Cyrilometodějská
teologická fakulta

Univerzita Palackého
v Olomouci

Institut sociálního zdraví (OUSHI)

Mgr. Júlia Švecová

ŠIKANOVANIE, PREVENCIA A PSYCHOSOCIÁLNE SÚVISLOSTI

Dizertačná práca

školitel: prof. MUDr. Jozef Hašto, PhD.

študijný program: Sociálne a spirituálne determinanty zdravia

Olomouc 2024

Prehlasujem, že som prácu vypracovala samostatne a všetky použité informačné zdroje som uviedla v zozname literatúry.

V Olomouci dňa 10.10. 2024 Podpis .....

Poďakovanie

V prvom rade by som sa poďakovala školiteľovi prof. MUDr. Jozefovi Haštovi, PhD. a konzultantke práce MUDr. Natálii Kaščákovej, PhD. za ich odborné vedenie, cenné rady a najmä za ich ľudský prístup. Vážim si aj ochotu a spoluprácu našich respondentiek a respondentov ako aj súhlas dvoch klientiek na spracovanie terapeutickej spolupráce, bez ktorých by táto práca nemohla vzniknúť. Moja vďaka patrí aj mojim najbližším za ich trpezlivosť a podporu.

Kľúčové slová: šikanovanie, vzťahová väzba, duševné zdravie, trauma v detstve, odolnosť, psychopatológia, prevencia

Key words: bullying, attachment, mental health, childhood trauma, bullying, resilience, psychopathology, prevention

OBSAH

KAPITOLA 1 11
ÚVOD 11
1 Šikanovanie 11
1.1 História šikanovania 11
1.2 Definícia, typy, zdroje a formy šikanovania 12
1.3 Retrospektívne meranie šikanovania z detstva v dospelosti 15
1.4 Súvislosti medzi šikanovaním v detstve a neskoršou kvalitou zdravia 16
1.5 Šikanovanie a vzťahová väzba 16
2 Cieľ a štruktúra dizertačnej práce 17
2.1 Cieľ práce 17
2.2 Štruktúra dizertačnej práce 18
2.3 Metodológia výskumu 20
KAPITOLA 2 24
Validácia slovenskej skrátenej škály prežívanie v blízkych vzťahoch (ECR-R-SK-14) 24
2.1 Úvod 25
2.2 Metódy 27
2.3 Štatistické analýzy 28
2.4 Výsledky 29
2.5 Diskusia 36
2.6 Limity a prednosti 40
2.7 Prílohy 47
Príloha 2. 7. 1: ECR-R-SK-14 a manuál na použitie 47
KAPITOLA 3 50
The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: does bullying moderate the associations? 50
3.1 Background 51
3.2 Methods 53
3.3 Results 56
3.4 Discussion 58
3.5 Conclusion 64
3.6 Supplementary Tables 1–10 76
KAPITOLA 4 81
Prehľadový článok: Šikanovanie, čo funguje a čo nie? 81

4.1 Úvod 83
4.1.2 Výskyt šikanovania vo vybraných štátoch 83
4.1.3 Najčastejšie skúmané preventívne programy používané v Európe 84
4.1.4 Prevencia šikanovania na Slovensku 86
4.1.5 Tvorba preventívneho programu na Slovensku 87
4.2 Metódy 87
4.3 Výsledky 88
4.3.1 Komponenty tvoriace preventívne programy proti šikanovaniu 88
4.3.2 Čo ovplyvňujú programy proti šikanovaniu? 92
4.3.3 Od čoho závisí úspešnosť preventívnych programov? 93
4.3.4 Účinky preventívneho programu na učiteľov 94
4.3.5 Vplyv učiteľa na efektivitu preventívneho programu 95
4.3.6 Genetické a enviromentálne základy šikanovania a viktimizácie 95
4.3.7 Metodológia štúdií skúmajúcich efektivitu školských preventívnych programov šikanovania 95
4.3.8 Aká je nákladová efektívnosť programu KiVa? 96
4.4 Diskusia a záver 97
4.5 Limity 99
KAPITOLA 5 110
Začarovaný kruh: Čo bolo skôr, psychopatológia alebo šikanovanie? 110
5.1 Úvod 111
5.1.1 Aspergerov syndróm 111
5.1.2 Šikanovanie a Aspergerov syndróm 111
5.1.3 Začarovaný kruh 112
5.2 Kazuistika 113
5.2.1 Prvý kontakt a frekvencia stretnutí 113
5.2.2 Anamnestické údaje 114
5.2.3 Prvý kontakt s klientkou 114
5.2.4 Spolupráca pred školskou integráciou klientky 115
5.2.5 Po dokončení diagnostiky 119
5.2.6 Ďalší vývoj 120
5.2.7 Diskusia 122
KAPITOLA 6 129
Sexuálna orientácia ako dôvod na šikanovanie: Kazuistika klientky so zmiešanou úzkostno-depresívnou poruchou, sociálnou fóbiou a poruchami učenia. 129
6.1 Úvod 130

6.1.1 LGBTI+ a homosexualita 130
6.1.2 Šikanovanie a LGBTI+ ľudia 131
6.1.3 Súvislosti medzi zmiešanou úzkostno-depresívnou poruchou, sociálnou fóbiou a LGBTI+ ľuďmi 131
6.1.4 Ciele 131
6.2 Kazuistika 132
6.2.1 Psychosociálna história a analýza 132
6.2.2 Formulácia prípadu 135
6.2.3 Priebeh poradenstva 139
6.2.4 Progres v poradenstve 139
6.2.5 Diskusia 140
KAPITOLA 7 146
7.1 Výskumné otázky a hlavné zistenia práce 146
7.2 Diskusia o kľúčových zisteniach 149
7.3 Prínosy a limity práce 153
7.4 Praktické a výskumné implikácie 154
7.5 Záver 155

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1. 1	Rozdiely medzi šikanovaním a doberaním
Tabuľka 1. 2	Kalsifikácia typov šikanovania
Tabuľka 1. 3	Dotazník ACE-IQ/Násilie medzi vrstovníkmi
Tabuľka 2. 1	Parametre konfirmačnej faktorovej analýzy dvojfaktorových modelov kompletnej verzie ECR-R a skrátenej verzie ECR-R-16 so zámenou položky 1 za položku 5 a postupným vylúčením položiek 16 a 31R
Tabuľka 2. 2	Položková analýza novo navrhnutej skrátenej škály ECR-R-SK-14
Tabuľka 2. 3	Neparametrické Spearmanove korelačné koeficienty medzi vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou (ECR-R-SK-14) a vzťahovými štýlmi, modelom seba a modelom druhých podľa škály RQ a s prežívanou osamelosťou
Tabuľka 2. 4	Popisné charakteristiky dátového súboru a výsledky neparametrického porovnania sumárneho skóre subškál dotazníka ECR-R-SK-14 (Wilcoxonov dvojvýberový test a Kruskal-Wallisov test)
Tabuľka 3. 1	Descriptive characteristics of the research sample
Tabuľka 3. 2	Results of multivariate linear regression models, testing the effect of childhood trauma (CTQ) and resilience (BRS), moderated by bullying, on psychopathology (BSI-53)
Tabuľka 4.1.	Kľúčové zložky opakovane skúmaných preventívnych programov proti šikanovaniu
Tabuľka 4. 2	Informácie o jednotlivých preventívnych programoch
Tabuľka 5. 1	Konkrétne potreby žiačky vo výchovno- vzdelávacom procese
Tabuľka 5. 2	Zhrnutie kľúčových krokov intervencie, ktoré boli z pohľadu poradenského psychológa, klientky a jej rodičov v celom procese najdôležitejšie
Tabuľka 6. 1	Prepis raných spomienok

Zoznam obrázkov

Obrázok 1.1	Formy šikanovania na základe jeho vonkajšej podoby
Obrázok 3. 1	Mutual relations between childhood trauma, bullying and psychopathology
Obrázok 3. 2	A conceptual framework of the regression models employed in the statistical analyses.
Obrázok 5. 1	Súvislosť medzi psychopatológiou a šikanovaním
Obrázok 5. 2	Vzájomné vplyvy traumatizácie v detstve, šikanovania a psychopatológie
Obrázok 5. 3	Fantázia
Obrázok 5. 4	Superhrdinka Luise
Obrázok 6. 1	Oko ako moja slabosť/Všetky oči na mne
Obrázok 6. 2	Oko ako moja sila/Dobrý pozorovateľ

Zoznam grafov a príloh

Graf 2. 1	SEM model konfirmačnej faktorovej analýzy skráteného dotazníka ECR-R-SK-14 s rozdelením položiek do subškál úzkostnosť a vyhýbavosť
Príloha 2. 7. 1	ECR-R-SK-14 a manuál na použitie
Príloha 3.7	Supplementary Tables 1–10

KAPITOLA 1

ÚVOD

Šikanovanie je čoraz častejšie skloňovaný pojem nielen v školstve, ale aj v klinickej praxi a vrámci širšej verejnosti. Viaceré štúdie potvrdzujú, že jeho dôsledky negatívne ovplyvňujú duševné aj fyzické zdravie. Šikanovanie môžeme považovať za jednu z foriem nepriaznivých zážitkov v detstve, ktoré súvisia aj s typmi neistej vzťahovej väzby. Cieľom tejto práce bolo posúdiť rozdiely šikanovania v rôznych sociodemografických skupinách na Slovensku, jeho vplyv na duševné zdravie, ako aj preskúmať efektivitu preventívnych programov proti šikanovaniu a popísať tento fenomén na konkrétnych prípadových štúdiách. V úvodnom texte sa stručne venujeme teoretickým základom skúmaných pojmov, cieľu, štruktúre a metodológii práce. Práca sa skladá z piatich článkov v publikovanej alebo podanej podobe, odkazy na použité zdroje sú uvedené za každou kapitolou zvlášť.

1 Šikanovanie

1.1 História šikanovania

Šikanovanie ako fenomén odohrávajúci sa medzi ľudmi, nie je žiadnou novinkou dnešnej doby, ktorá by sa začala vyskytovať s príchodom internetu a sociálnych sietí. Zmienky o násilnom správaní vo forme šikanovania siahajú ďaleko do minulosti. Vyskytujú sa dokonca aj v Biblii (Allanson et al., 2015). V minulosti bolo šikanovanie viac tolerované, považované za akýsi prechodový rituál, formu disciplíny či skúšku odvahy. Mladšie deti museli často znášať tvrdé praktiky zo strany starších. V 18.-19. storočí bolo takéto správanie tolerované aj na školách (Koo, 2007). Vo vedeckej literatúre bolo šikanovanie prvý krát definované a publikované pred 100 rokmi (Burk, 1897). Necelých 100 rokov potom sa tomuto javu začal intenzívne vedecky venovať švédsky výskumník Dan Olweus (Olweus, 1978). Šikanovanie začalo byť vnímané ako škodlivý spoločenský jav. Tento posun súvisel s rozvojom pedagogiky a psychológie. Za posledných 20 rokov sa s čoraz intenzívnejším využívaním internetu a rôznych foriem digitálnej komunikácie možnosti šikanovania zväčšujú. Šikanovanie v online priestore, takzvané kyberšikanovanie, je často prepojené so šikanovaním na školách v osobnom kontakte (Kowalski et al., 2008).

1.2 Definícia, typy, zdroje a formy šikanovania

Pojem šikanovanie sa prvý krát objavil v 15. storočí. Použil ho francúzsky básnik Villon v tvare „chicaneur“. V preklade to znamená vysmievať sa a podvádzať v hre (Šturna, 2001). Aby sme mohli hovoriť o šikanovaní, musia byť podľa Rosovej (2018) splnené štyri podmienky: úmysel druhému ublížiť, nepomer síl medzi obeťou a útočníkom, správanie by sa malo opakovať, obeti sú spôsobené psychické ujmy a zažíva pocit nespravodlivosti. Niekedy sa stáva, že je dané správanie za šikanovanie označované neprávom. Rozlíšiť tenkú líniu medzi šikanovaním a doberaním môže byť náročné. Rozdiely medzi šikanovaním a doberaním uvádza Kolář (2011) vo svojej knihe „Nová cesta k léčbě šikany“ (tabuľka1).

Tabuľka 1. 1: Rozdiely medzi šikanovaním a doberaním (Kolář, 2011):

	DOBERANIE	**ŠIKANOVANIE**
1. Zámer	Vzájomná zábava, radosť a dobrá nálada.	Ublížiť, zraniť, ponížiť.
2. Motív	Náklonnosť, zblíženie, zoznamovanie, záujem o druhých. Rozpúšťanie napätia v triede a navodzovanie uvoľnenej a pohodovej atmosféry. Zodolňovanie, zmužnenie.	Základný tandem. Moc a krutosť. Ďalšie motívy prekonávania samoty, zabíjanie nudy, zvedavosť ala Mengele, žiarlivosť, predchádzanie vlastnému týraniu, vykonanie niečoho veľkého.
3. Postoj	Rešpekt k druhému a sebaúcta.	Devalvácia, znevážení druhého.
4. Citlivosť	Vcítenie sa do druhých.	Tvrdosť a nezľutovanie sa.
5. Zraniteľnosť	Dieťa nie je zvýšene zraniteľné a precitlivené.	Bezbrannosť, obeť sa nevie, nemôže či nechce brániť.
6. Hranice	Obe strany majú možnosť obhájiť svoje osobné teritórium. Vzájomné vnímanie a rešpektovanie verbálnych a neverbálnych limitov. Pri divokejšom doberaní nikto nepoužije svoju plnú silu alebo silnejší mierni svoje akcie.	Prelamovanie hraníc, „znásilňovanie druhého“. Silnejšia strana neberie ohľad na slabšieho. Obeť dáva najavo, že je jej to nepríjemné, útočníci pokračujú ďalej. Niekedy sadomasochistická interakcia.

7. Právo a sloboda	Rovnoprávnosť účastníkov. Dieťa sa môže brániť a doberanie opätovať, prípadne ho môže zastaviť a vystúpiť z neho.	Bezprávie. Pokiaľ sa dieťa bráni alebo dokonca „zábavu“ oplatí, je tvrdo potrestané!
8. Dôstojnosť	Zachovanie dôstojnosti. Dieťa nemá pocit poníženia. Necíti sa trápne a úboho.	Poníženie ľudskej dôstojnostoi. Dieťa je zosmiešňované, ponižované.
9. Emočný stav	Radosť, vzrušenie z hry, ľahké naštvanie. I nepríjemné, ale nie bezmocnosť.	Bezmocnosť. Strach, hanba, bolesť. Nepríjemné a bolestivé prežívanie útoku.
10. Dopad	Podpora sebahodnoty, pozitívna nálada.	Pochybnosti o sebe, úzkosť, nedostatok dôvery, depresia. Dieťa má strach zo školy.

Kolář (2011) ďalej uvádza 5 štádií šikanovania v skupine: zrod ostrakizmu, fyzická agresivita a pritvrdzovanie/manipulácia, vytvorenie jadra (kľúčový moment), väčšina príjma normy agresorov, totalita. V školskom prostredí je preto dôležité všímať si zhoršené vzťahy v triede; utiahnuté správanie jednotlivcov; vtieravé správanie agresora voči učiteľom; žiakov, ktorí strážia pri dverách; žiakov, ktorí odchádzajú poslední a cez prestávky sa zdržiavajú pri učiteľoch a boja sa ísť na wc. U potencionálnej obete sa môže zhoršiť aj prospech, môže byť častejšie chorá a vymeškávať zo školy.

V trojdimenzionálnej mape môžeme podľa Koláča (2001) rozdeliť prejavy šikanovania na priame a nepriame, fyzické a verbálne, aktívne a pasívne. Ich kombináciou vzniká osem typov šikanovania (tabuľka 2).

Tabuľka 1. 2: Klasifikácia typov šikanovania (Kolář, 2001)

8 typov šikanovania	**Príklad prejavov**
Fyzické aktívne priame	Útočníci obeť vešajú do slučky, škrtia, kopú, fackujú.
Fyzické aktívne nepriame	„Kápo“ pošle „nohsledy“, aby obeť zbili. Obeti sú ničené veci.
Fyzické pasívne priame	

	Agresor nedovolí obeti, aby si sadla do lavice (fyzické bránenie obeti v dosahovaní jej cieľov).
Fyzické pasívne nepriame	Agresor odmietne obeť na jej požiadanie pustiť na záchod (odmietnutie splnenia požiadavky).
Verbálne aktívne priame	Nadávanie, urážanie, zosmiešňovanie.
Verbálne aktívne nepriame	Rozširovanie klebiet. Patrí sem aj symbolická agresia, ktorá môže byť vyjadrená v kresbách, básňach a pod.
Verbálne pasívne priame	Neodpovedanie na pozdrav, otázky a podobne.
Verbálne pasívne nepriame	Spolužiaci sa nezastanú obeti, ak je nespravodlivo obvinená z niečoho čo urobili jej trýznitelia.

Dôvodom prečo sa niekto stane obeťou šikanovania býva spravidla akákoľvek odlišnosť. Medzi časté zdroje šikanovania patrí napríklad socio-ekonomický status rodiny, farba pleti, náboženstvo, rodinná situácia, výkon v škole, vzhľad alebo zdravotné znevýhodnenie (Šarková, 2013). V slovenskej populácií je najčastejším spôsobom šikanovania posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre a zámerné vynechávanie zo spoločných aktivít (Petríková et al., 2020). Šikanovanie môže mať rôzne formy. Najčastejšie sa v literatúre stretávame s delením podľa vonkajšej podoby (obrázok 1).

Obrázok 1.1 : Formy šikanovania na základe jeho vonkajšej podoby (spracované voľne podľa Waseem & Nickerson, 2023).



1.3 Retrospektívne meranie šikanovania z detstva v dospelosti

V aktuálnom výskume sme na zisťovanie zážitkov šikanovania použili „Dotazník nepriaznivých zážitkov z detstva ACE-IQ (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire)“ (WHO, 2020), mapujúci rodinné prostredie a šikanovanie. Použité boli dve otázky na skúsenosť so šikanovaním: „Ako často ste boli šikanovaní?“ a „Ako ste boli najčastejšie šikanovaný?“ Respondenti mali na výber z odpovedí uvedených v tabuľke 3. Slovenská verzia dotazníka je v súčastnosti v procese overovania.

Tabuľka 1. 3: Dotazník ACE-IQ/Násilie medzi vrstovníkmi

Tieto otázky sa týkajú ŠIKANOVANIA, keď ste vyrastali. Šikanovaním sa myslí, keď mladistvá osoba alebo skupina mladistvých osôb rozpráva alebo robí zlé a nepríjemné veci ďalšej mladistvej osobe. Šikanovanie je tiež, keď si mladistvú osobu doberajú nepríjemným spôsobom alebo keď je mladistvá osoba zámerne vynechávaná zo skupiny. Šikanovaním nie je, ak sa dve mladistvé osoby s rovnakou silou hádajú, bojujú alebo sa vzájomne doberajú priateľským či zábavným spôsobom.
Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života....:
6.1 Ako často ste boli šikanovaný?
1) Častokrát 2) Párkrát 3) Raz 4) Nikdy (pokračujte otázkou 6.3) 5) Odmietol/a odpovedať
6.2 Akým spôsobom ste boli šikanovaný? Možnosť viacerých odpovedí.

