ve skupině a dosažení žádoucí prestiže se může projevat různým chováním jako je předvádění a vytahování, rivalita, posmívání a pomlouvání, které je zaměřené na znehodnocení pozice jiného spolužáka, jemuž je komplementární relativní zhodnocení sebe sama. Někdy se lze setkat i s necitlivým žertováním, které má charakter ponižování. Prosazování násilím je projevem neschopnosti získat přijatelnějším způsobem a v chlapecké skupině může být do určité míry tolerováno. (Vágnerová, 2005)

#### **4.2.1 Šikana**

Šikana, která je v této práci jedním testovaným parametrem, je specifickou variantou násilného jednání v rámci skupiny a bývá projevem významněji a trvaleji narušených vztahů ve skupině. Vlivem toho, že paruretici svou povahou problémů vykazují ve skupině určitou slabost, mohou se také stát jejím cílem. Šikana lze definovat jako opakované a delší dobu přetrvávající násilně ponižující a ubližující chování jednotlivce či skupiny vůči slabšímu jedinci, který ji nevyprovokoval, není schopen se účinně bránit a ze situace uniknout. Může mít podobu fyzického a psychického ponižování, vydírání a destruktivní aktivity zaměřené na majetek oběti. Šikana je projevem zneužití postavení a moci, kterou jedinec ve skupině nějakým způsobem získal a dochází k ní nejčastěji přímo ve škole. Problémem šikany bývá společenská tolerance a bagatelizování. Součinnost, nebo vynucená konformita a nedostatek odporu k šikaně, může být projevem strachu nestát se také její obětí. K toleranci může přispět i fakt, že jestliže je některý z členů skupiny podceňován, prestiž ostatních tím automaticky stoupá (jsou hodnoceni lépe). (Balžková, 1994) (Vágnerová, 2005)

Agresorem bývá obvykle fyzicky nebo psychicky zdatný jedinec, s potřebou se předvádět a dokazovat svoji převahu nad ostatními. Bývá k ostatním podezřivý, necitlivý, bezohledný a nemívá dostatečně rozvinuté svědomí a za chování se necítí vinen. Šikanovanou oběť hodnotí jako méněcennou bytost. Agresor se neobává trestu, je přesvědčen, že se oběť nedokáže bránit a může i mít i pocit oprávněnosti svého chování. Jeho agresivní chování může pocházet ze zkušenosti z rodiny. (Vágnerová, 2005)

Šikanovaná oběť bývá určitým způsobem znevýhodněna. Jedná se často o tiché, plaché, úzkostné, bázlivé a nejisté jedince, s nízkým sebevědomím a s tendencí se druhým podřizovat. Fyzicky bývají slabí, neobratní a někdy obézní nebo jinak nápadného zevnějšku. Důvodem

k šikaně může být i odlišnost daná příslušností k nižší sociální vrstvě a rasové skupině. Tato znevýhodnění oběti násilí nejen stimuluje, ale i posiluje a udržuje. Šikanovaní jedinci nemívají dobrý sociální status, často jde o zavrhané jednotlivce, kteří nebývají sociálně zdatní a nedovedou navazovat kontakt, bývají málomluvní a pasivní. Chování oběti se projevuje buď pasivním snášením ponižujícího jednání ostatních, nebo nedobrovolné aktivity ve prospěch agresora (většinou větší ponižení). Rodinné prostředí může být nápadné pouze zvýšenou úzkostností matek a z ní vyplývající nedostatečné vedení k samostatnosti. (Vágnerová, 2005)

Šikana je silným sociálním stresem, jehož důsledkem může být aktuální ohrožení psychického i somatického zdraví oběti. Mohou se objevit případy těžkých ublížení na zdraví a symptomy, které je možné zařadit do kategorie posttraumatické stresové poruchy (s psychickými i somatizujícími příznaky). Dochází ke zvýšení sklonu úzkosti, depresivnímu ladění, k akcentaci obranného postoje a senzitivní vztahovačnosti. Somatické potíže mají charakter poruch spánku, snížení imunity a větší sklon k prožívání bolesti a celkové nepohody. V krajních případech dochází reaktivnímu, únikovému jednání nebo dokonce k pokusu o sebevraždu. (Šolcová, 1995)