1) Bol/a som udieraný, kopaný, strkaný, drganý alebo vymknutý.
2) Robili si zo mňa posmech kvôli mojej rase, národnosti alebo farbe pleti.
3) Robili si zo mňa posmech kvôli môjmu náboženstvu.
4) Bol/a som terčom sexuálnych vtipov, komentárov alebo gest.
5) Bol/a som zámerne vynechaný zo spoločných aktivít alebo úplne ignorovaný.
6) Robili si zo mňa posmech kvôli vzhľadu môjho tela alebo tváre.
7) Bol/a som šikanovaný nejakým iným spôsobom.
8) Odmietol/a odpovedať

1.4 Súvislosti medzi šikanovaním v detstve a neskoršou kvalitou zdravia

Mnohé štúdie potvrdzujú, že skúsenosť so šikanovaním má negatívny vplyv na kvalitu nielen fyzického, ale aj duševného zdravia (Norrington, 2020; Sigurdson et al., 2015; Sweetink et al., 2020). Prehľadová štúdia Wolke & Lereya (2015) sa zamerala na prospektívne štúdie, ktoré mohli vychádzať z predchádzajúcich informácií o zdravotnom stave respondentov, ich rodinnej situácii a o iných vystaveniach násiliu, aby tak mohla lepšie posúdiť účinok šikanovania na ich zdravie. Zistenia tejto štúdie potvrdzujú, že deti, ktoré boli vystavené šikanovaniu, častejšie trpeli typickými somatickými ťažkosťami v podobe prechladnutí, bolestí hlavy, brucha, problémami so spánkom a častejšie fajčili. Obete šikanovania tiež udávali depresiu a úzkosť a častejšie sa u nich vyskytovalo sebapoškodzovanie či myšlienky na samovraždu. Šikanovanie do značnej miery ovplyvňuje kvalitu zdravia obzvlášť, ak sa deje po prvýkrát až v období adolescencie. Respondenti, ktorí zažívali šikanovanie vykazovali vyššiu úroveň stresu ako ich nešikanovaní rovesníci. Tí z nich, ktorí boli šikanovaní prvýkrát neskôr v puberte, však reagovali na násilie omnoho citlivejšie (Newman et al., 2005). Systematická prehľadová štúdia Dubey et al. (2022) upozorňuje, že fyzické šikanovanie sa zvykne brať vážnejšie ako to psychické. Podľa ich výsledkov napríklad vyčleňovanie z kolektívu alebo šírenie klebiet a ohováranie rovnako spôsobuje negatívne a dlhotrvajúce zdravotné následky a nemalo by sa podceňovať.

1.5 Šikanovanie a vzťahová väzba

Teória vzťahovej väzby (Bowlby, 1969) ponúka pohľad na súvislosti medzi vzťahom dieťaťa s rodičom a neskôr jeho rovesníckymi sociálnymi väzbami. Pokiaľ je primárna vzťahová väzba neistá, v období puberty kedy sa vzťahová orientácia obracia na rovesníkov,

môžu byť tieto interakcie problematické, plné násilia napríklad v podobe šikanovania. Metaanalytická štúdia Lereya et al. (2013) potvrdzuje, že obete šikanovania aj agresori boli častejšie vystavení negatívnemu výchovnému správaniu zo strany rodičov. Naopak pozitívne správanie rodičov sa javí ako protektívny faktor pred rovesníckou viktimizáciou. V štúdii Kõiv (2012) sa výskumníci zamerali na jednotlivé typy vzťahovej väzby (bezpečný, vyhýbavý, úzkostný/ambivalentný), podľa ktorých sa dali adolescenti rozdeliť na obete, agresorov, takzvaných „bully/victims" a nezainteresovaných. Napríklad adolescenti, ktorí šikanovali mali v štúdii vyššie skóre vo vyhýbavej vzťahovej väzbe ako tí, ktorí boli šikanovaní. Neistá vzťahová väzba môže byť prediktorom sociálneho správania, ktoré je plné násilia a kde jednotlivec nemá dostatok sociálnych zručností (Gradinger et al., 2009). Naopak jednotlivci s bezpečnou vzťahovou väzbou sa vyskytujú v procese šikanovania či už ako agresor alebo obeť menej často (Murphy et al., 2017).

2 Cieľ a štruktúra dizertačnej práce

2.1 Cieľ práce

Cieľom práce je popísanie súvislostí medzi vzťahovou väzbou, traumatizáciou, výskytom šikanovania a ich vplyvom na kvalitu duševného zdravia. Neisté štýly vzťahovej väzby, výskyt traumatizácie a šikanovania navzájom súvisia a sú asociované so zvýšeným výskytom psychopatológie u daných respondentov. V dizertačnej práci poukazujeme na stav tejto problematiky v slovenskej populácií a ponúkame prehľad možností prevencie pri práci so žiakmi a rodinami v školskom prostredí. Popísané fenomény ilustrujeme na dvoch prípadových štúdiách. Dizertácia vychádza z kvantitatívneho výskumu realizovaného v roku 2018 na slovenskej reprezentatívnej vzorke obyvateľstva.

Táto práca overuje nasledujúce výskumné otázky:

- 1. Aké sú psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka na zisťovanie vzťahového správania v dospelosti (ECR-R)?
- 2. Aké sú sociodemografické rozdiely slovenských dospelých respondentov vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti?

- 3. Ako spolu súvisia vzťahové charakteristiky úzkostnosti a vyhýbavosti a subjektívne vnímaná osamelosť?
- 4. Aká je prevalencia šikanovania v jednotlivých sociodemografických skupinách slovenskej populácie?
- 5. Ako ovplyvňuje šikanovanie súvislosti medzi traumatizáciou v detstve, resilienciou a neskorším výskytom psychopatológie?
- 6. Ako vyzerá fenomén začarovaného kruhu v praxi? Ako sa dá využiť multidisciplinárny prístup pri práci so školopovinným šikanovaným klientom?
- 7. Aké sú špecifiká šikanovania klientky z LGBTI+ komunity? Aké sú možnosti pokračujúcej starostlivosti vzhľadom na neskoršie rozvinutie psychopatológie?

2.2 Štruktúra dizertačnej práce

Dizertačná práca obsahuje 5 kapitol vo forme vedeckých článkov. Dva z týchto článkov sú v plnom znení publikované v impaktovaných časopisoch (kapitoly 2 a 3), tretí prehľadový článok je podaný v časopise zaradenom v databáze Scopus (kapitola 4), zvyšné dve prípadové štúdie (kapitola 5 a 6) boli odoslané do redakcie časopisov zaradených v databáze Scopus. Jeden z článkov bol publikovaný v anglickom jazyku, zvyšok práce je v slovenskom jazyku. Odkazy na použitú literatúru sú uvedené za každou kapitolou zvlášť.

Kapitola 1

Súčasťou úvodnej časti prvej kapitoly sú teoretické informácie venujúce sa charakteristike a definovaniu jednotlivých fenoménov (šikanovanie, vzťahová väzba, mentálne a fyzické zdravie vo vzťahu k šikanovaniu a traumatizácii) popisovaných v dizertačnej práci. V závere kapitoly je sformulovaný cieľ práce, ako aj celková štruktúra práce.

Kapitola 2

Validácia slovenskej skrátenej škály prežívanie v blízkych vzťahoch (ECR-R-SK-14), Československá psychológia 65 (2), DOI: 10.51561/cspsych.65.2.146

Druhú kapitolu tvorí validačná štúdia dotazníka zameraného na určenie vzťahovej väzby v dospelosti. Cieľom bolo vytvoriť skrátenú verziu dotazníka, ako aj preskúmať

sociodemografické rozdiely v úzkostnosti a vyhýbavosti medzi respondentmi na Slovensku. Súčasťou je aj otázka na subjektívne vnímanú osamelosť v poslednom roku života.

Kapitola 3

The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: does bullying moderate the associations? BMC Psychology 11 (1), DOI: 10.1186/s40359-023-01270-8

Štúdia sa zaoberá nepriaznivými skúsenosťami z detstva a ich vplyvom na kvalitu fyzického a duševného zdravia. Popisuje výskyt šikanovania v rôznych sociodemografických skupinách slovenskej populácie. Ďalším cieľom štúdie je zhodnotenie vplyvu skúseností so šikanovaním na vzťah medzi traumou v detstve, odolnosťou respondentov a neskorším výskytom psychopatológie.

Kapitola 4

Šikanovanie, čo funguje a čo nie?: Prehľadový článok., Submitted

V rámci prehľadového článku sa zameriavame na výskyt šikanovania vo vybraných európskych krajinách a porovnávame krajiny s najvyšším a najnižším výskytom šikanovania za posledné roky. Článok vychádza z výsledkov štúdie PISA 2022. Cieľom článku je sumarizovať a systematizovať vybrané výsledky štúdií, dostupných cez Web of science, o preventívnych programoch proti šikanovaniu a postupoch na školách publikovaných od roku 2014 do roku 2024 v európskych krajinách.

Kapitola 5

Kazuistika I: Začarovaný kruh: Čo bolo skôr, psychopatológia alebo šikanovanie? Kazuistika klientky s Aspergerovým syndrómom a depresívnou poruchou so sebapoškodzovaním., Submitted

Cieľom prípadovej štúdie je popísať fenomén „začarovaného kruhu“, v ktorom sa navzájom ovplyvňuje traumatizácia v detstve, šikanovanie, psychopatológia a šikanovanie v dospelosti. Na konkrétnom príbehu klientky, ktorej je v priebehu spolupráce s poradenskou psychologičkou stanovená diagnóza Aspergerov syndróm, poukazujeme na to, ako je niekedy v realite náročné určiť možné príčiny aktuálnych ťažkostí a konečnú diagnózu. Klientka nevníma pocit dôvery a bezpečia medzi najbližšími, zažila šikanovanie v materskej škole, na základnej škole aj v basketbalovom klube. Aj vplyvom týchto skutočností sa u nej rozvinula

sekundárna psychopatológia v podobe depresívnej poruchy so sebapoškodzovaním, ktorá bola prvotným podnetom jej príchodu k psychológovi.

Kapitola 6

Kazuistika II: Sexuálna orientácia ako dôvod na šikanovanie: Kazuistika klientky so zmiešanou úzkostno-depresívnou poruchou, sociálnou fóbiou a poruchami učenia., Submitted

Druhá prípadová štúdia sa zameriava na obdobie puberty, ako na časť života, kedy človek skúma svoju rodovú identitu. Popisujeme šikanovanie klientky na základnej škole kvôli jej sexuálnej orientácii. Strata pocitu bezpečia v triednom kolektíve a pocity nedôvery voči rovesníkom u nej mali vplyv na rozvoj sociálnej fóbie a zmiešanej úzkostnej a depresívnej poruchy. V poskytovaní pokračujúcej starostlivosti dôležitú úlohu zohráva spolupráca s pedopsychiatrom ako aj súčinnosť školského podporného tímu a matky klientky pri hľadaní riešení v školskom prostredí.

Kapitola 7

V závere uvádzame hlavné zistenia práce, celkovú diskusiu a implikáciu pre prax a ďalší výskum ako aj zhrnutie práce.

2.3 Metodológia výskumu

Keďže sme chceli zachytiť nielen konkrétnu skúsenosť jednotlivca ale aj širšie tendencie, zvolili sme rôzne metodologické prístupy v závislosti od výskumných otázok. Rozmanitosť skúmanej problematiky sa prejavuje aj v použití rôznych vedeckých postupov, ktoré sa navzájom dopĺňajú. V danej práci nájdeme využité tieto vedecké metódy: zber a kvantitatívne spracovanie dát batériou dotazíkov, využitie štatistických analýz, obsahová analýza vedeckých štúdií, využitie prípadových štúdií/kazuistík. Použitie rôznych vedeckých prístupov nám umožnilo skúmať objekt nášho záujmu z viacerých perspektív.

Referencie

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). (2020). World Health Organization. https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq).

Allanson, P. B., Lester, R. R., & Notar, C. E. (2015). A history of bullying. *International Journal of Education and Social Science*, *2*(12), 31–36.

Bowlby, A. (1969). *Attachment*. Basic Books.

Burk, F. L. (1897). Teasing and Bullying. *The Pedagogical Seminary*, *4*(3), 336–371. https://doi.org/10.1080/08919402.1897.10534145

Dubey, V. P., Kievišienė, J., Rauckiene-Michealsson, A., Norkiene, S., Razbadauskas, A., & Agostinis-Sobrinho, C. (2022). Bullying and health related quality of life among adolescents-A systematic review. *Children (Basel, Switzerland)*, *9*(6), 766. https://doi.org/10.3390/children9060766

Gradinger, P., Strohmeier, D., & Spiel, C. (2009). Traditional bullying and cyberbullying: Identification of risk groups for adjustment problems. *Zeitschrift Für Psychologie Mit Zeitschrift Für Angewandte Psychologie*, *217*(4), 205–213. https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.205

Kõiv, K. (2012). Attachment styles among bullies, victims and uninvolved adolescents. Psychol. *Psychol Res*, *2*, 160–165.

Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování*. Praha: Portál.

Kolář, M. (2011). *Nová cesta k léčbě šikany*. Praha: Portál.

Koo, H. (2007). A time line of the evolution of school bullying in differing social contexts. *Asia Pacific Education Review*, *8*(1), 107–116. https://doi.org/10.1007/bf03025837

Kowalski, R. M., Limber, S. P., & Agatston, P. W. (2008). *Cyber Bullying: Bullying in the Digital Age*. Wiley-Blackwell.

Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: a meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, *37*(12), 1091–1108. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.001

Murphy, T. P., Laible, D., & Augustine, M. (2017). The influences of parent and peer attachment on bullying. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(5), 1388–1397. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0663-2

Newman, M. L., Holden, G. W., & Delville, Y. (2005). Isolation and the stress of being bullied. *Journal of Adolescence*, *28*(3), 343–357. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.08.002

Norrington, J. (2021). Adolescent peer victimization, self-concept, and psychological distress in emerging adulthood. *Youth & Society*, *53*(2), 273–295. https://doi.org/10.1177/0044118x20910938

Olweus, D. (1978). *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*. Washington, DC: Hemisphere.

Petríková M., Švecová J., Kaščáková N., Hašto J. (2020). *Súvisí šikana v detstve s výskytom psychopatológie v dospelosti? Psychiatria-psychosomatika-psychoterapia*. *27*(3), 6–18.

Rosová, D. (2018). *Stratégia riešenia šikanovania v školách, Možnosti prevencie*. EQUILIBRIA.

Šarková, M. (2013). *Šikanovanie a jeho formy - správa o stave medzi školákmi slovenských základných škôl*. Coherentsite.com. https://coherentsite.com/wp-content/uploads/2019/07/sarkova_maria_sikanovanie_a_jeho_formy_isbn9788097147532.pdf

Sigurdson, J. F., Undheim, A. M., Wallander, J. L., Lydersen, S., & Sund, A. M. (2015). The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *9*(1), 42. https://doi.org/10.1186/s13034-015-0075-2

Šturma, J. (2001). *Šikanování a šikanování jako pedagogický problém*. Hradec Králové: LÍP.

Sweeting, J. A., Garfin, D. R., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2020). Associations between exposure to childhood bullying and abuse and adulthood outcomes in a representative national US sample. *Child Abuse and Neglect*.

Waseem, M., & Nickerson, A. B. (2024). Identifying and addressing bullying. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, *100*(9), 879–885. https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306667

KAPITOLA 2

Validácia slovenskej skrátenej škály prežívanie v blízkych vzťahoch (ECR-R-SK-14)

Júlia Švecová, Natália Kaščáková, Jana Fűrstová, Jozef Hašto, Peter Tavel

Československá psychológia, 65 (2): 146- 162

Abstrakt

Ciele: Vzťahová väzba utvárajúca sa v ranom detstve ovplyvňuje duševné aj fyzické zdravie jedinca. Cieľom štúdie bolo posúdiť psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka ECR-R na zisťovanie blízkych vzťahov v dospelosti, vytvoriť skrátenú verziu a preskúmať sociodemografické rozdiely v úzkostnosti a vyhýbavosti u slovenských respondentov.

Vzorka, rámec a metódy: V prierezovej štúdii s reprezentatívnou vzorkou dospelej slovenskej populácie (N= 1018, vek priemer 46,24, SD 16,56, 48,7 % mužov) boli zozbierané údaje pomocou slovenského prekladu dotazníka ECR-R. Na posúdenie konvergentnej validity bola použitá slovenská verzia Relationship Questionare (RQ).

Výsledky: Zo záverov psychometrickej analýzy skrátenej verzie dotazníka prežívania blízkych vzťahov ECR-R-SK-14 vyplýva jeho väčšia vhodnosť na meranie vzťahovej väzby v dospelosti oproti verzii ECR-R-16. Konvergentná validita sa potvrdila. Popísali sme sociodemografické rozdiely v jednotlivých skupinách slovenskej populácie, ktoré sme rozšírili o položku subjektívne vnímanej osamelosti v poslednom roku života.

Zhrnutie: Dotazník ECR-R a jeho skrátená verzia ECR-R-SK-14 sú vhodnými nástrojmi na meranie vzťahovej väzby v dospelosti či už vo vedeckej alebo klinickej sfére.

Limity: Dotazník ECR-R môže byť pre niektorých respondentov náročný na pochopenie, vzhľadom na veľké množstvo reverzne formulovaných otázok.

2.1 Úvod

Vplyv skúseností so vzťahovou väzbou v ranom detstve na utváranie vzťahov v dospelosti a kvalitu fyzického aj psychického zdravia sa v posledných rokoch stal dôležitou oblasťou skúmania (Bond, 2009; Fraley et al., 2011a,b Mc Williams, Bailey, 2010; Watt, 2014). Výskumníci sa stále častejšie zaoberajú otázkami vzťahovej väzby, jej vplyvu na kvalitu raného spojenia medzi matkou a dieťaťom (bonding) (Gobel et al., 2019) a na utváranie romantických vzťahov (Hepper, Carnelley, 2012; Schmoeger et al., 2018), ale aj možnosťou zmeny vzťahovej väzby v dospelosti (Hudson, Chopik, Briley, 2019). Za dôležité považujeme výsledky výskumov, ktoré popisujú súvislosti medzi vzťahovou väzbou a kvalitou fyzického či psychického zdravia (Farrell et al., 2018; Failo, Giannotti, Venuti, 2019; Sharifian, et al., 2019) a celkovej osobnej pohody (well-being) (Homan, 2016). Vzhľadom na široké využitie v praxi aj vo výskume je potrebné disponovať nástrojmi na meranie vzťahovej väzby a štýlov vzťahového správania.

Cieľom našej štúdie bola validácia sebaposudzovacej metodiky na určovanie vzťahového správania v dospelosti. Dotazník ECR-R (The Experiences in Close Relationships Revised) (Fraley, Waller, Brennan, 2000b) je jedným z najpoužívanejších sebaposudzovacích dotazníkov merajúcich súvislosti medzi vzťahovou väzbou, osobnostnými črtami a kvalitou medziľudských vzťahov (Noftle, Shaver, 2006). Využívajú ho aj štúdie zameriavajúce sa na súvislosti medzi vzťahovou väzbou v dospelosti a zvládanie stresu (Maunder, et al., 2006) alebo prepojenia medzi vzťahovou väzbou, traumatickými udalosťami v detstve a maladaptívnymi presvedčeniami v neklinickej populácii (MacDonald et al., 2015).

Mnohé výskumy potvrdzujú, že blízky, kvalitný, dlhotrvajúci vzťah s minimálne jednou vzťahovou osobou v detstve, ktorou zvyčajne býva matka, chráni jedinca pred duševnými poruchami (Adshead, 2018) a posilňuje jeho odolnosť / resilienciu (Kebza, Šolcová, 2008). Prierezová štúdia, ktorá analyzovala 37 štúdií a jednu kvantitatívnu meta-analýzu, potvrdila súvislosť medzi neistou vzťahovou väzbou a zneužívaním návykových látok či závislosťou (Schindler, 2019). Dagan, Facompre, Bernard, (2018) v meta-analytickej štúdii zistili, že depresívni jedinci s neistou vzťahovou väzbou majú vyšší stupeň depresie ako jedinci s bezpečnou vzťahovou väzbou. Spomedzi neistých typov vzťahovej väzby sa vyskytuje psychopatológia v dospelosti častejšie u ľudí s dezorganizovanou vzťahovou väzbou. V štúdií Bucci, Emsley, Berry, (2017) dospeli výskumníci k výsledkom, že pacienti s dezorganizovanou

vzťahovou väzbou uvádzali viac pozitívnych psychotických symptómov a fyzického a psychického týrania ako jedinci s bezpečnou vzťahovou väzbou.

Podľa teórie vzťahovej väzby Johna Bowlbyho sa medzi dieťaťom a osobou, ktorá sa oň primárne stará, vytvára špeciálne puto. Vplyvom kvality vzťahového správania sa opatrujúcej osoby k dieťaťu, sa formuje štýl vzťahového správania a prežívania dieťaťa, ktoré pretrváva až do dospelosti (Bowlby, 2010). V priebehu života človeka sa vzťahová väzba môže meniť napríklad pozitívnou vzťahovou skúsenosťou v terapii, dobrou skúsenosťou v partnerskom vzťahu alebo aj nežiadúcim smerom k vyhýbavosti, napríklad traumatickou udalosťou. Pokiaľ je správanie opatrovateľa konzistentné, citlivé a prijímajúce, podporuje vznik bezpečnej vzťahovej väzby. Zatiaľ čo nesenzitívne, odmietajúce až kruté zaobchádzanie s dieťaťom neumožňuje dieťaťu dôverovať ľuďom ani svetu a vytvára podmienky pre vznik neistej vzťahovej väzby (Hašto, 2005).

Zásadným posunom vo výskume vzťahovej väzby bol experiment Ainsworthovej (1979), pomocou ktorého identifikovala tri hlavné typy vzťahovej väzby: bezpečnú, neistú vyhýbavú a neistú ambivalentnú (Ainsworth et al., 1978), neskôr doplnený o štvrtý typ - dezorganizovanú vzťahovú väzbu (Main, Solomon, 1990).

Výskumníci sa zhodujú v prezentovaní dvoch dimenzií vzťahovej väzby. Prvou ortogonálnou dimenziou je vzťahová úzkostnosť a druhou vzťahová vyhýbavosť (Brennan, Clark, Shaver, 1998). Dimenzie, ktoré navrhli výskumníci Bartholomew a Horowitz (1991) vytvárajú rozdelenie vzťahových väzieb na 4 rôzne typy. Vytvorili tak 4 -položkový dotazník RQ (Relationships questionnaire) na meranie vzťahového štýlu v dospelosti. Navrhnuté kategórie vznikli kombináciou krajných pozícií dimenzií úzkostnosti a vyhýbavosti. Ľudia s *bezpečným vzťahovým štýlom* skórujú nízko v oboch dimenziách, vnímajú samých seba pozitívne a oceňujú záujem a pozornosť od druhých. Jedinci so *zapleteným (zaujatým) štýlom vzťahovej väzby* vykazujú vysokú mieru úzkostnosti a nízku mieru vyhýbavosti. Súvisí to so strachom z odlúčenia a opustenia, pre ktorý úzkostlivo strážia blízkosť a dostupnosť vzťahových osôb. *Vyhýbavý vzťahový štýl* charakterizuje ľudí s vysokou mierou vyhýbavosti a nízkou mierou úzkostnosti. Ľudia s týmto vzťahovým štýlom sa vyznačujú pozitívnym modelom seba a negatívnym modelom druhých. Je pre nich typické dištancovanie sa od druhých a očakávanie neprijatia zo strany partnera alebo blízkych. Držia si odstup aj v intímnych vzťahoch. *Ustrašený vzťahový štýl* je spojením vysokej úzkostnosti aj vyhýbavosti. Druhých ľudí považujú ľudia s ustrašeným vzťahovým štýlom za ohrozujúcich a nedôveryhodných a seba za nehodnotných a aj v dospelosti sa často riadia schémou z detstva,

kedy ťažko opúšťajú svojho trýzniteľa (Lečbych, Pospíšilíková, 2012; prehľad v Fraley, Shaver, 2000a).

Časová náročnosť a nutnosť dlhodobých školení pre diagnostikovanie vzťahovej väzby prostredníctvom rozhovorov alebo projektívneho testu doviedla výskumníkov k vytvoreniu sebaposudzovacích dotazníkov. Najčastejšie používaným je práve dotazník ECR-R (Fraley, Waller, Brennan, 2000b), ktorý vznikol reanalyzovaním položiek dotazníka ECR (Experience in Close Relationships). Pre úspešnosť ECR-R svedčí aj množstvo zahraničných, populačných a klinických štúdií (prehľad v Hasto et al., 2018) realizovaných s použitím dotazníka ECR-R a tiež skrátené verzie ECR-R použité napríklad v Thaisku (Wongpakaran, Wongpakaran, 2012), v Nemecku (Brenk-Franz et al., 2018) alebo Rusku (Chistopolskaya et al., 2018). Prvá reprezentatívna, validačná štúdia bola vykonaná v Čechách na vzorke 1000 respondentov (Kaščáková et al., 2016) a neskôr na vzorke 1800 respondentov (Hašto et al., 2018). Výsledkom analýz bola skrátená verzia dotazníka ECR-R-16. Na Slovensku bol dotazník ECR-R validovaný na vzorke študentov (Rozvadský Gugová, Heretik, 2011; Rozvadský Gugová, Heretik, Hajdúk, 2014), doposiaľ však nebol realizovaný výskum s dotazníkom ECR-R na slovenskej reprezentatívnej vzorke.

Cieľom tejto šúdie bolo vytvoriť skrátenú slovenskú verziu dotazníka Prežívania blízkych vzťahov (ECR-R), overiť jeho psychometrické vlastnosti a posúdiť sociodemografické rozdiely v rozličných skupinách obyvateľstva SR. Na posúdenie konvergentnej validity bol použitý vzťahový dotazník (Relationship questionnaire, RQ) (Bartholomew, Horowitz, 1991) a otázka na subjektívne prežívanú osamelosť. Zisťovali sme tiež asociácie medzi vzťahovými charakteristikami a osamelosťou.

2.2 Metódy

Výskumný súbor

Zber dát realizovali od 10. 04. do 24. 04. 2019 profesionálne vyškolení administrátori z agentúry FOCUS formou osobných rozhovorov zaznamenávaných do elektronického dotazníka (tzv. CAPI - Computer-Assisted Personal Interviewing).

Vzorka respondentov/respondentiek bola vybraná na základe kvótneho výberu. Kvótnymi znakmi boli pohlavie, vek, vzdelanie, národnosť, veľkosť miesta bydliska a kraj

bydliska. Kvóty boli vypočítané na základe údajov Štatistického úradu SR. Výskumný súbor tvorený 1018 participantmi populácie Slovenskej republiky spĺňa znaky reprezentatívneho súboru z hľadiska pohlavia (48,7 % mužov), vekového zloženia (od veku 18 do 85 rokov, s priemernou hodnotou 46,24), vzdelania (základné 13,5 %, stredoškolské 64,2 %, vysokoškolské 22,3 %) a z hľadiska regionálnej príslušnosti do 8 krajov. Deskriptívne znaky výskumného súboru sú uvedené v tab. 4.

Nástroje merania

Slovenská verzia Dotazníka prežívania blízkych vzťahov (The Experiences in Close Relationships Revised, ECR-R) obsahuje 36 sebaposudzovacích položiek, ktoré sa zameriavajú na meranie vzťahovej väzby v dospelom veku (Fraley,Waller, Brennan, 2000b). Respondenti odpovedajú na otázky na Likertovej škále od 1 do 7, kde 1 značí úplne nesúhlasím a 7 úplne súhlasím. Tvrdenia sú rozdelené do dvoch dimenzií: úzkostnosť a vyhýbavosť. Príkladom položky úzkostnej škály je "Často sa trápim tým, že parter/ka nebude chcieť so mnou zostať." Vyhýbavosť reprezentuje napríklad položka "Je pre mňa pomerne jednoduché zblížiť sa s partnerom/kou."

Pre účely zisťovania konvergentnej validity bola použitá slovenská verzia Relationship Questionare (RQ), ktorý opisuje 4 všeobecné vzťahové štýly: bezpečný (secure), vyhýbavý (dismissing), zapletený/zaujatý (preoccupied) a ustrašený (fearfull) (Bartholomew, Horowitz, 1991). V prvom kroku si respondenti vyberajú jeden príslušný štýl, ktorý ich najlepšie vystihuje. V druhom kroku hodnotia do akej miery, každý zo štyroch typov vzťahového štýlu, korešponduje s ich vzťahovým štýlom na Likertovej škále od 1 po 7, kde 1 znamená, že vôbec nie a 7 znamená, že veľmi silno.

Osamelosť bola zisťovaná otázkou "V poslednom roku sa cítim osamelý/á", respondenti odpovedali na Likertovej škále od 1 do 7, kde 1 znamená vôbec nie a 7 znamená veľmi.

2.3 Štatistické analýzy

Normálne rozloženie dát bolo overené pomocou histogramov a otestované Shapiro-Wilkovým testom. Dáta nesplnili predpoklad normality, preto sme na ďalšie analýzy použili neparametrické štatistické metódy. Faktorová štruktúra škály ECR-R bola overená pomocou konfirmačnej faktorovej analýzy (CFA). Na odhad parametrov CFA bola použitá metóda DWLS (Diagonally Weighted Least Squares) na základe matice polychorických korelácií. CFA

bola počítaná pomocou balíku *lavaan* v programe R. Na hodnotenie parametrov modelu boli použité koeficienty CFI, TLI, RMSEA a SRMR. Vo vedeckej literatúre prebieha diskusia, aké hodnoty by mali vykazovať ukazovatele RMSEA a SRMR (Hooper et al., 2008; Hu et al., 1999; MacCallum et al., 1996; Steiger 2007), prípadne či ich vôbec používať v rámci rozhodovania o vhodnosti modelu (Barett, 2007; Kenny et al., 2003). Pri posudzovaní modelov v tejto štúdii sa riadime odporúčaniami zhrnutými v Hooper et al. (2008): CFI, TLI > 0,95, RMSEA, SRMR < 0,08. Reliabilita škály ECR-R bola hodnotená koeficientmi Cronbachovo alfa a McDonaldovo omega. Konvergentná validita bola vyhodnotená pomocou neparametrických Spearmanových korelačných koeficientov medzi subškálami ECR-R a dotazníkom RQ. Na vyhodnotenie invariancie škály v rámci sociodemografických skupín bol použitý prístup cez porovnanie konfiguračnej, slabej (metrickej) a silnej (skalárnej) invariancie v SEM modeloch s kategoriálnymi dátami, s využitím balíka semTools programovacieho jazyka R. Invariancia nástroja je posudzovaná podľa $\Delta\chi^2$ ($p>0,05$), $\Delta CFI < 0,01$ a $\Delta RMSEA < 0,01$ (Hirschfeld, Von Brachel, 2014). Na porovnanie sociodemografických skupín boli použité neparametrické testy, a to Wilcoxonov dvojvýberový test a Kruskal-Wallisov test s Dunn-Bonferroniho korekciou pre viacnásobné porovnanie skupín. Okrem p-hodnôt boli vyhodnotené aj miery účinku jednotlivých testov, konkrétne Cohenovo d (v texte iba „d“) a parciálna η^2 (eta na druhú, v texte „e“). Všetky analýzy boli spočítané s použitím softwaru IBM SPSS Statistic verzia 21 a R 3.6.0.

2.4 Výsledky

Faktorová štruktúra

Konfirmačná faktorová analýza (CFA) bola počítaná na základe matice polychorických korelácií. Bola overená štandardná dvojfaktorová štruktúra kompletnej škály ECR-R (Fraley et al., 2011a) a jej skrátenej verzie ECR-R-16 (Kascakova et al., 2016). Parametre zhody modelov s dátami sú uvedené v tabuľke 1. Kompletný 36-položkový model nevyhovuje parametrom dostatočnej zhody s dátami: nemá dostatočne vysokú hodnotu koeficientov CFI a TLI (> 0,95) a má vysoké hodnoty RMSEA a SRMR (> 0,10).

Tabuľka 2. 1: Parametre konfirmačnej faktorovej analýzy dvojfaktorových modelov kompletnej verzie ECR-R a skrátenej verzie ECR-R-16 so zámenou položky 1 za položku 5 a postupným vylúčením položiek 16 a 31R.

	Kompletný model 36 položiek	Skrátený model 16 položiek	Skrátený model nový 16 položiek[a]	Skrátený model 14 položiek[b]	Skrátený model 14 položiek[c]
DWLS Chi-Square	66171,2 (df 593)	6256,6 (df 103)	1873,8 (df 103)	771,0 (df 76)	**570,7 (df 73)**
P-value	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	**< 0,001**
CFI	0,829	0,958	0,988	0,993	**0,995**
TLI	0,818	0,951	0,986	0,992	**0,994**
RMSEA (90% CI)	0,330 (0,328–0,332)	0,242 (0,237–0,247)	0,130 (0,125–0,135)	0,095 (0,089–0,101)	**0,082 (0,076–0,088)**
SRMR	0,261	0,164	0,098	0,071	**0,067**

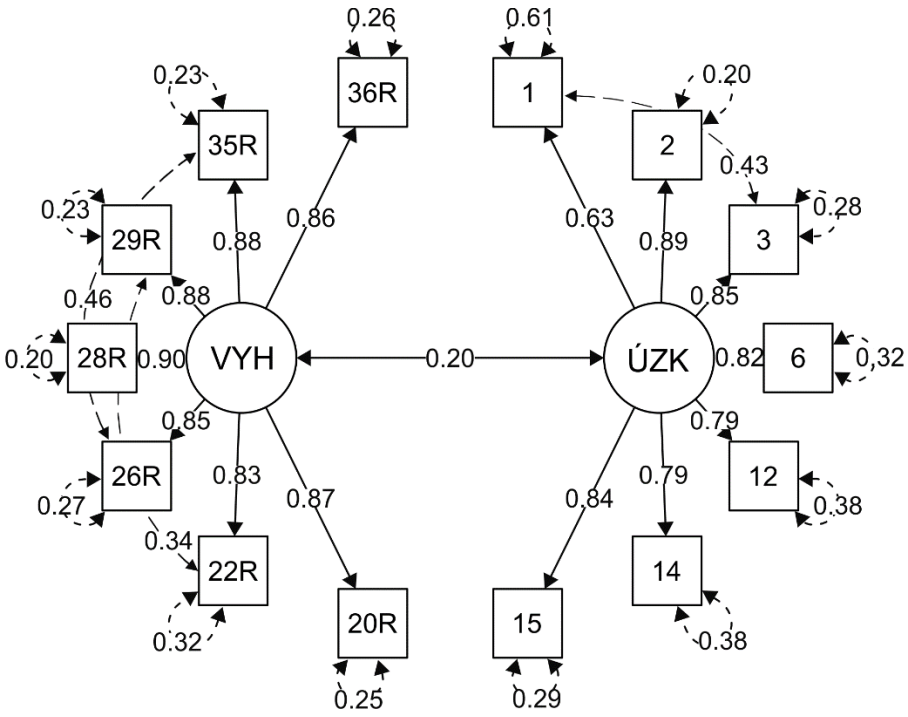
Pozn: [a]Po zaradení položky 1 namiesto pol. 5; [b]Po vylúčení položiek 16 a 31R; [c]Po previazaní chybových zložiek pri položkách 1 a 3, 22R a 29R, 26R a 35R.

Skrátený 16-položkový model ECR-R-16 má vyhovujúcu hodnotu koeficientov CFI a TLI (> 0,95), hodnoty RMSEA a SRMR ale zostávajú vysoké (> 0,10). Ako problematická sa javí položka číslo 5 *(Často si prajem, aby city môjho partnera/partnerky ku mne boli rovnako silné ako moje city k nej/nemu).* Jej náboj je veľmi nízky (λ = 0,22). Položka 5 sa ukázala ako nevyhovujúca aj v českej verzii dotazníka ECR-R-16 (Hašto et al., 2018 ; Kascakova et al., 2016), preto sme ju vylúčili a namiesto nej sme zaradili položku číslo 1 (*Obávam sa, že stratím lásku partnerky/partnera.)* pôvodného dotazníka ECR-R kvôli jej podobnému významu. Po zámene týchto položiek zo subškály *úzkostnosť* sa parametre zhody modelu s dátami výrazne zlepšili (tab 1), hodnoty RMSEA a SRMR ale zostali vysoké. Preto sme pristúpili k ďalšiemu skráteniu škály: vylúčili sme položku s číslom 16 *(Vyvádza ma z miery, že od svôjho partnera/partnerky nedostávam lásku a podporu, akú potrebujem.)* zo subškály *úzkostnosť.* Položka 16 má najnižší náboj zo všetkých položiek (λ = 0,62). Aby bol zhodný počet položiek v oboch subškálach, pristúpili sme k vylúčeniu jednej položky aj zo subškály *vyhýbavosť*: po posúdení zastúpenia jednotlivých tematických celkov v subškále sme vylúčili položku 31R (*Preberám veci s partnerkou/partnerom.),* pretože svojím významom duplikuje položku 28R (*Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerkou/partnerom*.).

Po vylúčení problematickej položky 16 zo subškály *úzkostnosť* a „redundantnej" položky 31R zo subškály *vyhýbavosť* sme získali nový skrátený model škály ECR-R-SK-14 (príloha 1). Tento dvojfaktorový model ECR-R-SK-14 má dostatočne vysoké náboje všetkých položiek (0,68 – 0,91), vyhovujúcu hodnotu koeficientov CFI a TLI (> 0,95) a hodnoty RMSEA < 0,10 a SRMR < 0,08. Na ďalšie zníženie hodnôt RMSEA a SRMR v dvojfaktorovom modeli ECR-

R-SK-14 sme previazali chybové zložky v položkách 1 a 3 v subškále *úzkostnosť* a v položkách 22R a 29R, 26R a 35R v subškále *vyhýbavosť*. Všetky parametre zhody tohto modelu s dátami sa zlepšili, napriek tomu sa nepodarilo získať hodnotu RMSEA < 0,08 (tab 1). Korelácia medzi faktormi *úzkostnosť* a *vyhýbavosť* je pomerne nízka s hodnotou 0,19. Výsledný model ECR-R-SK-14 je znázornený v grafe 1.