V případě šikany je třeba dbát na prevenci, pokud k ní dojde, je třeba včasné podchycení a náprava v časných fázích rozvoje. Stejně významné je i dořešení otevřených případů a potrestání viníků. Neřešený nebo nedořešený problém zvyšuje pravděpodobnost opakování a rozšíření šikany. (Říčan, 1995) (Kolář, 1997) (Bendl, 2004)

### **4.3 Úzkostné poruchy ve školním prostředí**

U parurézy byl popsán poměrně výrazný vztah k úzkostným poruchám. Pro úzkostné poruchy je charakteristická nepřiměřená úzkostnost, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami úzkosti, nebo vystupňovaným iracionálním strachem, přičemž délka trvání musí být alespoň 6 měsíců. Rozšíření úzkostné poruchy v dětské populaci je 5 – 7% a bývá častější u dívek než u chlapců. (Berkow et al., 1996)

Příčiny úzkostných poruch nejsou přesně známé a jsou podmíněny multifaktoriálně. Obvykle jde o kombinaci genetické dispozice (odhadem 30%), vývojově podmíněných změn, kumulaci různých subjektivně zátěžových vlivů prostředí i aktuálních stresů. Sklon

k úzkostnému reagování a vyrovnání se s problémem je ovlivnitelný učením. Míra dětské úzkostnosti se zvyšuje v závislosti na záporném emočním vztahu rodiče k dítěti, na nepřiměřenosti požadavků, které na dítě má, a na rozporném, ambivalentním výchovném vedení, které jasně neurčuje, co od dítěte vlastně vyžaduje (Poledňová a Rajmic, 2002). Etiologicky významným faktorem je nepříznivá zkušenost z dětství, která se může zafixovat a generalizovat, což znamená, že úzkostné reakce mohou nakonec vyvolávat i zcela bezvýznamné a původně neutrální podněty. Negativní zkušenost může posilovat tendenci hodnotit všechno jako zátěž, nadměrně se koncentrovat na potenciálně ohrožující okolnosti, na možné zdroje kritiky, selhání či jiné nepříjemnosti. Úzkost spojená s napětím narušuje koncentraci, paměť a zhoršuje výkon. (Vágnerová, 2005)

Veškeré úzkostné poruchy lze chápat jako maladaptivní způsob reagování neodpovídající skutečnosti a vycházející ze subjektivně pocíťovaného ohrožení. Postižený jedinec se nedovede se svou úzkostí vyrovnat a ani ji správně interpretovat. Reakce jsou neadekvátní a vedou k dalšímu zhoršování potíží. Rozumová argumentace nevede k odstranění problému a převládá emocionalita. Zkušenost s opakovaným prožitkem silné úzkosti se uchovává a po určité době stačí k vyvolání nežádoucích pocitů pouhé vzpomínky. Takto se vytváří především u starších dětí strach z úzkosti. Úzkostné děti mívají trvalé napětí, nedokáží se uvolnit a trpí depresemi a mají tendenci posuzovat všechno pesimisticky. Může se objevit i tzv. anticipační úzkost, tedy jednotlivcova začne prožívat obavy ještě dříve, než se do takové situace dostane (stačí, když si na ni vzpomene). Úzkostné děti trpí pocíťováním méněcennosti a nepřiměřenými obavami z kritiky. (Vágnerová, 2005)

Změny v chování se projevují tendencí k nepřiměřeným reakcím a vyhýbáním se různým situacím a kontaktům s lidmi. Často se děti necítí dobře ani tělesně a mohou trpět projevy únavy a celkové nepohody. Úzkost a úzkostlivost je dalším testovaným parametrem v této závěrečné práci. (Vágnerová, 2005)

### **4.3.1 Fobická úzkostná porucha**

Fobická úzkostná porucha, jako jedna z možných interpretací parurézy, má všechny symptomy typické pro úzkostné poruchy a navíc se zde projevují specifické potíže vyplývající z vázanosti obav na určité podněty, objekty či situace. Pro fobie je charakteristický iracionální, nepřiměřený strach z něčeho, co z objektivního hlediska není nebezpečné, a jsou

spojeny s vyhýbavým chováním. (Vágnerová, 2005)

Pro jedince ve školním prostředí jsou typické dva typy fobických potíží: školní a sociální fobie. Školní fobie je charakteristická svým nepřiměřeným strachem ze školy, kdy jednatel má strach z výkonového selhání, nebo se bojí spolužáků, či učitele. Strach ze školy ovlivňuje i výkon a celkové chování. Často jde o studenty, kteří jsou ve škole úspěšní, a objektivně není žádný důvod k obavám. Sociální fobie se projevuje nepřiměřeným strachem z lidí a to především z cizích. Může mít charakter sociální úzkostné poruchy, kterou lze chápat jako patologické přetrvávání obav z neznámých osob. Jedinci se nápadným způsobem vyhýbají sociálním kontaktům a své chování vysvětlují obavami z odmítnutí nebo ohrožení, z ubližování či vysmívání. Typický je také strach z vystupování na veřejnosti a ze situací, kdy jsou středem pozornosti (zkoušení ve škole, oběd ve školní jídelně). V případě, že se do takové situace dostanou, objevují se u nich různé vegetativní reakce, jako třes, červenání, pocení, zadrhávání v řeči, což posiluje tendenci k únikovému chování. (Vágnerová, 2005)

## 5 EMPIRICKÁ ČÁST

V rámci této práce probíhalo testování studentů na gymnáziu (název nelze zveřejnit). Průzkumu se účastnili studenti čtyřletého gymnázia druhého, třetího a čtvrtého ročníku se všeobecným zaměřením a zaměřením na matematiku v celkovém počtu 198 studentů a ve věku od 16 do 20 let. Studentům byly rozdány tři dotazníky zaměřené na osobnost, úzkost a úzkostlivost, parurézu a šikanu.

Pro testování osobnostních rysů byla vybrána zkrácená verze Eysenckova osobnostního dotazníku (EPQ – Z) se 48 otázkami. Test vychází z Eysenckových závěrů a ve výsledcích charakterizuje osobnost v několika škálách: psychoticismus, extraverte, neuroticismus a Lži skóre. Dotazník je určen pro muže a ženy bez ohledu na věk, obsahuje odpovědi ano a ne (kódované v práci jako ne = 1 a ano = 2). Doba vyplňování je přibližně 7 až 10 minut. V rámci práce byly hodnoceny pouze škály extraverte a neuroticismu a to vzhledem k povaze problematiky. Do dotazníku byla přidána hlavička obsahující věk, pohlaví, ročník studia a kód dotazníku. Kód dotazníku bylo možné následně použít pro opětovné vyplnění dotazníku na parurézu a to na webových stránkách ([stydlivymechyr.cz/studie](http://stydlivymechyr.cz/studie)), v případě, že jedinec nepocíťoval ve škole dostatečné soukromí pro odpovězení otázek. Studenti v jednotlivých třídách seděli po dvou v lavicích a před vyplňováním dotazníku byly podány potřebné instrukce. (Eysenck a Eysenck, 1992)

Na měření úzkosti a úzkostnosti byla Spielbergem roku 1964 vytvořena koncepce na rozlišování mezi úzkostí jako stavem a úzkostlivostí jako vlastností osobnosti a možnosti měření rozdílů mezi nimi, tedy mezi dočasným přechodným stavem a relativně stálou predispozicí. Tuto původní verzi následně do slovenské verze upravili a vydali v roce 1980 Müllner, Ruisel a Farkaš. Dotazník obsahuje škály na měření úzkosti jako stavu (varianta STAI-I) a úzkostlivosti jako rysu (varianta STAI-II), které jsou tvořeny vždy 20 položkami a hodnoceny na škále 1-4. Koncepce celkově vychází z předpokladu, že vysoce úzkostliví lidé (s vysokým sklonem k úzkosti) budou vnímat situace nebo podmínky, které potenciálně implikují možnost neúspěchu (selhání) nebo ohrožení sebe s větší intenzitou jako méně úzkostliví jedinci. Dotazník STAI je ve výzkumech úzkostlivosti velmi často používán a je považován za velmi dobrou metodu pro měření úzkosti a úzkostlivosti. Z tohoto důvodu byl také v této práci vybrán pro testování gymnaziálních studentů. (Müllner et al., 1980)