Graf 2. 1: SEM model konfirmačnej faktorovej analýzy skráteného dotazníka ECR-R-SK-14 s rozdelením položiek do subškál *úzkostnosť* a *vyhýbavosť*.



Reliabilita

Reliabilita dotazníka ECR-R bola overená pomocou Cronbachovho alfa (α) a McDonaldovho omega (ω), ktoré je vhodné pre viacdimenzionálne škály. Vnútorná konzistencia kompletnej verzie dotazníka je vysoká, s hodnotami α = 0,91 (95% CI 0,91 – 0,92) a ω = 0,95. Škály *úzkostnosti* a *vyhýbavosti* získali zhodne α = 0,90 (95% CI 0,89 – 0,91).

Novo navrhnutá skrátená verzia škály „ECR-R-SK-14“ (po výmene položky 5 a vylúčení položiek 16 a 31R z ECR-R-16) má α = 0,87 (95% CI 0,86 – 0,88) a ω = 0,89. Reliabilita škály

úzkostnosti nadobúda hodnotu α = 0,89 (95% CI 0,88 – 0,90) a reliabilita škály *vyhýbavosti* má α = 0,94 (95% CI 0,93 – 0,94).

Podľa Cronbachovho alfa a McDonaldovho omega je teda vnútorná konzistencia škály ECR-R dostatočná v oboch verziách škály.

Na základe výsledkov konfirmačnej faktorovej analýzy a reliability bola v nasledujúcich analýzach použitá novo navrhnutá skrátená verzia škály ECR-R-SK-14. Položková analýza škály ECR-R-SK-14 je uvedená v tab. 2.

Tab 2. 2: Položková analýza novo navrhnutej skrátenej škály ECR-R-SK-14.

Poradové číslo	**Číslo v pôvodnom dotazníku**	**Položky škály ECR-R-14**	**Priemer**	**Smer. odchylka**	**Korelácia so škálou**
1.	1 Ú	Obávam sa, že stratím lásku partnerky/partnera.	2,4	1,8	0,38
2.	14 Ú	Moja túžba po veľmi blízkom vzťahu niekedy ľudí odstraší.	2,3	1,7	0,56
3.	6 Ú	Dosť sa trápim mojimi vzťahmi.	2,4	1,7	0,61
4.	35 R (V)	Je pre mňa ľahké prejavovať náklonnosť partnerke/partnerovi.	3,2	2,1	0,68
5.	12 (Ú)	Mám pocit, že sa partnerka/partner so mnou nechce až tak zblížiť, ako by som si to prial/priala.	2,6	1,8	0,52
6.	26 R (V)	Je pre mňa pomerne jednoduché zblížiť sa s partnerkou/partnerom.	3,4	2,1	0,68
7.	20 R (V)	Rád/rada zdieľam svoje osobné myšlienky a pocity s partnerkou/partnerom.	3,4	2,1	0,62
8.	36 R (V)	Partnerka/partner naozaj rozumie mne a mojim potrebám.	3,4	2,1	0,70
9.	15 (Ú)	Obávam sa, že ak moja milostná partnerka/partner zistí, aký/aká som, nebude sa jej/mu páčiť, kto v skutočnosti som.	2,2	1,6	0,62
10.	3 (Ú)	Často sa trápim tým, že ma partnerka/partner v skutočnosti nemiluje.	2,3	1,6	0,59

11.	22 R (V)	Blízkosť milostného partnera/partnerky je mi veľmi príjemná.	3,1	2,2	0,59
12.	2 (Ú)	Často sa trápim tým, že partnerka/partner nebude chcieť so mnou zostať.	2,4	1,7	0,61
13.	28 R (V)	Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerkou/partnerom.	3,3	2,1	0,70
14.	29 R (V)	Pomáha mi, keď sa v čase núdze obrátim na milostnú partnerku/partnera.	3,1	2,1	0,63

Pozn. R- reverzná položka, (Ú)-úzkostnosť, (V)-vyhýbavosť

Konvergentná validita

Konvergentná validita ECR-R-SK-14 bola overená pomocou neparametrických Spearmanových korelácií so škálou RQ. Konkrétne boli korelované subškály *úzkostnosti* a *vyhýbavosti* novo navrhnutej skrátenej verzie ECR-R-SK-14 s jednotlivými vzťahovými štýlmi, modelom seba (model of self) a modelom druhého (model of others) dotazníka RQ. Korelačné koeficienty sú uvedené v tabuľke 3. Bezpečný vzťahový štýl negatívne koreluje s *úzkostnosťou* aj *vyhýbavosťou*, korelácie sú stredne silné a sú *štatisticky* signifikanté ($r = -0,33$, resp. $r = -0,46$; $p < 0,001$). Zapletený/*zaujatý* vzťahový štýl stredne silno koreluje so subškálou *úzkostnosti* ($r = 0,33$; $p < 0,001$), zatiaľ čo vyhýbavý vzťahový štýl stredne silno koreluje so subškálou *vyhýbavosti* ($r = 0,31$; $p < 0,001$). Ustrašený vzťahový štýl stredne silno koreluje s *úzkostnosťou* ($r = 0,33$; $p < 0,001$) a slabo koreluje s *vyhýbavosťou* ($r = 0,25$; $p < 0,001$). Subškála *úzkostnosti* získava stredne silnú negatívnu koreláciu s modelom seba (model of self) ($r = -0,43$; $p < 0,001$) a slabú negatívnu koreláciu s modelom druhých (model of others) ($r = -0,20$; $p < 0,001$), zatiaľ čo subškála *vyhýbavosti* vykazuje stredne silnú negatívnu koreláciu s modelom druhých ($r = -0,44$; $p < 0,001$) a slabú negatínu koreláciu s modelom seba ($r = -0,26$; $p < 0,001$).

Tab 2. 3: Neparametrické Spearmanove korelačné koeficienty medzi vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou (ECR-R-SK-14) a vzťahovými štýlmi, modelom seba a modelom druhých podľa škály RQ a s prežívanou osamelosťou.

	Vzťahová úzkostnosť ECR-R-SK-14	Vzťahová vyhýbavosť ECR-R-SK-14
Vzťahový štýl RQ		
bezpečný	-0,332***	-0,460***
zapletený/zaujatý	0,326***	0,121*
vyhýbavý	0,077	0,314***
ustrašený	0,332***	0,253***
Vzťahový model RQ		
model seba	-0,428***	-0,264***
model druhých	-0,201***	-0,439***
Osamelosť	0,380***	0,503***

Pozn. ***p<0,001, **p<0,01,
*p<0,05.

Sociodemografické rozdiely

Na základe výsledkov konfirmačnej faktorovej analýzy bola k analýzam rozdielov medzi sociodemografickými skupinami použitá novo navrhnutá 14-položková škála ECR-R-SK-14.

Najskôr sme vykonali analýzu invariancie štruktúry nástroja vzhľadom na pohlavie, vekové skupiny a rodinný stav respondentov. V tabuľke 4 sú uvedené popisné charakteristiky sociodemografických skupín obyvateľstva Slovenskej republiky. Test slabej (metrickej) invariancie nástroja ECR-R-SK naznačuje, že škála je slabo invariantná vzhľadom na pohlavie ($\Delta\chi^2 = 21,3$, $\Delta df = 12$, $p = 0,05$, $\Delta CFI = 0,001$, $\Delta RMSEA = 0,003$), vekové skupiny ($\Delta\chi^2 = 58,5$, $\Delta df = 60$, $p = 0,53$, $\Delta CFI = 0,001$, $\Delta RMSEA = 0,005$), aj vzhľadom na rodinný stav ($\Delta\chi^2 = 60,7$, $\Delta df = 48$, $p = 0,10$, $\Delta CFI = 0,001$, $\Delta RMSEA = 0,004$). Test silnej (skalárnej) invariancie nástroja naznačuje, že škála je silne invariantná vzhľadom na pohlavie ($\Delta\chi^2 = 46,8$, $\Delta df = 12$, $p = 0,13$, $\Delta CFI = 0,002$, $\Delta RMSEA = 0,009$) a vekové skupiny ($\Delta\chi^2 = 65,9$, $\Delta df = 60$, $p = 0,53$, $\Delta CFI = 0,001$, $\Delta RMSEA = 0,004$). Silná invariancia škály vzhľadom na rodinný stav je splnená len čiastočne, podľa ukazovateľov ΔCFI a $\Delta RMSEA$ ($\Delta\chi^2 = 103,5$, $\Delta df = 48$, $p < 0,01$, $\Delta CFI = 0,006$, $\Delta RMSEA = 0,001$). Pri testovaní invariancie je podľa niektorých autorov (napr. Cheung,

Rensvold, 1999; Cheung, Rensvold, 2002) vhodné prihliadať obzvlášť na zmeny v parametroch fitu (ΔCFI, ΔRMSEA), pretože hodnoty testu χ^2 bývajú ovplyvnené počtom respondentov a komplexitou SEM modelu. Preto aj pri rodinnom stave považujeme invarianciu nástroja za splnenú. Škála ECR-R-SK-14 sa dá považovať za invariantnú v rámci sledovaných sociodemografických skupín respondentov a je možné porovnávať priemery latentných premenných v jednotlivých skupinách. Tab. 4 obsahuje toto porovnanie v subškálach *úzkostnosť* a *vyhýbavosť*.

Tab 2. 4: Popisné charakteristiky dátového súboru a výsledky neparametrického porovnania sumárneho skóre subškál dotazníka ECR-R-SK-14 (Wilcoxonov dvojvýberový test a Kruskal-Wallisov test).

Skupiny	N (%)	**Úzkostnosť ECR-R-SK-14** M (SD)	Štatistická signifikancia	**Vyhýbavosť ECR-R-SK-14** M (SD)	Štatistická signifikancia
Celá vzorka	1018 (100)	16,5 (9,2)		23,0 (12,6)	
Pohlavie					
1. muž	496 (48,7)	16,0 (8,9)	NS	22,4 (12,2)	NS
2. žena	522 (51,3)	17,0 (9,5)		23,5 (13,0)	
Vekové kategórie					
1. 18-24 rokov	110 (10,8)	18,2 (9,4)		22,7 (11,4)	
2. 25-34 rokov	187 (18,4)	17,6 (9,3)		20,5 (11,0)	
3. 35-44 rokov	199 (19,5)	16,6 (9,0)	p=0,003 (1-6**, 2-6*)	20,2 (11,6)	p<0,001 (2-6***, 3-5**, 3-6***)
4. 45-54 rokov	166 (16,3)	17,1 (9,4)		23,2 (12,8)	
5. 55-64 rokov	168 (16,5)	15,7 (9,3)		24,8 (13,2)	
6. 65 rokov a viac	188 (18,5)	14,8 (8,9)		26,7 (14,1)	
Rodinný stav					
1. slobodný/á	225 (22,1)	19,3 (10,1)	p<0,001 (1-2***, 1-	24,9 (12,7)	p<0,001 (1-2***, 1-
2. ženatý/vydatá	553 (54,3)	15,3 (8,5)		19,8 (10,9)	

3. rozvedený/á	72 (7,1)	20,1 (10,3)	4***, 2-3**, 3-4***, 4-5***)	30,5 (12,5)	3*, 1-4***, 1-5*, 2-3***, 2-4***, 3-5***, 4-5***)
4. vdovec /vdova	78 (7,7)	13,6 (9,0)		36,6 (13,4)	
5. druh/družka	90 (8,8)	17,0 (8,5)		20,0 (10,2)	

Pozn. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001; NS = nesignifikantný výsledok.

P- hodnota prislúcha porovnaniu všetkých skupín, vzťahy uvedené v zátvorkách sú výsledkom viacnásobného porovnania skupín.

Výsledky neparametrického porovnania poukázali na *štatisticky* signifikatné rozdiely vo vzťahových charakteristikách v socio-demografických skupinách. Medzi mužmi a ženami nebol nájdený *štatisticky* signifikantný rozdiel v *úzkostnosti* a *vyhýbavosti*. Mladšie vekové skupiny referovali vyššie skóre úzkostnosti (s mierami účinku Cohenovo d = 0,23, e = 0,01), zatiaľ čo staršie vekové skupiny majú vyššie skóre vyhýbavosti (d = 0,32, e = 0,03).

Najnižšie skóre *úzkostnosti* (d = 0,43, e = 0,04) a súčasne najvyššie skóre *vyhýbavosti* (d = 0,76, e = 0,13) bolo zistené v skupine ovdovelých respondentov. Osamelosť stredne silne koreluje so vzťahovou úzkostnosťou (r = 0,38; p < 0,001) a so vzťahovou vyhýbavosťou (r = 0,50; p < 0,001) (Tab. 3).

2.5 Diskusia

Cieľom našej štúdie bolo posúdiť psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka *Prežívania blízkych vzťahov* (ECR-R) a pre výskumné účely porovnať jeho vlastnosti so skrátenou verziou ECR-R-16, podobne ako v štúdií s českou verziou ECR-R (Hašto et al., 2018). Vzhľadom na výsledky analýzy bola vytvorená 14 - položková verzia (príloha 1), ktorá má lepšie psychometrické vlastnosti než 16 - položková aj plná verzia. Skrátená verzia (ECR-R-SK-14) bola použitá aj v posudzovaní sociodemografických rozdielov vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti u slovenských dospelých respondentov.

Psychometrické vlastnosti

Plná verzia dotazníka ECR-R sa podobne ako v českej štúdii (Hašto et al., 2018) ukázala ako nevyhovujúca. V prípade ďalšieho skúmania odporúčame uvažovať o možnosti výberu inej

zostavy otázok pre skrátenú verziu ECR-R-16 z pôvodnej 36 položkovej verzie. Ako problematická sa javí otázka číslo 16 (*Vyvádza ma z miery, ak od partnera/partnerky nedostávam lásku a podporu, akú potrebujem*). Môžeme uvažovať o skutočnosti, že respondenti ťažšie pripúšťajú túto možnosť v prípade, ak sa zo strany partnera/partnerky stretávajú s výčitkami. Otázku číslo 16 sme zo skrátenej verzie dotazníka vylúčili. Jej nevyhovujúci charakter môže spôsobovať aj fakt, že slovné spojenie -*vyvádza ma z miery*- pôsobí prehnane oproti formuláciam ostatných otázok, kde sa vyskytujú primeranejšie pojmy označujúce mieru: *často, veľmi, obyčajne* alebo: *dosť, obávam sa, je pre mňa ľahké*. Zaujímavé by bolo zistiť, či by sa výsledky zmenili po preformulovaní otázky napríklad na: (*Je pre mňa ťažké, ak od partnera/ky nedostávam lásku a podporu akú potrebujem.*).

V skrátenej verzii ECR-R-16 sme problematickú otázku číslo 5 (*Často si prajem, aby city partnera/ky ku mne boli rovnako silné ako moje city k nej/k nemu.),* ktorá bola nevyhovujúca aj v českej štúdii (Hašto et al., 2018), vymenili za otázku číslo 1 (*Obávam sa, že stratím lásku partnerky/partnera.),* ktorá má podobný význam. Pre zachovanie symetrie v počte otázok v subškálach úzkostnosti a vyhýbavosti sme vylúčili aj otázku číslo 31R (*Preberám veci s partnerom/kou.),* ktorá duplikuje otázku číslo 28R (*Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerom/kou.).* Po uplatnení predchádzajúcich zmien vznikla skrátená verzia ECR-R- SK 14 s položkami 1, 14, 6, 12, 15, 3, 2 (Fraley, Waller, Brennan, 2000b) zodpovedajúcimi v aktuálnom, skrátenom, slovenskom dotazníku položkám 1, 2, 3, 5, 9, 10, 12 v subškále úzkostnosti a s položkami 35R, 26R, 20R, 36R, 22R, 28R, 29R (Fraley, Waller, Brennan, 2000b) zodpovedajúcimi 4, 6, 7, 8, 11, 13, 14 v subškále vyhýbavosti. Skrátená verzia ECR-R-SK-14 pre využitie na slovenskej populácii, obsahuje v subškále úzkostnosti témy: obavy z odmietnutia alebo opustenia s položkami- 12 (2), 10 (3), 9 (15), 1 (1); nadmerná potreba náklonnosti od ostatných- 5 (12), 2 (14); distres pri nedostupnosti partnera- 3 (6); a v subškále vyhýbavosti témy: excesívne spoliehanie sa na seba- 14 (29R), 8 (36R); neochota zdieľať- 7 (20R), 13 (28R); a obavy z blízkosti- 11 (22R), 6 (26R), 4 (35R). Pri tvorbe skrátenej verzie ECR-R-SK-14 sme vyberali otázky jednak podľa ich štatistických vlastností a zároveň tak, aby boli zachované dôležité témy, podobne ako v českej verzii (Hasto et al., 2018; Kascakova 2016), kde sa výskumníci inšpirovali inými zahraničnými štúdiami (prehľad v Kascakova et al., 2016). V štúdií realizovanej v Rusku (Chistopolskaya et al., 2018) na vzorke 793 študentov, dospeli výskumníci rovnako k vytvoreniu kompaktného, 14-položkového dotazníka, ktorý obsahuje 7 otázok k úzkostnosti a 7 k vyhýbavosti.

Faktor *vyhýbavosti* tvoria zoskupené všetky reverzné otázky. Pri otázkach pôvodne reprezentujúcich úzkostnosť to môže byť spôsobené aj ich obsahom zameraným na obavy z opustenosti. Ako opisuje štúdia k českému ECR-R (Hašto et al., 2018), obavy z opustenosti zachytávajú *úzkostnosť*, zatiaľ čo ich neprítomnosť *vyhýbavosť*. Odborná literatúra, ktorá sa zaoberá reverznými otázkami rovnako uvádza, že majú tendenciu zoskupovať sa do samostatného faktora (Netemeyer, Bearden, Sharma, 2003). Výskumníci Schmitz a Baer (2001) dospeli k záverom, že reverzné otázky môžu spôsobovať ťažkosti pri porozumení hlavne mladšej skupine respondentov a ľuďom s nižším vzdelaním. Podobné závery prezentovali aj Hanak a Dimitrijevic (2013). V ich štúdií sa potvrdila nižšia reliabilita ECR-R s nižšími hodnotami CITC (corrected item-total correlation) najviac v reverzných otázkach u respondentov s nižším vzdelaním oproti vysokoškolským študentom.

Vnútorná konzistencia dotazníka, respektíve oboch subškál je dobrá, porovnateľne so skrátenou českou verziou ECR-R-16 (Hašto a kol., 2018). Dobrú vnútornú konzistenciu skrátených verzií dotazníka ECR-R potvrdzujú aj iné zahraničné štúdie (Brenk- Franz et al., 2018; Chistopolskaya et al., 2018; Wongpakaran, Wongpakaran, 2012). Konvergentná validita vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti skrátenej verzie ECR-R-SK-14 s modelom seba (model self) a druhých (model of others) a vzťahovými štýlmi RQ ukázala významné aj keď nižšie korelácie ako v iných štúdiách (Busonera et al., 2014; Ehrenthal, Dinger, Schauenburg, 2006; Favez et al., 2016; Tsagarakis, Kafetsios, Stalikas, 2007). Pocit osamelosti významne koreluje so vzťahovou úzkostnosťou aj vyhýbavosťou.