Na tyto dva dotazníky navazuje dotazník na parurézu. Skládá se z 39 otázek. Otázky 1 až 4 slouží k uvedení studentů do problematiky. K vyhodnocení parurézy se používají otázky 5 až 30, kde otázky 5 až 22 jsou převzaty z dotazníku Shy Bladder Scale (Deacon et al., 2011), další otázky jsou vytvořeny po konzultaci a zkušenostech s paruretiky. Část otázek je zaměřena přímo na chování paruretiků. Čtyři otázky téměř na konci dotazníku (35 až 38) jsou zaměřeny na testování postavení studenta ve třídě a šikanu a převzaty z Depistážního dotazníku Koláře (2001). Při vyplňování dotazníku byla třída studentů rozdělena tak, aby vždy jedna polovina vyplňovala dotazník. Tedy každý student mohl sedět v lavici sám a měl na dotazník dostatek soukromí. V případě pocitu nedostatečného soukromí mohl student po zadání kódu z dotazníku vyplnit dotazník znovu na webových stránkách (stydlivymechyr.cz). Dotazník nebyl nijak časově omezen.

## 5.1 Výsledky dotazníků

Z důvodu zachování validity dat museli být někteří studenti a dotazníky z hodnocení vyřazeny. Bylo to především z důvodu vynechání několika otázek, nebo záměrně špatně vyplněného alespoň jednoho dotazníku. Z celkového počtu 198 studentů bylo vyřazeno 6, do analýzy a výsledků byly tedy nakonec zařazeny dotazníky 192 jedinců. Pro každého studenta bylo počítáno celkové skóre sledovaných parametrů. Tyto parametry byly následně porovnávány s celkovým skórem parurézy a s chováním spojeným s parurézou. Jednalo se o neuroticismus, extraverci, úzkost jako stav, úzkostlivost jako vlastnost osobnosti a třídní klima. Pro každou skupinu parametrů byla provedena základní popisná statistika, kde normální rozložení měla úzkost a úzkostnost. Výsledky je možné sledovat v tabulce 5.1. Dle popisných statistik byli pak jedinci zařazeni do jednotlivých skupin, v případě parurézy byla nastavena rozhodovací kritéria dle dotazníku, který vyplňovali paruretici z fóra stránek stydlivymechyr.cz (jednalo se o spodní hranici 39 bodů a horní hranici 57 bodů). Skupina 1 obsahovala jedince s nejmenším skórem a skupina 3 s nejvyšším. V případě parurézy se ve skupině 3, která reprezentuje jedince postižené parurézou, nacházelo 14 studentů, což je 7,29% všech jedinců. Tato prevalence zhruba odpovídá dřívějším studiím Maloufa a Lanyona (1985). Rozřazení do skupin je možné pozorovat v tabulce 5.2.

	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum	Směrodatná odchylka
Neuroticizmus	5,29	5	7	24	0	12	3,50
Extraverze	7,66	9	12	41	0	12	3,82
Úzkost	38,45	37	37	13	21	69	9,95
Úzkostlivost	43,93	43	44	12	22	73	9,84
Třídní klima	6,53	6	4	43	4	15	2,24
Paruréza	39,23	38	35	12	23	84	10,52
Paruréza chování	9,82	9	6	32	6	24	3,38

Tabulka 5.1.: Popisná statistika jednotlivých parametrů

Skupiny	Skupina 1	Skupina 2	Skupina 3
Extraverze	47	87	58
Neuroticizmus	48	107	37
Paruréza	109	69	14
Třídní klima	43	119	30
Úzkost	27	134	31
Úzkostlivost	34	122	36

Tabulka 5.2.: Rozřazení jedinců do skupin dle popisné statistiky

Pro určení vztahu parurézy s dalšími vlastnosti byla provedena korelační analýza. Výsledky korelační analýzy jsou pozorovatelné v tabulce 5.3. Statisticky významné korelace na hladině významnosti  $p < 0,05$  jsou vyznačeny červeně.

	Extraverze	Neuroticizmus	Úzkost	Úzkostlivost	Paruréza	Paruréza chování	Třídní klima
Extraverze	1,00	-0,23	-0,20	-0,38	-0,27	-0,23	-0,15
Neuroticizmus	-0,23	1,00	0,61	0,75	0,27	0,21	0,39
Úzkost	-0,20	0,61	1,00	0,68	0,23	0,19	0,48
Úzkostlivost	-0,38	0,75	0,68	1,00	0,36	0,30	0,44
Paruréza	-0,27	0,27	0,23	0,36	1,00	0,91	0,19
Paruréza chování	-0,23	0,21	0,19	0,30	0,91	1,00	0,18
Třídní klima	-0,15	0,39	0,48	0,44	0,19	0,18	1,00

Tabulka 5.3.: Korelace jednotlivých parametrů

Nejvyšší korelace vycházela u parurézy a úzkostlivosti jako vlastnosti osobnosti. Tato hodnota vykazuje poměrně výrazný vzájemný vztah. Lze ji interpretovat tak, že jedinci trpící parurézou jsou s vysokou pravděpodobností úzkostliví nebo také že samotná úzkostlivost je predispozicí pro vznik parurézy. Významnější korelace vycházejí také u parurézy ve spojitosti s neuroticizmem a extraverzí. Neuroticizmus může být tedy předpokladem pro vznik

parurézy. U extraverze vychází záporný korelační koeficient, znamená to tedy, že jedinci trpící parurézou jsou spíše introverti. Úzkost, jako momentální stav jedince koreluje méně a nepatrný vztah je pozorovatelný i vzhledem třídnímu klimatu – šikaně. Projev parurézy – chování má mírně nižší hodnoty korelace jako samotná paruréza, což může znamenat, že samotná paruréza se odehrává více v rovině prožívání než chování.

Pro zjištění závislosti rozdělených skupin parurézy s ostatními parametry byla provedena Kruskal-Wallisova ANOVA. Statisticky významné rozdíly mezi skupinami parurézy ve vztahu k úzkostlivosti vyšly mezi první a druhou skupinou a první a třetí. To lze pozorovat v tabulce 5.4 i na obrázku 5.1. Pokud byla zvolena úzkost jako závislá proměnná, tak statisticky významný rozdíl byl mezi první a druhou skupinou, což je možné vidět v tabulce 5.5. Rozdíl mezi první a třetí není statisticky významný, což může být dáno tím, že úzkost je aktuální stav na rozdíl od úzkostnosti. V případě závislé proměnné neuroticizmu je statisticky významný rozdíl patrný v tabulce 5.6 a to mezi první a druhou skupinou. Pokud byly zvoleny jiné závislé proměnné, jako extraverze nebo třídní klima, ANOVA statistický rozdíl mezi jednotlivými skupinami nenašla (i když extraverze se pohybovala těsně pod statistickou významností).

Závislá: Úzkostlivost	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.) Úzkostlivost (Data pro statistiku) Nezávislá (grupovací) proměnná: Paruréza skupiny Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 192) = 20,52059$ $p = 0,0000$		
	1 R:81,128	2 R:113,68	3 R:131,50
1		0,000421	0,004227
2	0,000421		0,821954
3	0,004227	0,821954	