Sociodemografické rozdiely

Dáta získané od reprezentatívnej vzorky nám umožnili porovnať vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti jednotlivé skupiny rozdelené podľa pohlavia, veku, a rodinného stavu. Nenašli sme žiadne významné rozdiely vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti medzi mužmi a ženami, rovnako ako vo väčšine iných zahraničných štúdií (Hašto et al., 2018; Kooiman at al., 2013; Picardi et al., 2005; Tsagarakis, Kafetsios, Stalikas, 2007; Wongpakaran, Wongpakaran, 2012). Niektoré štúdie potvrdzujú vyššiu vzťahovú úzkostnosť u žien (Busonera et al., 2014; Fraley et al., 2011b) a vyššiu vyhýbavosť u mužov (e.g. Fraley at al., 2011b; Gray, Dunlop, 2017). Významnejšie rozdiely môžeme konštatovať v skupinách rozdelených podľa veku. Vo vekovej kategórii *65 a viac* sa vyskytuje nižšia úzkostnosť a vyššia vyhýbavosť oproti mladšej vekovej skupine *od 18 do 24 rokov* a *od 25 do 34 rokov*. Významný pokles vzťahovej úzkostnosti v súvislosti s vekom zistili aj výskumníci na širokej internetovej vzorke s 86555 participantmi vo veku od 18 do 70 rokov (Chopik, Edelstein, Fraley, 2013). V najstaršej

vekovej skupine bola štatisticky signifikantne najvyššia vzťahová vyhýbavosť. Toto zistenie úzko súvisí s tým, že skupinu najstarších tvorila veľká časť ovdovených a ľudí žijúcich osamelo. Ovdovelí respondenti môžu mať vyššiu vzťahovú vyhýbavosť. To môže súvisieť so skutočnosťou, že po strate partnera môžu trpieť posttraumatickou stresovou poruchou. Štúdia Brady a kol. (2010), skúmajúca príznaky posttraumatickej stresovej poruchy u ovdovelých žien, podporuje toto tvrdenie. Výskumníci namerali vyššie skóre vyhýbavosti u žien, ktoré prišli o manžela len nedávno, v porovnaní s tými, čo prišli o manžela dávnejšie.

Pocity osamelosti súvisia so vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou. Subjektívny pocit osamelosti môžu prežívať aj ľudia žijúci vo vzťahoch. Môže to súvisieť s ich vyššou vzťahovou vyhýbavosťou a úzkostnosťou oproti ľuďom, ktorí sa necítia osamelo. Vzťahová vyhýbavosť má výrazný vplyv na kvalitu partnerských vzťahov, čo súvisí so zistením vyššej vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti u rozvedených ľudí (Noftle, Shaver, 2006). Štúdia vykonaná na vzorke vyše 300 repondentov vo veku od 65 rokov vyššie povrdzuje tvrdenie, že ľudia s bezpečnou vzťahovou väzbou pociťujú osamelosť menej ako ľudia s neistou vzťahovou väzbou. Respondenti s neistou úzkostnou vzťahovou väzbou pociťovali vyššiu osamelosť aj v prípade, že im bola poskytovaná materiálna a emocionálna podpora, či už inštitucionálna alebo od blízkych (Collins, Mercier, Shelley, 2002). Výsledky mnohých štúdií potvrdzujú, že ľudia s bezpečnou vzťahovou väzbou sú spokojnejší v trvalom partnerskom vzťahu akým je manželstvo, zatiaľ čo ľudia s vyhýbavou vzťahovou väzbou sú vo vzťahoch najmenej spokojní (prehľad v Gallerova, Halama, 2016). Typ vzťahovej väzby ovplyvňuje aj pociťovanie celkovej životnej pohody (well-being), ktorá vplýva na kvalitu partnerského vzťahu. Na pociťovanie životnej pohody u ľudí žijúcich v partnerskom vzťahu však vplýva nielen individuálny typ vzťahovej väzby, ale aj vzťahová úzkostnosť a vyhýbavosť partnera. Vzťahová úzkostnosť a vyhýbavosť negatívne koreluje s pociťovaním životnej pohody. Poznanie partnerovho vzťahového štýlu a jeho zranení môže pozitívne ovplyvniť reakciu na jeho neisté správanie a docieliť tak lepšie vzájomné porozumenie. O pociťovaní životnej pohody v partnerskom vzťahu sa viac vo svojej štúdií zmieňuje Brandao a kol. (2019).

Závery psychometrickej analýzy skrátenej verzie dotazníka prežívania blízkych vzťahov ECR-R-SK-14, poukazujú na vhodnosť tohto sebaposudzovacieho nástroja na meranie vzťahového štýlu v dospelosti. Náš tím má v pláne do budúcna spracovávať získané dáta na reprezentatívnej vzorke a analyzovať súvislosti medzi vzťahovou väzbou, spôsobom pôrodu, traumatizáciou, zvládaním stresujúcich situácií a kvalitou psychického aj fyzického zdravia v dospelosti.

2.6 Limity a prednosti

Nevýhodu štúdie vidíme v náročnosti dotazníka ECR-R, pretože obsahuje veľký počet reverzných otázok. Vyplnenie kompletnej testovej batérie trvalo približne hodinu. Dotazník ECR-R sa nachádzal zhruba v polovici batérie, po otázkach na zdravotný stav, problematické užívanie alkoholu a nikotínu, a na psychopatológiu. Pre niektorých respondentov mohlo byť vzhľadom na možnú únavu a pokles koncentrácie problémové pochopiť reverzne formulované otázky. Zber dát prebiehal štandardizovaným rozhovorom, ktorý mohol ovplyvniť odpovede respondentov sociálne žiaducim smerom. Za hlavnú výhodu považujeme zozbieranie údajov na reprezentatívnej vzorke obyvateľstva Slovenskej Republiky.

Referencie

Adshead, G. (2018): Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry. British Journal of Psychiatry, 213, 3, 511-513.

Ainsworth, M. (1979): Infant- Mother Attachment. American Psychologist, 34, 10, 932-937.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, N.J. New York. Lawrence Erlbaum Associates.

Barrett, P. (2007): "Structural Equation Modelling: Adjudging Model Fit," Personality and Individual Differences, 42 (5), 815-24

Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991): Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of Personality and Social Psychology, 61, 2, 226-244.

Bond, S. (2009): Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change. Journal of Nervous and Mental Disease, 197, 2, 144-145.

Bowlby, J. (2010): Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha, Portál.

Brady, K. L., Acierno, R. E., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (2004): PTSD symptoms in widowed women with lifetime trauma experiences. Journal of Loss & Trauma, 9, 1, 35-43.

Brandão, T, Matias, M, Ferreira, T, Vieira, J, Schulz, MS, Matos, PM. (2019): Attachment, emotion regulation, and well-being in couples: Intrapersonal and interpersonal associations. Journal of Personality, 1– 14.

Brenk-Franz K, Ehrenthal J, Freund T, Schneider N, Strauß B, Tiesler F, et al. (2018): Evaluation of the short form of “Experience in Close Relationships” (Revised, German Version “ECR-RD12”) - A tool to measure adult attachment in primary care. PLOS ONE, 13, 1.

Brennan, K. A., Clark, C. L., Shaver, P. R. (1998): Self-report measurement of adult attachment (Integrative overview). In: J. A. Simpson, W. S. Rholes (Eds.), Attachment theory and close relationships. New York, Guilford Press, 46-76.

Bucci, S., Emsley, R., Berry, K. (2017): Attachment in psychosis: A latent profile analysis of

attachment styles and association with symptoms in a large psychosis cohort. Psychiatry Research, 247, 243-249.

Busonera, A., Martini, P. S., Zavattini, G. C., Santona, A. (2014): Psychometric properties of an italian version of the experiences in close relationships-revised (ECR-R) scale. Psychological Reports, 114, 3, 785-801.

Collins, S., Mercier, J., Shelley, M. (2002): Attachment, social support, and loneliness in later life. Gerontologist, 42, 54-54.

Dagan, O., Facompre, C. R., Bernard, K. (2018): Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 236, 274-290.

Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Schauenburg, H. (2006): First result of the evaluation of a German-language version of the interdependency survey "Experiences in close relationships - Revised" (ECR-R). Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 56, 2, 85-85.

Failo, A., Giannotti, M., Venuti, P. (2019): Associations between attachment and pain: From infant to adolescent. Sage Open Medicine, 7.

Farrell, A. K., Waters, T. E. A., Young, E. S., Englund, M. M., Carlson, E. E., Roisman, G. I., Simpson, J. A. (2019): Early maternal sensitivity, attachment security in young adulthood, and cardiometabolic risk at midlife. Attachment & Human Development, 21, 1, 70-86.

Favez, N., Tissot, H., Ghisletta, P., Golay, P., Notari, S. C. (2016): Validation of the French Version of the Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Romantic Attachment Questionnaire. Swiss Journal of Psychology, 75, 3, 113-121.

Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C. (2011a): The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire: A Method for Assessing Attachment Orientations Across Relationships. Psychological Assessment, 23, 3, 615-625.

Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., Roisman, G. I. (2011b): Patterns of Stability in Adult Attachment: An Empirical Test of Two Models of Continuity and Change. Journal of Personality and Social Psychology, 101, 5, 974-992.

Fraley, R. C., Shaver, P. R. (2000a): Adult romantic attachment: Theoretical develop- ments,

emerging controversies, and unan- swered questions. Review of General Psy- chology, 4, 2, 132-154.

Fraley, R. C., Waller, N. G., Brennan, K. A. (2000b): An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. Journal of Personality and Social Psychology, 78, 2, 350-365.

Gallerova, P., Halama, P., (2016): Relationships between attachment and marital satisfaction in married couples. Psychologie a její kontexty 7, 1, 37-50.

Gobel, A., Barkmann, C., Arck, P., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., Mudra, S. (2019): Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style. Midwifery, 79.

Gray, J.S., Dunlop, W.L., (2017): Structure and measurement invariance of adult romantic attachment. Journal of Personality Assessment 101, 2, 1-10.

Hanak, N., Dimitrijevic, A. (2013): A Serbian version of modified and revised Expe- riences in Close Relationships Scale (SM– ECR–R). Journal of Personality Assessment, 95, 5, 530-538.

Hašto, J. (2005): Vzťahová väzba. Ku koreňom lásky a úzkosti. Trenčín, Vydavateľstvo F.

Hasto, J., Kascakova, N., Furstova, J., Solcova, I. P., Vackova, K. A., Heveriova, M., Tavel, P. (2018): The Experiences of Close Relationships-Revised (ECR-R) and sociodemographic differences in attachment anxiety and avoidance. Ceskoslovenska Psychologie, 62, 56-79.

Hepper, E., Carnelley, KB. (2012): Attachment and romantic relationships: The role of models of self and other. The psychology of love. Women's Psychology, 1, 133-154.

Hirschfeld, G., Von Brachel, R. (2014): Improving Multiple-Group confirmatory factor analysis in R–A tutorial in measurement invariance with continuous and ordinal indicators. Practical Assessment, Research, and Evaluation, 19 (1), 7. DOI: https://doi.org/10.7275/qazy-2946,

Homan, K. J. (2016): Self-compassion and psychological well-being in older adults. Journal of Adult Development, 23, 2, 111-119.

Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M. R. (2008): Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. Electronic Journal of Business Research Methods, 6 (1), 53-60.

Hu, L.T. and Bentler, P.M. (1999): "Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives," Structural Equation Modeling, 6 (1), 1-55.

Hudson, N. W., Chopik, W. J., Briley, D. A. (2019): Volitional change in adult attachment: Can people who want to become less anxious and avoidant move closer towards realizing those goals? European Journal of Personality, 34, 93-114.

Cheung, G. W. Rensvold, R. B. (1999): Testing factorial invariance across groups: A reconceptualization and proposed new method. Journal of Management, 25 (1), 1–27.

Cheung, G. W., Rensvold, R. B. (2002): Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. Structural Equation Modeling, 9 (2), 233–255.

Chistopolskaya K., Mitina O., Enikolopov S., Nikolaev E., Semikin G., Chubina S., Ozol S., Drovosekov S. (2018): Adaptation on a russian sample of the short version of experience in close relationships-revised questionnaire. Psikhologicheskii zhurnal, 39, 5, 87-98.

Chopik, W. J., Edelstein, R. S., Fraley, R. C. (2013): From the cradle to the grave: Age differences in attachment from early adulthood to old age. Journal of Personality, 81, 2, 171-183.

Kascakova, N., Husarova, D., Hasto, J., Kolarcik, P., Polackova Solcova, I., Geckova, A. M., Tavel, P. (2016): Validation of a 16-Item Short Form of the Czech Version of the Experiences in Close Relationships Revised Questionnaire in a Representative Sample. Psychological Reports, 119, 3, 804-825.

Kebza, V., Šolcová, I. (2008): Hlavní koncepce psychické odolnosti. Československá psychologie, 52, 1, 1-19.

Kebza, V., Solcova, I. (2003): Well-being as psychological and also interdisciplinary based concept. Ceskoslovenska Psychologie, 47, 4, 333-345.

Kenny, D.A. and McCoach, D.B. (2003): "Effect of the Number of Variables on Measures of Fit in Structural Equation Modeling," Structural Equation Modeling, 10 (3), 333-51.

Kooiman, C. G., Klaassens, E. R., Lugt, J. Q. V., Kamperman, A. M. (2013): Psychometrics

and Validity of the Dutch Experiences in Close RelationshipsRevised (ECRr) in an Outpatient Mental Health Sample. Journal of Personality Assessment, 95, 2, 217-224.

Lečbych, M., Pospíšilíková, K. (2012): Česká verze škály Experiences in Close Re- lationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. E-psychologie, 6, 3, 1-11.

MacDonald, K., Sciolla, A. F., Folsom, D., Bazzo, D., Searles, C., Moutier, C., Norcross, B. (2015): Individual risk factors for physician boundary violations: The role of attachment style, childhood trauma and maladaptive beliefs. General Hospital Psychiatry, 37, 1, 81-88.

Main, M., Solomon, J. (1990): Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development. Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. University of Chicago Press, 121–160.

Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., Tannenbaum, D. W. (2006): The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research, 60*, 3, 283–290.

MacCallum, R.C., Browne, M.W., and Sugawara, H., M. (1996): "Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling," Psychological Methods, 1 (2), 130-49.

McWilliams, L. A., Bailey, S. J. (2010): Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. Health Psychology, 29, 4, 446-453.

Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., Sharma, S. (2003): Scaling procedures: Is- sues and applications. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Noftle, E. E., Shaver, P. R. (2006): Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. Journal of Research in Personality, 40, 2, 179-208.

Picardi, A., Caroppo, E., Toni, A., Bitetti, D., Di Maria, G. (2005): Stability of attachment-related anxiety and avoidance and their relationships with the five-factor model and the

psychobiological model of personality. Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice, 78, 327-345.

Rozvadský Gugová, G. R., Heretik, A., Hajdúk, M. (2014): Psychometric properties of the Slovak version of Experiences in Close Rela- tionships-Revisited (ECR-R) on general adult sample. Studia psychologica, 56, 1, 37-37.

Rozvadský Gugová, G., Heretik, A. (2011): Gender differences in attachment styles using Slovak version of the Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R), Acta Educationis Generalis, 1, 2, 29-36.

Schindler, A. (2019): Attachment and Substance Use Disorders-Theoretical Models, Empirical Evidence, and Implications for Treatment. Frontiers in Psychiatry, 10, 727

Schmitz, M. F., Baer, J. C. (2001): The vicissitudes of measurement: A confirmatory factor analysis of the Emotional Autonomy Scale. Child Development, 72, 1, 207-219.

Schmoeger, M., Deckert, M., Wagner, P., Sirsch, U., Willinger, U. (2018): Maternal bonding behavior, adult intimate relationship, and quality of life. Neuropsychiatrie, 32, 1, 26-32.

Sharifian, N., Kraal, A. Z., Zaheed, A. B., Sol, K., Zahodne, L. B. (2019): Longitudinal socioemotional pathways between retrospective early life maternal relationship quality and episodic memory in older adulthood. Developmental Psychology, 55, 11, 2464-2473.

Steiger, J.H. (2007): "Understanding the limitations of global fit assessment in structural equation modeling," Personality and Individual Differences, 42 (5), 893-98.

Tsagarakis, M., Kafetsios, K., Stalikas, A. (2007): Reliability and validity of the Greek version of the revised experiences in close relationships measure of adult attachment. European Journal of Psychological Assessment, 23, 1, 47-55.

Watt, R. G., Heilmann, A., Sabbah, W., Newton, T., Chandola, T., Aida, J., Tsakos, G. (2014): Social relationships and health related behaviors among older US adults. Bmc Public Health, 14, 1, 533.

Wongpakaran, T., Wongpakaran, N. (2012): A short version of the revised 'Experience of Close Relationships Questionnaire': Investigating non-clinical and clinical samples. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 8, 36-42

2.7 Prílohy

Príloha 2. 7. 1: ECR-R-SK-14 a manuál na použitie

Slovenská skrátená verzia dotazníka ECR-R (ECR-R-SK-14)

1. (1) Obávam sa, že stratím lásku partnerky/partnera.
2. (14) Moja túžba po veľmi blízkom vzťahu niekedy ľudí odstraší.
3. (6) Dosť sa trápim mojimi vzťahmi.
4. (35R) Je pre mňa ľahké prejavovať náklonnosť partnerke/partnerovi.
5. (12) Mám pocit, že sa partnerka/partner so mnou nechce až tak zblížiť, ako by som si to prial/priala.
6. (26R) Je pre mňa pomerne jednoduché zblížiť sa s partnerkou/partnerom.
7. (20R) Rád/rada zdieľam svoje osobné myšlienky a pocity s partnerkou/partnerom.
8. (36R) Partnerka/partner naozaj rozumie mne a mojim potrebám.
9. (15) Obávam sa, že ak moja milostná partnerka/partner zistí, aký/aká som, nebude sa jej/mu páčiť, kto v skutočnosti som.
10. (3) Často sa trápim tým, že ma partnerka/partner v skutočnosti nemiluje.
11. (22R) Blízkosť milostného partnera/partnerky je mi veľmi príjemná.
12. (2) Často sa trápim tým, že partnerka/partner nebude chcieť so mnou zostať.
13. (28R) Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerkou/partnerom.
14. (29R) Pomáha mi, keď sa v čase núdze obrátim na milostnú partnerku/partnera.

V zátvorke sú uvedené čísla otázok v pôvodnej verzii ECR-R podľa Fraley, R. C., Waller, N. G., Brennan, K. A. (2000).

Škála úzkostnosti: položky 1, 2, 3, 5, 9, 10, 12

Škála vyhýbavosti: položky 4, 6, 7, 8, 11, 13, 14

Položky škály vyhýbavosti sú reverzne skórované, to znamená, že pred začiatkom vyhodnocovania dotazníka je ich potrebné „preskórovať" – t. j. odpoveď 1 zmeniť na 7 atď.