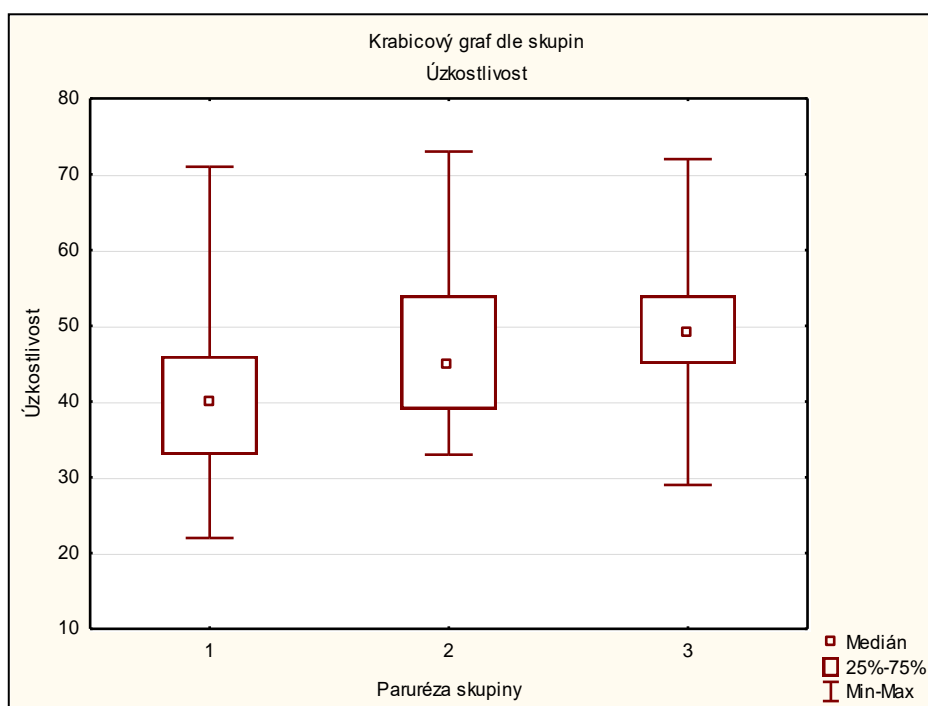
Tabulka 5.4: Vícenásobné porovnání p hodnot pro závislou proměnnou úzkostlivost, statisticky významné p hodnoty jsou označeny červeně

Závislá: Úzkost	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.) Úzkost (Data pro statistiku) Nezávislá (grupovací) proměnná: Paruréza skupiny Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 192) = 10,24279$ $p = 0,0060$		
	1 R:85,619	2 R:108,73	3 R:120,93
1		0,020579	0,075648
2	0,020579		1,000000
3	0,075648	1,000000	

Tabulka 5.5: Vícenásobné porovnání p hodnot pro závislou proměnnou úzkost, statisticky významné p hodnoty jsou označeny červeně

Závislá: Neuroticizmus	Vícenásobné porovnání p hodnot (oboustr.) Neuroticizmus (Data pro statistiku) Nezávislá (grupovací) proměnná: Paruréza skupiny Kruskal-Wallisův test: $H(2, N = 192) = 9,410727$ $p = 0,0090$			
		1 R:81,128	2 R:113,68	3 R:131,50
	1		0,091527	0,031029
	2	0,091527		0,532899
	3	0,031029	0,532899	

Tabulka 5.6: Vícenásobné porovnání p hodnot pro závislou proměnnou úzkost, statisticky významné p hodnoty jsou označeny červeně



Obr. 5.1: Boxplot dle skupin parurézy ve vztahu k úzkostlivosti

## 6 ZÁVĚR

Cílem práce bylo prostudování a rešerše materiálů vztahujících se k problematice parurézy a popsání této poruchy ve školním prostředí. I přes poměrně velkou prevalenci je v České a Slovenské republice tento pojem většinou neznámý a není mu věnována téměř žádná pozornost a to ani z pohledu psychologů ani urologů. Informace byly čerpány především ze zahraničních zdrojů a zkušeností, které jsem získal vedením paruretické skupiny v Brně.

U parurézy byly popsány různé faktory, které na ni mohou mít vliv. V dostupné literatuře je jen málo informací o jejich vlivu na parurézu a téměř žádné informace pro skupinu středoškolských studentů. Z tohoto důvodu se prováděl průzkum na brněnském gymnáziu za pomoci vyplňování několika dotazníků. Mezi studenty byla potvrzena nezanedbatelná prevalence, která se pohybovala okolo 7%. Vyšel výrazný vztah parurézy vzhledem úzkostlivosti i souvislost s neuroticismem a extravertí. Vztah ke třídnímu klimatu, jakožto možné šikaně, byl také statisticky významný, i když již méně výrazný.