(preskórovanie položiek: 1 → 7; 2 → 6; 3 → 5; 4 → 4; 5 → 3; 6 → 2; 7 → 1)

Po preskórovaní položiek sa vypočíta skóre pre škálu úzkosti a pre škálu vyhýbania. V oboch prípadoch sa sčítajú odpovede pre všetky položky patriace do škály a delia sa počtom týchto položiek.

Skóre škály **úzkostnosti** - suma všetkých odpovedí na položky škály úzkosti delené 7

Skóre škály **vyhýbavosti** - suma všetkých odpovedí na položky škály vyhýbania delené 7

Špeciálna poznámka: Položky je možné modifikovať tak, že sa nepýtajú na prežívanie vzťahu k milostnej partnerke/partnerovi, ale je možné pýtať sa na prežívanie vzťahu k iným ľuďom (napr. k mame/otcovi, k priateľke/priateľovi, k manželke/manželovi...). V takomto prípade je potrebné urobiť príslušnú zmenu vo formulácii položiek aj v inštrukcii.

NORMY ECR-R-SK-14 SUMÁRNE SKÓRE/ CELÁ VZORKA

Škála	Min	Max	M	SD	Nízke skóre	Priemerné skóre	Vysoké skóre
úzkosť	7	49	16,5	9,2	7-7,3	7,3-25,7	25,7-49
vyhýbanie	7	49	23	12,6	7-10,4	10,4-35,6	35,6-49

NORMY PRIEMERNÉ SKÓRE/ CELÁ VZORKA

Škála	Min	Max	M	SD	Nízke skóre	Priemerné skóre	Vysoké skóre
úzkosť	1	7	2,36	1,31	1-1,05	1,05-3,67	3,67-7
vyhýbanie	1	7	3,29	1,8	1-1,49	1,49-5,09	5,09-7

Výroky uvedené nižšie opisujú, ako sa cítite v blízkych vzťahoch. Zaujíma nás, ako prežívate blízke vzťahy *vo všeobecnosti*, teda nemyslíme len na to, ako prežívate váš súčasný vzťah. Ku každému výroku, prosím, vyjadrite váš súhlas alebo nesúhlas tým, že vyberiete na škále jedno číslo.

		vôbec nesúhlasím						úplne súhlasím
1.	Obávam sa, že stratím lásku partnerky/partnera.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Moja túžba po veľmi blízkom vzťahu niekedy ľudí odstraší.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Dosť sa trápim mojimi vzťahmi.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Je pre mňa ľahké prejavovať náklonnosť partnerke/partnerovi.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mám pocit, že sa partnerka/partner so mnou nechce až tak zblížiť, ako by som si to prial/priala.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Je pre mňa pomerne jednoduché zblížiť sa s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Rád/rada zdieľam svoje osobné myšlienky a pocity s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Partnerka/partner naozaj rozumie mne a mojim potrebám.	1	2	3	4	5	6	7

9.	Obávam sa, že ak moja milostná partnerka/partner zistí, aký/aká som, nebude sa jej/mu páčiť, kto v skutočnosti som.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Často sa trápim tým, že ma partnerka/partner v skutočnosti nemiluje.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Blízkosť milostného partnera/partnerky je mi veľmi príjemná.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Často sa trápim tým, že partnerka/partner nebude chcieť so mnou zostať.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Obyčajne hovorím o svojich problémoch a starostiach s partnerkou/partnerom.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Pomáha mi, keď sa v čase núdze obrátim na milostnú partnerku/partnera.	1	2	3	4	5	6	7

KAPITOLA 3

The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: does bullying moderate the associations?

Júlia Švecová, Jana Furstova, Natália Kaščáková, Jozef Hašto, Peter Tavel

BMC Psychology 11 (1), 230 (2023)

Abstract

Background: Exposure to traumatic events in childhood, including bullying, can negatively affect physical and mental health in adulthood. The aim of the present study was to determine the prevalence of bullying in different sociodemographic groups of the Slovak Republic and to assess the moderating effect of bullying on the associations between childhood trauma, resilience, and the later occurrence of psychopathology.

Methods: For the analyses, a representative sample of the population of the Slovak Republic was used (N=1018, mean age 46.24 years, 48.7% of men). Multivariate linear regression models were used to investigate the predictive ability of childhood trauma (The Childhood Trauma Questionnaire, CTQ) and resilience (The Brief Resilience Scale, BRS) to explain psychopathology (The Brief Symptom Inventory, BSI-53). Bullying (The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire, ACE-IQ) was used as a moderator.

Results: In total, 13.5% of respondents have experienced bullying. The most common form of bullying was making fun of someone because of how their body or face looked (46.7%) and excluding someone from activities or ignoring them (36.5%). Higher scores in all types of psychopathology and the Global Severity Index (GSI) were significantly associated with higher scores of emotional and sexual abuse, and some of them with physical neglect. The protective effect of resilience was moderated by bullying in several types of psychopathology, specifically in somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, psychoticism, and the GSI.

Conclusion: Understanding the links between childhood trauma, bullying, and later psychopathology can help professionals target policies, resources, and interventions to support children and families at risk. Every child should feel accepted and safe at home and school.

Keywords: childhood trauma, bullying, resilience, psychopathology, moderation

3.1 Background

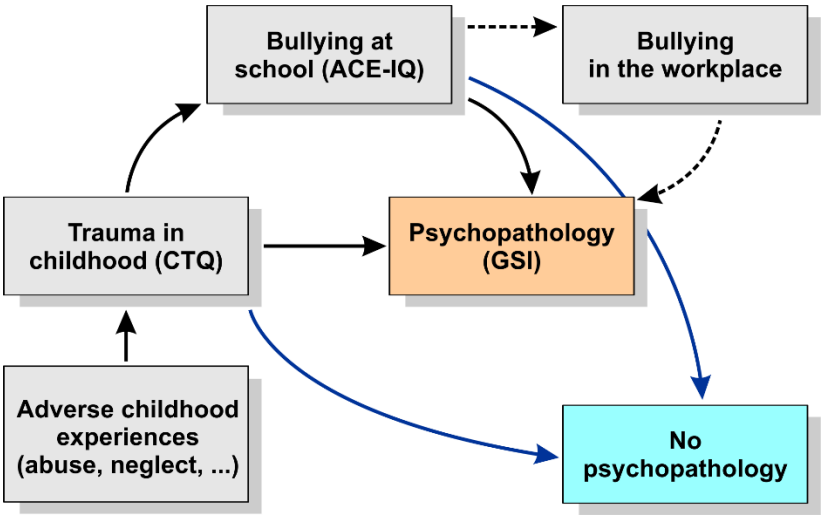
"A child should live in peace and in a society that is in the spirit of dignity, tolerance, freedom, equality, and solidarity," states the Declaration of the Rights of the Child, adopted by the United Nations in 1959 [1]. These values are violated if a child is exposed to traumatic events, including abuse, neglect, or social pain [2]. Five different types of child abuse and neglect are commonly described: physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect [3]. These adverse experiences often emerge from early caregiving relationships; however, they can be accompanied by adverse events from school or other out-of-home environments. Bullying can be considered such a type of traumatic experience [4,5,6,7]. It is usually connected to aggressive behaviour like insensitive criticism, ridicule, humiliation, or exclusion from the community. In some cases, bullying even takes the form of physical abuse. The incidence of bullying varies across countries. A 2018 HBSC study [8] found that 12.6% of students from 45 countries were bullied and 3.6% reported being both a bully and a victim of bullying. Northern European countries reported the lowest occurrence of bullying and victimization [9]. Recent research on the experience and behaviour of youth in Slovakia showed that up to a quarter of the children indicated the experience of bullying, with higher prevalence in the age group from 11 to 12 years compared to the group from 15 to 17 years. Girls were victims of bullying more often than boys. Despite the trend of technology, the face-to-face form of bullying still prevails [10]. Research studies on representative or population samples of adults report various results about retrospective experiences of bullying at school age, 6 % in the US, 10 % in Germany and 18.7 % in South Australia [11,12,13]. Adverse experiences in the family environment have been recognized as risk factors for various forms of psychopathology, including post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, anxiety or substance abuse, which can develop already in adolescence [14,15]. Many research studies confirm that the cumulative effect of adverse childhood experiences (ACE) causes a greater incidence of mental or physical illness symptoms in adulthood [16]. Other researchers have focused on the relationship between the number of adverse experiences in childhood and the likelihood of having physical or psychological difficulties in adulthood. Respondents with four or more ACE were likelier to have somatic and mental health problems [17]. A study by O'Neill et al. [18] placed participants who had experienced domestic violence, physical punishment, emotional abuse and neglect into a "high risk" category for the likelihood of self-harm or becoming a suicide victim. A 2020 meta-analytic study also confirmed the relationship between basic forms of abuse, neglect and suicidal thoughts, plans and attempts [19].

The experience of bullying can aggravate even more the later quality of mental and physical health [20,21,22,23]. The most susceptible to PTSD seem to be those bullied who also engaged in the bullying of others (so-called bully victims/aggressive victims). Furthermore, bullying experience can deteriorate the perception of the victim's body and may distort his/her self-esteem, which may be related to eating disorders in adulthood [24].

Although adverse experiences in childhood may act as a trigger for psychopathology and have often been reported by people who suffer from mental illnesses [25], not everyone who has experienced adverse childhood events will subsequently develop psychopathology. More vulnerable individuals have a higher susceptibility to adverse events [26,27] and thus are more likely to develop psychopathology [28]. A wide range of psychological constructs with a mediating effect on the relationship between adverse childhood experiences and adult psychopathology have been previously studied [29], and resilience has been recognized as one of the protective factors that can mitigate the risk pathway [30,31]. Psychological resilience has been defined in several ways. In general, it refers to the process of positive adaptation and recovery from challenging life experiences [32]. Resilience has been receiving great interest among researchers and specialists because of its potential to reduce the negative effect of adverse events and thus prevent the development of stress-related mental disorders [33,34].

Figure 1 indicates mutual relations between childhood trauma, bullying and psychopathology. We indicated also other lines that show the risk of bullying in the workplace due to the presence of bullying at school and the possible link between bullying in the workplace and the occurrence of psychopathology [35]. We also suggest a possible relationship between the occurrence of psychopathology as a result of traumatic childhood experiences, with or without the experience of bullying. In this model, we also suggest a possibility that includes experiencing trauma or bullying without the subsequent occurrence of psychopathology. The blue line indicates that this can be influenced by the individual´s resilience, which can be supported by personal temperamental characteristics and emotional support from parents, siblings, and peers [36,37] or corrective experience in other relationships later in adulthood.

Figure 3. 1.: Mutual relations between childhood trauma, bullying and psychopathology



Considering the significant associations found in previous research between childhood trauma, resilience, bullying at school age and later psychopathology in adulthood, this study aimed at assessing the prevalence of bullying in different sociodemographic groups and verifying the connections between the given phenomena in a representative adult population of Slovakia. Specifically, the aim was to assess the moderating effect of bullying in the associations between childhood trauma, resilience and the later occurrence of psychopathology. Although this study was designed as a cross-sectional one, from the fact that ACE including bullying were assessed retrospectively and psychopathology was assessed at the present time, we can assume succession in time of these phenomena. We, therefore, hypothesize that experiencing traumatic events together with bullying in childhood can aggravate psychopathology in adulthood.

3.2 Methods

Research sample

Data collection took place in April 2019 in the form of personal interviews by trained administrators. The sample was selected on the basis of the Statistical Office of the Slovak Republic [38]. The quota characteristics were gender, age, nationality, education, size of place of residence and region of residence, and it is a representative Slovak sample. The research sample consisted of 1,018 respondents, aged 18 to 85 years, average age 46.24 years, 48.7% men. Individual interviews were collected using the CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing) electronic questionnaire [39].

The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and approved by the Ethics Scientific Committee of Palacky University Olomouc (No 2019/05), date of approval 5 March 2019.

Measures

The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) is a short questionnaire developed by Bernstein and Fink [40] to measure traumatic experiences in childhood. It can be used with adolescents and adults and includes 5 different types of childhood abuse and neglect: emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect and physical neglect. Each of these subscales consists of 5 questions, with every response on a scale from 1 (never) to 5 (very often). The CTQ has 25 subscale questions and 3 questions from the MD scale (Minimization and Denial Scale) which serve to reveal the denial of childhood problems. The scale has been validated on the Slovak population by Petrikova et al. [41]. The Cronbach's alphas of the CTQ subscales in the present study ranged from 0.64 to 0.94.

The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) assesses adverse childhood experiences; it consists of 31 questions and classifies them into 13 areas [42]. For the purpose of this study, only two questions focusing on bullying experiences were used. Specifically, question V1: "How often were you bullied?" with possible answers: Many times – A few times – Once – Never – Refuse to answer; and question V2: "How were you bullied most often?" with possible answers: I was hit, kicked, pushed, shoved around, or locked indoors – I was made fun of because of my race, nationality or colour – I was made fun of because of my religion – I was made fun of with sexual jokes, comments, or gestures – I was left out of activities on purpose or completely ignored – I was made fun of because of how my body or face looked – I was bullied in some other way. The Slovak version of ACE-IQ is currently in the process of validation.

The Brief Resilience Scale (BRS) consists of 6 statements. Three of them (1, 3, 5) are positively worded and the other three (2, 4, 6), which are scored by reverse coding, are negatively worded. Respondents indicate on a scale from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree) how much they agree with the given statement [43]. The scale has been validated on the Slovak population by Furstova et al. [44]. The reliability of the scale on this data was α=0.86.

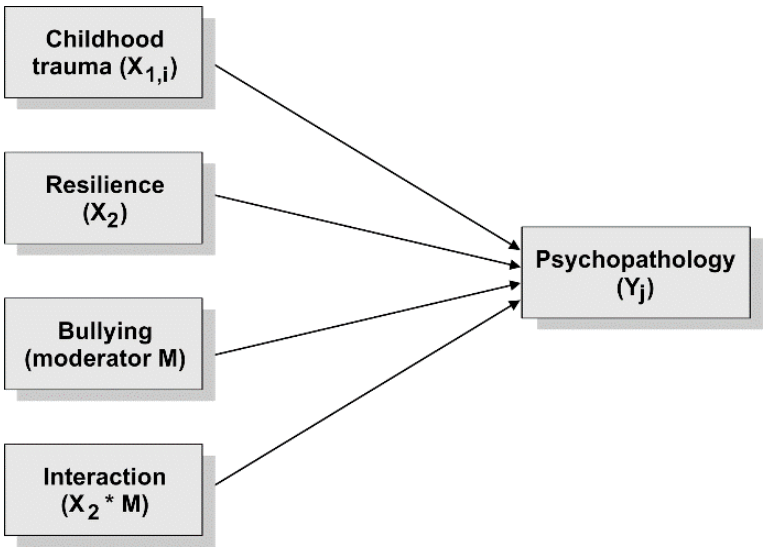
The Brief Symptom Inventory (BSI-53) is a questionnaire that tracks the occurrence of symptoms of psychopathology over the last 4 weeks [45]. The BSI-53 consists of 53 items, which are rated on a 5-point scale from (0) "not at all" to (4) "extremely". The questionnaire

can be used to monitor the occurrence of 9 psychopathological symptoms/syndromes: Somatization (SOM), Obsessive-Compulsive (O-C), Interpersonal Sensitivity (I-S), Depression (DEP), Anxiety (ANX), Hostility (HOS), Phobic Anxiety (PHOB), Paranoid Ideation (PAR) and Psychoticism (PSY). By calculating the general severity of symptoms (Global Severity Index, GSI), it is possible to assess the current mental state of the respondent [46]. The Slovak version of BSI-53 is currently in the process of validation. The Cronbach's alphas of individual BSI-53 subscales in this study ranged from 0.83 to 0.90.

Statistical methods

All the statistical analyses were performed in the JASP software, version 0.16.2 (JASP Team, University of Amsterdam, The Netherlands). Descriptive statistics and χ^2 tests in contingency tables were employed as a first step of the analyses. Afterwards, multivariate linear regression models were used to investigate the predictive ability of childhood trauma (CTQ) and resilience (BRS) to explain psychopathology (BSI-53). The moderating effect of bullying was tested by adding an interaction term to the models. The individual subscales of the BSI-53 and the Global Severity Index of psychopathology (GSI) were the dependent variables. All the models were adjusted for the gender and age of the respondents. The conceptual framework of the regression models is presented in Figure 2. Due to testing multiple models, the significance level was set to α=0.005. In the Results section, Table 2 contains a brief report of the results. A full result report is presented in Supplementary Tables 1–10.

Figure 3. 2.: A conceptual framework of the regression models employed in the statistical analyses.



Note: $X_{1,i}$, X_2=the independent variables, where $i=1,\ldots,5$ denotes the individual subscales of the CTQ; M=the moderator variable; X_2*M=the interaction of X_2 and the moderator variable; Y_j=the dependent variable, where $j=1,\ldots,10$ denotes the individual subscales of the BSI-53 and the Global Severity Index (GSI).

3.3 Results

Background characteristics of the research sample as well as the occurrence of bullying are presented in Table 1. The prevalence of bullying in the whole sample was 13.5%. The only significant difference in the occurrence of bullying was found in the living arrangement (p=0.005), as the prevalence of bullying was the lowest in the group of respondents living in a marriage. The majority (60.6%) of those who were bullied reported being bullied several times; a third (32.9%) were bullied once, and 6.6% were bullied often. The most common forms of bullying were making fun of someone because of how his/her body or face looked (46.7%) and leaving someone purposely out of activities or completely ignoring them (36.5%). There were no significant differences found in the frequency or form of bullying between males and females.

Table 3.1 .: Descriptive characteristics of the research sample

	N	%	Occurrence of bullying (%)	p-value[a]
Total	1018	100	13.5	
Gender				0.550
Male	496	48.7	14.1	
Female	522	51.3	12.8	
Age				
18-24 y.	110	10.8	13.6	0.651
25-34 y.	187	18.4	13.9	
35-44 y.	199	19.5	13.1	
45-54 y.	166	16.3	15.7	
55-64 y.	168	16.5	16.5	
65 y. and more	188	18.5	14.9	
Living arrangement				0.005
Alone	162	15.9	14.8	

With parents	185	18.2	14.6	
With a partner	120	11.8	21.7	
In marriage	551	54.1	10.9	
Education				0.023
Primary school	137	13.5	19.7	
Completed apprenticeship	272	26.7	15.8	
Secondary school	382	37.5	11.8	
University or college	227	22.3	9.7	
	Total	**Male**	**Female**	
	N (%)	**N (%)**	**N (%)**	**p-value[a]**
Frequency of bullying [b]				0.168
Often	9 (6.6)	3 (4.3)	6 (9.0)	
Several times	83 (60.6)	42 (60.0)	41 (61.2)	
Once	45 (32.9)	25 (35.7)	20 (29.9)	
Type of bullying experienced [b]				
Hit, kicked, pushed, shoved around, or locked indoors	26 (19.0)	18 (25.7)	8 (11.9)	0.040
Made fun of because of race, nationality or color	12 (8.8)	5 (7.1)	7 (10.4)	0.494
Made fun of because of religion	9 (6.6)	7 (10.0)	2 (3.0)	0.098
Made fun of with sexual jokes, comments, or gestures	8 (5.8)	3 (4.3)	5 (7.5)	0.428
Left out of activities on purpose or completely ignored	50 (36.5)	25 (35.7)	25 (37.3)	0.846
Made fun of because of how his/her body or face looked	64 (46.7)	29 (41.4)	35 (52.2)	0.205
Bullied in some other way	36 (26.3)	15 (21.4)	21 (31.3)	0.188

Note. [a] P-value corresponds to the χ^2 test; [b] Of those who were bullied.