Problém parurézy by se neměl bagatelizovat, může mít obrovský vliv na život postiženého, zamezit jeho normální fungování ve škole, při společenských událostech a při vykonávání různých aktivit, jako je třeba cestování do zahraničí. Jak z literatury a průzkumu na gymnáziu vyplývá, je to komplexní problém a takto by se k němu mělo i přistupovat. Například řešení, kdy studenti s parurézou budou ve škole navštěvovat pouze kabinky, není možné. Problém se s velkou pravděpodobností bude nadále zhoršovat a v ojedinělých případech dosáhne takové podoby, že zabrání studentovi navštěvovat školu. Psychoterapie může být v tomto případě řešením, ale většinou jen v případě, že psycholog je s chorobou seznámen a má povědomí i o možné souvislosti s dalšími vlivy.

V současné době nebývá problém v České a Slovenské republice správně pochopen, pro paruretiky je poměrně špatně řešitelný a to především kvůli již zmíněné neinformovanosti a většinou neefektivnímu postupu některých odborníků. Paruretici zkrátka neví, na koho, kdo by jim problém pomohl vyřešit, je možné se obrátit.

# LITERATURA

- [1] Anderson, L.: Desensitisation in vivo for men unable to urinate in a public facility. *Their Exp Psychiatry*, 8, 1, 1977, str. 105-106.
- [2] Barros, R. E. M.: Paruresis and Parcopresis in Social Phobia: a case report. *RBP Psiquiatria*, 33, 4, 2011.
- [3] Bendl, S.: Neukázněný žák. Praha: ISV, 2004
- [4] Berkow, R et al.: Merck Manual: Kompendium klinické medicíny. Praha: X-Egem, 1996
- [5] Blažková, L.: Šikanování mezi dětmi na základní škole. Praha: PedF UK, 1994
- [6] Boschen M.J.: Parureisi (psychogenic inhibition of micturition): Cognitive behavioral formulation and treatment. *Depression and Anxiety*, 25, 11, 2008.
- [7] Brandt, G. T., Norwood, A. E., Ursano, R. J.: Urosepsis: an unusual presentation of social phobia. *Am J Psychiatry*, 151, 10, 1994.
- [8] Clark D.M., McManus F.: Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, 51, 1, 2002.
- [9] Cook, J.: Principles of Treatment. Dostupné z: [http://www.psycserv.com/CBT\\_principles.html](http://www.psycserv.com/CBT_principles.html) , dne 25.5.2006
- [10] Deacon, B.J., Lickel, J.J., Abramowitz, J.S., Grath P.B.: Development and Validation of the Shy Bladder Scale. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 3, 2012
- [11] Eysenck H.J., Eysenck S.G.B.: Eysenckove osobnostné dotazníky, Bratislava: Psychodiagnostika, 1992
- [12] Foa, E.B., Franklin, M.E., Perry, K.J., Herbert, J.D.: Cognitive biases in generalised social phobia. *J Abnorm Psychol*, 105, 3, 1996.
- [13] Fontana, D.: Psychologie ve školní praxi: příručka pro učitele. Praha: Portál, 2010
- [14] GANONG, W.: Přehled lékařské fyziologie. Praha: Galén, 2005.
- [15] Hammelstein, P., Pietrowski, R., Merbach, M., Braehler, E.: Psychogenic urinary retention ('paruresis'): diagnosis and epidemiology in a representative male sample. *Psychother Psychosom*, 74, 5, 2005.
- [16] Hammelstein, P., Soifer, S.: Is "shy bladder syndrome" (paruresis) correctly classified as social phobia? *J Anxiety Disord*, 20, 3, 2006.
- [17] Hatterer, J. A., Gorman, J. M., Fyer, A. J., Campeas, R. B. : Pharmacotherapy of four men with

- paruresis. Am J Psychiatry, 147, 1, 1990.
- [18] Heimberg, R., Holt, C., Schneider, F., Spitzer, R., Leibowitz, M.: The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. J Anxiety Disord, 7, 3, 1993, str. 249-269.
- [19] Hudson, L. H., Rapee, R. M.: Parent-child interactions and anxiety disorders: an observational study. Behav Res Ther, 39, 12, 2001.
- [20] International Paruresis Association (IPA): Frequently Asked Questions, Dostupné z: <http://paruresis.org/faq>, dne 10.9.2015
- [21] Kaufman, K.: Monotherapy treatment of paruresis with gabapentin. Int Clin Psychopharmacol, 20, 1, 2005.
- [22] Kessler, R.C., Stein, M.B., Berglund, P.: Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. Am J Psychiatry, 155, 5, 1998.
- [23] Kolář, M.: Bolest šikanování: cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách. Praha: Portál, 2001
- [24] Kolář, M.: Skrytý svět šikany ve školách. Praha: Portál, 1997
- [25] Krhut, J., Mainer K., Holáňová R.: Paruréza - klinický obraz a současná terapie. Solen – Urologie pro praxi, 6, 1, 2005.
- [26] Malouff, J. M., Lanyon, R. I.: Avoidant paruresis: an exploratory study. Behav Modif, 9, 2, 1985.
- [27] Marks I.M., Gelder M.G.: Different ages of onset in varieties of phobias. Am J Psychiatry, 123, 2, 1966.
- [28] Middlemist R.D., Knowles E.S., Matter C.F.: Personal space invasions in the lavatory: suggestive evidence for arousal. J Pers Soc Psychol, 33, 5, 1976.
- [29] Monroe, W.: A Treatment for Paruresis or Shy Bladder Syndrome. The Behavior Therapist, 2001.
- [30] Müllner, J., Ruisel, I., Farkaš, G.: Dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti, Bratislava: psychodiagnostické a didaktické testy, 1980
- [31] Netopil, J.: Podpůrné skupiny – stydlivý měchýř, Dostupné z: <http://stydlivymechyr.cz/podpurne-skupiny>, dne 5.9.2015
- [32] Olmert, C.: Bathrooms make me nervous. Walnut Creek: CJOB Publications, 2008.
- [33] Öst, L.G.: Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies,

Behaviour Research and Therapy, 25, 5, 1987

- [34] PÁČ, L.: Anatomie člověka II: splachnologie, kardiovaskulární systém, žlázy s vnitřní sekrecí. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007.
- [35] Poledňová, I., Rajmic, P.: Dětská úzkost – analýza vybraných aspektů u osmiletých dětí, Brno: Barrister a Principal, 2002
- [36] Rapee, R.M., Spence, S.H.: 2004. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev, 24, 7, 2004.
- [37] Rees, B., Leach, D.: The social inhibition of micturition (paruresis): sex similarities and differences. J Am Coll Health, 23, 3, 1975.
- [38] Říčan, P.: Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha: Portál, 1995
- [39] Scholing A., Emmelkamp P. M.: Prediction of treatment outcome in social phobia: cross validation. Behav Res Ther, 37, 7, 1999.
- [40] Soifer, S., Zgourides, D., Himle, J.: About avoidant paruresis. Dostupné z: <http://paruresis.org/about-avoidant-paruresis/>, dne 9. 7. 2015
- [41] Soifer, S., Zgourides, G. D., Himle, J., Pickering N. L.: Shy bladder syndrome: your step-by-step guide to overcoming paruresis. Oakland, Calif.: New Harbinger Publications, 2001.
- [42] Šolcová, E.: Šikanování v zaměstnání: Úvod do problému. Psychologie, 19, 5, 1995
- [43] Turk, C.L., Heimberg, R. G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R., Leibowitz, M.R.: An investigation of gender differences in social phobia. J Anxiety Disord, 12, 3, 1998.
- [44] Vágnerová, M.: Školní poradenská psychologie pro pedagogy. Praha: Karolinum, 2005
- [45] Vythilingum, B., Stein, D. J., Soifer, S.: Is “shy bladder syndrome” a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. Depress Anxiety, 16(2):84-7, 2002.
- [46] Watson, T.S., Freeland, J.T.: Treating paruresis using respondent conditioning, J Behav Ther Exp Psychiatry, 31, 2, 1999
- [47] Williams, G., Degenhardt, E.: Paruresis: a survey of a disorder of micturition. The Journal of General Psychology, 51, 1, 1954, str. 19-29.



# SEZNAM PŘÍLOH

Použité dotazníky nelze zveřejnit.