Table 2 and Supplementary Tables 1–10 show the effect of childhood trauma and resilience on psychopathology, moderated by bullying. Higher scores in all types of psychopathology (BSI-53 subscales) and the Global Severity Index (GSI) were significantly associated with higher scores of Emotional and Sexual abuse. Physical neglect was significantly associated with higher scores in most types of psychopathology and GSI, except for Interpersonal sensitivity, Depression and Paranoid ideation. Physical abuse and Emotional neglect did not have any significant associations with psychopathology. Resilience, as an independent predictor, significantly reduced the scores in all types of psychopathology and GSI. However, the protective effect of resilience was moderated by bullying in several types of psychopathology, specifically in Somatization, Obsessive-compulsive, Interpersonal sensitivity, Depression, Psychoticism and GSI. In these types of psychopathology, the

respondents who were bullied had higher scores of psychopathology than those who were not bullied and had the same level of resilience.

Table 3. 2.: Results of multivariate linear regression models, testing the effect of childhood trauma (CTQ) and resilience (BRS), moderated by bullying, on psychopathology (BSI-53). A separate model was fitted for each subscale of the BSI-53 and the Global Severity Index of psychopathology (GSI). For more detailed results, see Supplementary Tables 1–10.

	CTQ subscales							
BSI-53 subscales	**EA [a]**	**PA [a]**	**SA [a]**	**EN [a]**	**PN [a]**	**BRS [a]**	**Bullying**	**BRS*Bullying**
Somatization	0.160 ***	0.101 *	0.155 ***	-0.013	0.130 **	-0.167 ***	0.543 **	-0.179 **
Obsessive–compulsive	0.242 ***	0.050	0.114 **	-0.053	0.125 **	-0.191 ***	0.616 ***	-0.173 **
Interpersonal sensitivity	0.364 ***	-0.103 *	0.170 ***	-0.032	0.092 *	-0.205 ***	0.920 ***	-0.250 ***
Depression	0.238 ***	-0.012	0.173 ***	0.001	0.103 *	-0.214 ***	0.799 ***	-0.235 ***
Anxiety	0.257 ***	-0.040	0.211 ***	-0.029	0.150 ***	-0.226 ***	0.545 ***	-0.149 *
Hostility	0.269 ***	-0.003	0.212 ***	-0.032	0.141 ***	-0.145 ***	0.386 *	-0.093
Phobic anxiety	0.123 **	0.098 *	0.281 ***	-0.017	0.152 ***	-0.150 ***	0.330 *	-0.101 *
Paranoid ideation	0.335 ***	-0.055	0.147 ***	0.007	0.050	-0.182 ***	0.594 **	-0.135 *
Psychoticism	0.161 ***	0.067	0.265 ***	-0.009	0.147 ***	-0.153 ***	0.492 **	-0.161 **
Global severity index (GSI)	0.260 ***	0.015	0.209 ***	-0.022	0.137 ***	-0.203 ***	0.561 ***	-0.161 ***

Note: [a] Standardized coefficient (computed for continuous predictors only); CTQ = Childhood Trauma Questionnaire; EA = Emotional Abuse; PA = Physical Abuse; SA = Sexual Abuse; EN = Emotional Neglect; PN = Physical Neglect; BRS = Brief Resilience Scale; *p < 0.05; **p < 0.005; ***p < 0.001; All models were adjusted for gender and age.

3.4 Discussion

This study aimed at assessing the prevalence of bullying in different sociodemographic groups and verifying the connections between childhood trauma, resilience, bullying and the later occurrence of psychopathology in a representative adult population of the Slovak Republic. The main findings of the study were: (1) The only significant difference in the

occurrence of bullying was found in the living arrangement of respondents; (2) The protective effect of resilience was moderated by bullying in several types of adulthood psychopathology.

Sociodemographic background and the most common types of bullying in Slovakia

In the present study, the lowest prevalence of bullying was reported in the group of people living in a marriage. This finding may be related to the fact that bullied people tend to trust people less and may find it difficult to get married. However, the results of several previous studies have shown that the connection between bullying and marital status is somewhat ambiguous. The correlation between bullying and satisfaction in romantic relationships was not confirmed in the study by Jantzer et al. [47]. In contrast, a study by Kretchmer et al. [48] found that victims of bullying are less able to handle tasks typical of early adulthood, such as functioning in a romantic relationship, educating, working, managing finances or leadership. The experience of bullying in Slovakia also seems to be connected to the level of education, although without statistical significance. The most bullied in our study were respondents with a completed primary education. It is well known that lower education is associated with socioeconomically disadvantaged groups [49] who also tend to be at higher risk of involvement in bullying, being a bully or a victim [50,51]. Another disadvantaged group can be adolescents with ADHD. When these students experience bullying, their capability to learn can be compromised [52].

The most common way of bullying in the present study was making fun of someone because of how their body or face looked, which was also confirmed in the Slovak HBSC study [53]. The experience of bullying has a negative impact on the perception of one's own body and can cause self-image distortion [54]. A 14-year-long longitudinal study [24] showed that most bullied children have feelings of dissatisfaction with their bodies until adulthood, and later they may also develop an eating disorder. The second most common form of bullying in our study was exclusion from participating in collective activities. The prevalence of this form of bullying in Slovakia corresponds to the prevalence of social bullying reported by adolescents in an HBSC study performed in the USA [55]. This type of bullying can have a particularly harmful effect on the victim because social bullying and exclusion from the community has previously been identified as one of the predictors of suicidal behaviour [56]. According to Meltzer et. all [57], who also took into account life factors that reduce the risk of suicidal behaviour, respondents who experienced childhood bullying were more than twice as likely to attempt suicide in adulthood compared to adults who were not bullied.

Childhood trauma, resilience and psychopathology

In the present study, emotional and sexual abuse predicted higher scores in all types of psychopathology and the Global Severity Index (GSI). A previous study by Rehan et al. [58] showed that even a single experience of emotional or sexual abuse in childhood leads to an increase in psychopathology symptoms in adulthood compared with no experience of abuse. Emotional abuse can be especially detrimental because it may not have immediate visible signs of harm and may remain unrecognized for a considerable time [59]. Emotional abuse and an overly controlling parenting style lead to the development of psychopathology, influenced by low self-esteem and immature defences [60]. A higher frequency of emotional abuse has an impact on the higher occurrence of psychopathology later. On the other hand, the intensity of emotional abuse can negatively influence caregiving representations in terms of negative, critical and dissatisfied statements about their own child [61]. In addition, emotional abuse affects the quality of verbal and social skills, brain development and a person's hormonal functioning [62]. The impact on changes in specific areas of the brain (amygdala, hippocampus, corpus callosum) is also influenced by the form of neglect or abuse, as well as the age when the adverse experiences took place, i.e. early childhood, puberty or adolescence [63]. The findings above demonstrate that it does matter what type of maltreatment a person is dealing with.

Compared to the above, a clinical study by Noll et al. [64] showed connections between sexual abuse and the later occurrence of psychiatric disorders (such as PTSD, substance abuse, anxiety) and personality disorders, as well as sexual dysfunctions, sexually challenging behaviour and teenage pregnancy. In the language of the brain, the corpus callosum area of the sexually abused girls appears to be susceptible to change, and the genital representational area in the somatosensory cortex becomes thinner [63]. The brain thus attempts to adapt to the hostile surroundings, but in a healthy environment, these functional changes of the brain may manifest as a pathology that needs to be treated [65].

According to our results, physical neglect was another significant predictor of almost all types of psychopathology and GSI. In most cases, failure to provide the basic needs of a child, such as sustenance, medical care or clothing, is related to the poverty of the family. Higher affluence significantly reduces the incidence of child neglect and abuse [66]. Existential stress and financial problems can cause psychological problems, such as depression, alcohol or drug abuse or other mental illnesses, and vice versa, a clinical diagnosis can be the cause of poor economic condition due to the inability to work [67,68]. Zlotnick et al. [69] observed higher levels of alexithymia, i.e. a dysfunction in identifying, expressing, and cognitively

processing emotions, in respondents who experienced emotional and physical neglect than in respondents who were abused. In our study, physical abuse was not associated with higher scores of psychopathology or GSI when used in a multivariate model. In all univariate models, with physical abuse being the only predictor, the association with psychopathology and GSI was significant. However, in the multivariate models where other ACE are present in the model, the effect of physical abuse diminished to a level of statistical insignificance. In our calculations, emotional and sexual abuse prevailed, they were stronger predictors of psychopathology than physical abuse. This is in line with the findings of Iffland et al. [70] who reported that individuals with a history of emotional maltreatment (i.e. emotional abuse or neglect) showed higher rates of all types of psychopathology compared to the respondents who reported a history of physical maltreatment (i.e. physical abuse or neglect). Further, the incidence of social anxiety in adulthood among respondents who experienced physical maltreatment was significantly moderated by the presence of emotional maltreatment [70]. Wright et al. [71] found out that individuals reporting exclusively emotional abuse and neglect have had higher rates on almost all subscales of the BSI. This may be influenced by the fact, that devaluating words has a strong impact on self-worth and self-esteem. In the Slovak Republic, there could be another reason for the diminishing effect of physical abuse on psychopathology: in the adult population, physical abuse in the form of corporal punishment of children by their parents or caregivers is still widely accepted. By comparison, a Finnish study [58] reported that even a single experience of sexual and emotional abuse increased psychopathology, while a single experience of physical abuse did not. However, repeated experiences of abuse affected the occurrence of psychopathology in all three forms, emotional, sexual, and physical [58].

Our results suggest that resilience is a protective factor for the occurrence of all types of psychopathology despite traumatization. For gaining resilience, it is important to have one's resources (i.e. protective factors) at three levels: personal, socio-cultural, and the wider social environment [72]. Protective factors enhancing resilience can be education, active coping, optimism, interpersonal and emotional competence, social attachment, and support from the family [59, 73]. Developing these in the presence of adversities is thus very important for successful adaptation. The effect of resilience as a protective factor for adolescent mental health and its important role between childhood trauma and the occurrence of later psychopathology symptoms has already been widely recognized in the literature [74,75,76].

The moderating effect of bullying

The results of this study show that the effect of resilience was moderated by bullying, i.e. at the same level of resilience, the respondents who were bullied had higher scores in somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, psychoticism, and the global severity index of psychopathology. If we perceive bullying as a traumatic experience, our results confirm the effect of cumulative trauma. Hodges et al. [77] state that respondents who experience more traumatic events in the same time period later show complexity of symptoms. Our results are in line with Afifi et al. [78], who found that the use of addictive substances by adolescents increases if, in addition to adverse experiences with guardians, they have also experienced bullying by peers. The Glassner and Cho [79] study had similar results. They claimed that the experience of bullying in childhood has an effect on bad moods or blues in adolescence which leads to emotional problems in early adulthood and is associated with a significant increase in substance use in adulthood for both sexes [79]. A study by Bond et al. [80] calls for the implementation of bullying prevention in all schools due to the cumulative effect of adverse experiences in different environments (home, school), which predicts a greater impact on the occurrence of later psychopathology, including suicide attempts.

Many studies have shown a link between bullying in childhood and child maltreatment in the family environment. A large US study on 37,000 school-aged children [81] found a strong relationship between the presence of maltreatment, sexual abuse or neglect in the family environment and the odds that a child/adolescent will be bullied in the school environment. At the same time, "bullies" increasingly report domestic violence, neglect and problems with parental substance abuse [82]. It follows that children who experience domestic violence find themselves in the position of a victim or an aggressor in the process of bullying more often.

Coping with adverse childhood experiences, including bullying, appears to be substantial for future health and well-being. According to previous studies, relationships in the family play a crucial role. If a child's basic needs are not met in the family, if a child does not feel that he or she belongs there or does not feel safe, and if this frustration is then repeated at school, among peers, or later at work, feelings of loneliness can result in psychopathology [83,84,85]. When the experience of bullying creates traumatic memories perpetuating the psychopathology in adolescence or adulthood, therapeutic practices processing the trauma (e.g EMDR, NET TF-CBT or imagery rescripting) can be useful [86,87,88,89]. Adolescents with a stronger attachment towards their community, at home and at school, are also less likely to be involved in aggressive behaviour like bullying [51]. On the other hand, if a child has a positive

relationship with his or her guardians, good mental abilities and is able to regulate his or her emotions, he or she has a good prerequisite for the development of resilience, despite adverse events [90]. The same holds for adults reporting that they were bullied at school-age: the resilience can be reinforced by having corrective experience in a relationship where they feel safe, accepted and where they get encouragement [91]. As child abuse can lead to intimidating behaviour and deficits in assertiveness in some individuals [92], they can more easily become victims of bullying. It would be appropriate for teachers and educators to develop comprehensive empathy in terms of mentalization [93] and the ability to be a role model in appropriate assertive behaviour [94]. In general, mentalizing is the ability to understand the world of students and at the same time to be in contact with one's inner self. Bullied individuals need help in developing their assertiveness; they need energetic support from adults and also from the part of their peers who are compassionate and empathetic. Children with a secure relationship are capable of mentalizing as well; therefore, supporting their status in the classroom could contribute to a healthier functioning of the classroom community.

The results of this study highlight the need to promote comprehensive prevention of the long-term harmful effects associated with the dysfunctional relationships in families and socio-pathological behaviour at schools and other children's facilities. Understanding the links between childhood trauma and later psychopathology could help social work professionals and counsellors target interventions supporting families at risk. Given that majority of mental disorders have their onset by early adulthood, i.e. before the age of 25 [95], the Slovak mental health care system should be targeted towards supporting the young population. Specialists can advocate for policies and resources to help meet the needs of children and families at risk. Further, preventive programs and the activities of counselling and school psychologists play an important role. They can help capture bullying at an early stage, and their actions can be prompt. The occurrence of undesirable phenomena depends on the climate in the individual classrooms and the overall atmosphere in the school; therefore, new approaches in the prevention of bullying and other pathological phenomena are currently focusing on the concept of a "safe school" and anti-bullying class norms [96]. Every child should feel accepted and safe at home and at school. For optimal functioning and effectiveness of preventive efforts in all areas, from primary to tertiary prevention interdepartmental cooperation is important. Professionals working in schools need to have access to methodological guidance, for example, from Educational and Psychological Counselling Centers, as well as the opportunity to meet with colleagues from the Central Office of Labour, Social Affairs and Family, as well as other

organizations dedicated to the prevention of socio-pathological phenomena, in order to network and exchange information and ideas. When dealing with adult clients with psychopathological symptoms who seek professional help, it is appropriate to address experiences of bullying within the anamnesis as they may serve as a source for traumatic memories and contribute to the maintenance of psychopathology symptoms [88,89].

Limitations of the study

A limitation of this study could be the length and complexity of the test battery. For some respondents, the whole data collection process could be tedious and could lead to fatigue and problems with attention. Further, the data acquisition was conducted through a standardized face-to-face interview in which the respondent's answers could be affected by the social desirability bias [97]. Another limitation is that the experience of childhood trauma and bullying was self-reported retrospectively, which may cause a response bias [98,99]. Although retrospective self-reports could be inaccurate by omissions, distorted memories or an unwillingness to report past adversities, some researchers claim that retrospective studies have a legitimate place in research [100]. Further limitation would be relying on an expected validity of two questionnaires used in the study: the ACE-IQ and BSI-53 have not been previously validated in the Slovak environment and are currently in the process of validation. Also, resilience is a complex phenomenon, but we only had limited data for this research from the Brief Resilience Scale (BRS), which allowed us to draw only limited conclusions. On the other hand, the strength of this study would be that the assessment was performed on a representative sample of the Slovak population.

3.5 Conclusion

This study assessed the associations between childhood trauma, resilience, bullying and the later occurrence of psychopathology in a representative adult population of the Slovak Republic. The most important finding of the study was that the protective effect of resilience was moderated by bullying in several types of adulthood psychopathology. Understanding the links between childhood trauma, bullying and later psychopathology could help professionals target policies, resources and interventions towards those at risk. Further, school psychologists can help identify and address bullying at schools and promote comprehensive prevention programs to mitigate aggressive behaviour.

LIST OF ABBREVIATIONS

ACE: Adverse Childhood Experiences

ACE- IQ: Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ANX: Anxiety

BRS: Brief Resilience Scale

BSI-53: Brief Symptom Inventory

CAPI: Computer-Assisted Personal Interviewing

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

DEP: Depression

GSI: Global Severity Index

HBSC: Health Behaviour in school-aged Children

HOS: Hostility

I-S: Interpersonal Sensitivity

MD-scale: Minimization and Denial Scale

O-C: Obsessive-Compulsive

PAR: Paranoid Ideation

PHOB: Phobic Anxiety

PSY: Psychoticism

PTSD: Post-traumatic stress disorder

SOM: Somatization

USA: United States of America

US: United Sates

WHO: World Health Office

References

1. UN General Assembly, Declaration of the Rights of the Child, 20 November 1959, A/RES/1386(XIV). https://www.refworld.org/docid/3ae6b38e3.html. Accessed 27 November 2022.

2. Panksepp J, Biven L. The Archeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions. New York, W.W.Norton & comp.. 2012.

3. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003; 27(2):169–90.

4. Idsoe T, Dyregrov A, Idsoe EC. Bullying and PTSD symptoms. J Abnorm Child Psychol. 2012; 40 (6): 901-911.
5. Idsoe T, Dyregrov A, Idsoe EC, Nielsen MB. Bullying and PTSD Symptoms in Children and Adolescents. Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder. Springer Cham. 2015;. doi:10.1007/978-3-319-08613-2_101-1

6. Plexousakis SS, Kourkoutas E, Giovazolias T, Chatira K, Nikolopoulos D. School Bullying and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: The Role of Parental Bonding. Front Public Health. 2019. doi:10.3389/fpubh.2019.00075

7. Sigurdson JF, Undheim AM, Wallander JL, Lydersen S, Sund AM. The long-term effects of being bullied or a bully in adolescence on externalizing and internalizing mental health problems in adulthood. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health. 2015; 23(9): 42.
8. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A et al., editors. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Accessed 21 DECEMBER 2022.

9. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. Int. J. Public Health. 2009; 54(S2): 216–224. 2
10. Detstvo bez násilia, Výskumná správa. 2022 https://detstvobeznasilia.gov.sk/web_data/content/upload/subsubsub/8/vyskumna_sprava_2022-1.pdf . Accessed on 2 JULY 2023
11. Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N. Does School Bullying Affect Adult Health? Population Survey of Health-Related Quality of Life and Past Victimization. Aust N Z J Psychiatry. 2009; 43(12): 1163–1170.
12. Vaughn MG Fu Q, Bender K, DeLisi M, Beaver KM, Perro BE, Howard MO. Psychiatric correlates of bullying in the United States: Findings from a national sample. Psychiatric Quart, 2010; 81: 183-195
13. Brown RC, Plener PL, Braehler E, Fegert JM, Huber-Lang M. Associations of adverse childhood experiences and bullying on physical pain in the general population of Germany. J Pain Res, 2018; 3099-3108.
14. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky A, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of adolescents Arch Gen Psychiatry. 2012; 69: 1151-1160.
15. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill E, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky A, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a US national sample of adolescents J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52: 815-830.
16. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019; 4(10):517-528.
17. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, Dube SR, Giles WH. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006; 256(3):174-86.
18. O'Neill S, McLafferty M, Ennis E, Lapsley C, Bjourson T, Armour C, Murphy S, Bunting B, Murray E. Socio-demographic, mental health and childhood adversity risk

factors for self-harm and suicidal behaviour in College students in Northern Ireland. J Affect Disord. 2018; 15(239):58-65.

19. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People. JAMA Netw Open. 2020; e2012563. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.
20. Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N. Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. Aust N Z J Psychiatry. 2009; 43(12): 1163-1170.
21. Norrington J. Adolescent Peer Victimization, Self-Concept, and Psychological Distress in Emerging Adulthood. Youth Soc. 2020; 53(2): 273-295.
22. Sweeting JA, Garfin DR, Holman EA, Silver RC. Associations between exposure to childhood bullying and abuse and adulthood outcomes in a representative national US sample. Child Abuse Negl. 2020. doi.org. 10.1016/j.chiabu.2019.104048
23. Wingate VS, Palomares NA. The severity of bullying messages predicts increased levels of targets' depression and general anxiety as a function of targets' inferences of a bully 's goals. J. Soc. Pers. Relatsh. 2021; 38 (4): 1194-1215.
24. Gattario KH, Lindwall M, Frisen A. Life after childhood bullying: Body image development and disordered eating in adulthood. Int J Behav Dev. 2020; 44(3): 246-255.
25. Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67: 113–123.
26. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. Psychol Bull. 2009; 135(6): 885–908.
27. Caspi A, Houts RM, Belsky. The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? Clin Psychol Sci. 2014; 2: 119–137.
28. Post RM, Leverich GS, Xing G, Weiss SRB.. Developmental vulnerabilities to the onset and course of bipolar disorder. Dev Psychopathol. 2001; 13: 581–598.
29. Doorn KA, Kamsteeg C, Silberschatz G. Cognitive mediators of the relationship between adverse childhood experiences and adult psychopathology: A systematic review. Dev Psychopathol. 2019; 1–13.

30. McLaughlin KA, Lambert HK. Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. Curr Opin Psychol. 2017; 14: 29-34.

31. McLaughlin KA, Colich NL, Rodman AM, Weissman DG. Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. BMC Med. 2020; 18(1): 1-11.

32. Ayed, N, Toner S, Priebe S. Conceptualizing resilience in adult mental health literature: A systematic review and narrative synthesis. Psychol psychother-t. 2019; 92(3): 299-341.

33. Schetter CD, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. Soc Per Psychol Compass. 2011; 5(9): 634–652.

34. Chmitorz A, Kunzler A, Helmreich I, Tuscher O, Kalisch R, Kubiak T, Wessa M, Lieb K. Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. Clin Psychol Rev. 2018; 59: 78–100.

35. Brendgen M, Poulin F, Denault AS. Peer victimization in school and mental and physical health problems in young adulthood: Examining the role of revictimization at the workplace. *Dev. Psychol, 2019*; *655*(10): 2219–2230.

36. Sapouna M, Wolke D. Resilience to bullying victimization: The role of individual, family and peer characteristics. Child abuse Negl, 2013; 37(11): 997-1006.

37. Ttofi MM, Bowes L, Farrington D P, Lösel F. Protective factors interrupting the continuity from school bullying to later internalizing and externalizing problems: A systematic review of prospective longitudinal studies. J Sch Violence, 2014; 13(1): 5-38.

38. Statistical Office of the Slovak Republic, n.d. 2021. http://statdat.statistics.sk/cognosext/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=xts.run&m=portal/cc.xts&gohome=. Accessed 23 November 2022.

39. Sainsbury R, Ditch J, Hutton S. Computer assisted personal interviewing. Soc Res Update. 1993; 3: 1-12.

40. Bernstein DP, Fink L. Childhood Trauma Questionnaire, A Retrospective Self-report: Manual; NCS Pearson: San Antonio, TX, USA.1998.

41. Petrikova M, Kascakova N, Furstova J, Hasto J, Tavel P. Validation and adaptation of the Slovak version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(5): 2440.

42. World Health Organization, Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ), 2020. https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq). Accessed 2 July 2023.

43. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. Int J Behav Med. 2008; 15(3):194-200.

44. Furstova J, Kascakova N, Polackova Solcova I, Hasto J, Tavel P. How Czecho-Slovakia bounces back: population-based validation of the brief resilience scale in two central European countries. Psychol Rep. 2022; 125(5): 2807-2827.

45. Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. Psychol. Med. 1983; 13: 595-605.

46. Derogatis LR. BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems. 1993.

47. Jantzer AM, Hoover JH, Narloch R. The Relationship Between School-Aged Bullying and Trust, Shyness and Quality of Friendships in Young Adulthood: A Preliminary Research Note. Sch Psychol Int. 2006; 27(2): 146–156.

48. Kretschmer T, Veenstra R, Branje S, Reijneveld SA, Meeus WHJ, Dekovic M, Oldehinkel AJ. How Competent are Adolescent Bullying Perpetrators and Victims in Mastering Normative Developmental Tasks in Early Adulthood? J Abnorm Child Psychol. 2018 46(1): 41-56.

49. Machin S. "Social Disadvantage and Education Experiences", OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 32, OECD Publishing, Paris. 2006. doi.org/10.1787/715165322333.

50. Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. Brit J Dev Psychol.. 2001; 92: 673-696. 2

51. Jansen PW, Verlinden M, Berkel AD. Prevalence of bullying and victimization among children in early elementary school: Do family and school neighbourhood socioeconomic status matter?. BMC Public Health. 2012; 12: 494.

52. Zendarski N, Breaux R, Eadeh HM, Smith ZR, Molitor SJ, Mulraney M, Sciberras E. Peer Victimization and Poor Academic Outcomes in Adolescents With ADHD: What Individual Factors Predict Risk? J Atten Disord. 2020; 25(10): 1455-1456.
53. HBSC- Slovakia 2013/2014. National report on health and health-related behaviour of 11-, 13- and 15- year- old schoolchildren. Office of the World Health Organization in Slovakia. 2015.
54. Lian Q,SuQLiR, Elgar FJ, Liu Z, Zheng D. The association between chronic bullying victimization with weight status and body self-image: a cross-national study in 39 countries. PeerJ. 2018; 6: e4330.
55. Cho S, Lee JM. Explaining physical, verbal, and social bullying among bullies, victims of bullying, and bully-victims: Assessing the integrated approach between social control and lifestyles-routine activities theories. Child Youth Serv Rev. 2018; 91: 372-382.
56. Koyanagi AOH, Carvalho AF, Smith L, Haro J M, Vancampfort D, DeVylder JE. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019; 58(9): 907-918.
57. Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis M. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. Eur. Psychiatry 2011; 26(8): 498-503.
58. Rehan W, Antfolk J, Johansson A, Santtila P. Do Single Experiences of Childhood Abuse Increase Psychopathology Symptoms in Adulthood? J Interpers Violence. 2019; 34(5):1021-1038.
59. Iwaniec D, Larkin E, Higgins S. Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. Child Fam Soc Work. 2006; 11(1),: 73-82.
60. Finzi-Dottan R, Karu T. From emotional abuse in childhood to psychopathology in adulthood: A path mediated by immature defence mechanisms and self-esteem. J Nerv Ment Dis. 2006; 194(8): 616-621.
61. Berzenski SR, Madden AR, Yates TM. Childhood emotional abuse characteristics moderate associations with adult psychopathology and caregiving. Child Abuse Negl. 2019; 87: 77-87.
62. De Bellis MD. The Psychobiology of Neglect. Child Maltreatment. 2005; 10(2):150–172.

63. Teicher MH, Samson JA. Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry. 2016; 57(3): 241-266.

64. Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. Annu Rev Clin Psychol. 2021; 17: 439-464.

65. van der Kolk BA. The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma. New York: Viking. 2014.

66. Bywaters P, Skinner G. The Relationship Between Poverty and Child Abuse and Neglect: New Evidence. 2022.

67. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. Science. 2020. doi: 10.1126/science.aay0214. PMID: 33303583.

68. Marabin D, Gutwinski S, Schreiter S and heinz A. Perspectives in poverty and mental health. Front. Public Health. 2022;10:975482.

69. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. The relationship between posttraumatic stress disorder, childhood trauma and alexithymia in an outpatient sample. J Trauma Stress. 2001; 14(1): 177-188.

70. Iffland B, Sansen LM, Catani C, Neuner F. Emotional but not physical maltreatment is independently related to psychopathology in subjects with various degrees of social anxiety: a web-based internet survey. BMC Psychiatry 2012; 12 (1).

71. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. Child Abuse Negl, 2009; 33(1): 59–68.

72. O'Dougherty Wright M, Masten AS. Resilience processes in development. In S. Goldstein & R. Brooks (Ed.), Handbook of resilience in children. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers. 2005; 17 - 38.

73. Domhardt M, Münzer A, Fegert JM, Goldbeck L. Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. Trauma Violence Abuse. 2015; 16(4): 476-493.

74. Ding H, Han J, Zhang M, Wang K, Gong J, Yang S. Moderating and mediating effects of resilience between childhood trauma and depressive symptoms in Chinese children. J Affect Disord. 2017; 15; 211:130-135.

75. Fritz J, De Graaff AM, Caisley H, Van Harmelen AL, Wilkinson PO. A systematic review of amenable resilience factors that moderate and/or mediate the relationship between childhood adversity and mental health in young people. Front psychiatry. 2018; 9: 230.
76. Meng X, Fleury MJ, Xiang YT, Li M, D'arcy C. Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018; 53(5): 453-475.
77. Hodges M, Godbout N, Briere J, Lanktree Ch, Gilbert A, Kletzka NT. Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis, Child Abuse Negl. 2013. doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001.
78. Afifi TO, Taillieu T, Salmon S, Davila IG, Stewart-Tufescu A, Fortier J, MacMillan HL. Adverse childhood experiences (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. Child Abuse Neglect. 2020; doi:10.1016/j.chiabu.2020.104504
79. Glassner SD, Cho S. Bullying victimization, negative emotions, and substance use: utilizing general strain theory to examine the undesirable outcomes of childhood bullying victimization in adolescence and young adulthood, J Youth Stud, 2018; 21(9): 1232-1249.
80. Bond NI, McLafferty M, Lapsley C, Ennis E, Murray E, Heenan D, O'Neill SM. Familial and Bullying Victimisation: The Impact of Early Adversity Within the Home and Peer Settings on Late Adolescence and Adult Psychopathology. J Child Adolesc Trauma. 2022; 1-11.
81. Forster M, Gower AL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adverse Childhood Experiences and School-Based Victimization and Perpetration. Journal of Interpersonal Violence, 2020; 35(3–4): 662–681.
82. Hsieh YP, Shen ACT, Hwa HL, Wei HS, Feng JY, Huang SCY. Associations Between Child Maltreatment, Dysfunctional Family Environment, Post-Traumatic Stress Disorder and Children's Bullying Perpetration in a National Representative Sample in Taiwan. J Fam Violence. 2020; 36(1): 27-36.
83. Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown S. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. Br J Psychiatry. 2009; 194(5): 392-398.
84. Marshall C. Henderson J. The influence of family context on adolescent depression: A literature review. Can J Fam Youth. 2014; 6(1): 163-187.

85. Ringdal R, Bjornsen HN, Espnes GA, Eilertsen MEB, Moksnes UK. Bullying, social support and adolescents' mental health: Results from a follow-up study. Scand J Public Health. 2020; 49: 309-3016.
86. Shapiro F. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. Perm J. 2014; 18(1):71-7.
87. Elbert, T., Schauer, M., Neuner, F. Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing Memories of Traumatic Stress, Fear, and Violence. Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders, 2015; 229–253.
88. Lydecker JA. Conceptual Application of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy to Treat Victims of Bullying. JPHP, 2022; 3(2): 231–245.
89. Watson H, Rapee R, Todorov N. Imagery rescripting of revenge, avoidance, and forgiveness for past bullying experiences in young adults. Cogn Behav Ther. 2016;45(1):73-89.
90. Gartland D, Riggs E, Muyeen S, Giallo R, Afifi TO, MacMillan H, Brown SJ. What factors are associated with resilient outcomes in children exposed to social adversity? A systematic review. BMJ Open. 2019; 9(4): e024870.
91. Afifi TO, MacMillan HL, Taillieu T, Turner S, Cheung K, Sareen J, Boyle MH. Individual- and Relationship-Level Factors Related to Better Mental Health Outcomes following Child Abuse: Results from a Nationally Representative Canadian Sample. Can J Psychiatry. 2016; 61(12):776-788.
92. Levitt JT, Cloitre M. A clinician's guide to STAIR/MPE: Treatment for PTSD related to childhood abuse. Cogn Behav Pract. 2005; 12(1): 40-52.
93. Hašto J, Tavel P. Mentalization as a challenge for clinical medicine and especially for psychiatry and psychotherapy, Psychiatry. 2015; 19: 97-103.
94. Alberti RE, Emmons ML. Your perfect right: assertiveness and equality in your life and relationships. Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc. 2017.
95. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol psychiatry. 2022; 27(1): 281-295.
96. Thornberg R, Pozzoli T, Gini G. Defending or Remaining Passive as a Bystander of School Bullying in Sweden: The Role of Moral Disengagement and Antibullying Class Norms. J Interpers Violence 2021. doi.org.10.1177/08862605211037427

97. Krumpal I. Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. Qual Quant. 2011; 47(4): 2025–2047.
98. Della Femina D, Yeager CA, Lewis DO. Child abuse: adolescent records vs. adult recall. Child Abuse Negl. 1990; 14: 227–231
99. Schwarz N, Sudman S. Autobiographical memory and the validity of retrospective reports. Springer Verlag, New York. 1994.
100. Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry. 2004; 45*(2): 260–273.

3.6 Supplementary Tables 1–10

Supplementary Tables 1–10 show more detailed results of multivariate linear regression models, testing the effect of childhood trauma (CTQ) and resilience (BRS), moderated by bullying, on psychopathology (BSI-53). For each subscale of the BSI-53 and the Global Severity Index of psychopathology (GSI), a separate model was fitted and its results are presented in a separate table.

Supplementary Table 1: Somatization (R^2=0.388)

BSI-53 Somatization **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.160	0.009	< .001	0.017	0.052
CTQ PA	0.101	0.011	0.023	0.004	0.048
CTQ SA	0.155	0.011	< .001	0.023	0.065
CTQ EN	-0.013	0.005	0.719	-0.011	0.008
CTQ PN	0.130	0.008	0.001	0.011	0.043
BRS	-0.167	0.022	< .001	-0.175	-0.088
Bullying	0.543	0.170	0.001	0.209	0.878
BRS*Bullying	-0.179	0.057	0.002	-0.292	-0.066
Age	0.273	0.000	< .001	0.008	0.012
Gender	0.061	0.031	0.051	-21.330	0.122

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 2: Obsessive–compulsive (R^2=0.339)

BSI-53 Obsessive–compulsive **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.242	0.009	< .001	0.033	0.069
CTQ PA	0.050	0.012	0.280	-0.010	0.035
CTQ SA	0.114	0.011	0.003	0.011	0.053
CTQ EN	-0.053	0.005	0.152	-0.017	0.003
CTQ PN	0.125	0.008	0.002	0.009	0.042
BRS	-0.191	0.023	< .001	-0.191	-0.102
Bullying	0.616	0.173	< .001	0.276	0.956
BRS*Bullying	-0.173	0.058	0.003	-0.288	-0.059
Age	0.187	0.000	< .001	0.005	0.009
Gender	0.020	0.032	0.523	-0.042	0.082

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 3: Interpersonal sensitivity (R^2=0.368)

BSI-53 Interpersonal sensitivity **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.364	0.010	< .001	0.066	0.104
CTQ PA	-0.103	0.013	0.023	-0.053	-0.004
CTQ SA	0.170	0.012	< .001	0.029	0.075
CTQ EN	-0.032	0.005	0.380	-0.015	0.006
CTQ PN	0.092	0.009	0.023	0.003	0.038
BRS	-0.205	0.024	< .001	-0.221	-0.126
Bullying	0.920	0.187	< .001	0.554	1.286
BRS*Bullying	-0.250	0.063	< .001	-0.373	-0.126
Age	0.084	0.001	0.001	0.001	0.005
Gender	0.083	0.034	0.015	0.016	0.150

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 4: Depression (R^2=0.352)

BSI-53 Depression **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.238	0.009	< .001	0.033	0.069
CTQ PA	-0.012	0.012	0.787	-0.026	0.020
CTQ SA	0.173	0.011	< .001	0.028	0.071
CTQ EN	0.001	0.005	0.974	-0.010	0.010
CTQ PN	0.103	0.008	0.012	0.005	0.038
BRS	-0.214	0.023	< .001	-0.213	-0.123
Bullying	0.799	0.175	< .001	0.456	1.143
BRS*Bullying	-0.235	0.059	< .001	-0.351	-0.119
Age	0.151	0.000	< .001	0.004	0.008
Gender	0.014	0.032	0.659	-0.049	0.077

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 5: Anxiety (R^2=0.376)

BSI-53 Anxiety **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.257	0.008	< .001	0.035	0.068
CTQ PA	-0.04	0.011	0.375	-0.031	0.012
CTQ SA	0.211	0.01	< .001	0.036	0.075
CTQ EN	-0.029	0.005	0.427	-0.013	0.005
CTQ PN	0.15	0.008	< .001	0.014	0.044
BRS	-0.226	0.021	< .001	-0.206	-0.124
Bullying	0.545	0.16	< .001	0.232	0.859
BRS*Bullying	-0.149	0.054	0.006	-0.254	-0.043
Age	0.109	0.000	< .001	0.002	0.005
Gender	0.020	0.029	0.486	-0.037	0.078

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 6: Hostility (R^2=0.334)

BSI-53 Hostility **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.269	0.008	< .001	0.036	0.069
CTQ PA	-0.003	0.011	0.945	-0.022	0.020
CTQ SA	0.212	0.010	< .001	0.035	0.074
CTQ EN	-0.032	0.005	0.382	-0.013	0.005
CTQ PN	0.141	0.008	< .001	0.011	0.042
BRS	-0.145	0.021	< .001	-0.144	-0.062
Bullying	0.386	0.160	0.016	0.071	0.701
BRS*Bullying	-0.093	0.054	0.084	-0.200	0.013
Age	0.034	0.000	0.207	-66.770	0.003
Gender	-0.047	0.029	0.106	-0.105	0.010

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 7: Phobic anxiety (R^2=0.372)

BSI-53 Phobic anxiety **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.123	0.008	0.004	0.008	0.039
CTQ PA	0.098	0.010	0.030	0.002	0.042
CTQ SA	0.281	0.009	< .001	0.051	0.088
CTQ EN	-0.017	0.004	0.631	-0.011	0.006
CTQ PN	0.152	0.007	< .001	0.013	0.041
BRS	-0.150	0.020	< .001	-0.141	-0.064
Bullying	0.330	0.150	0.028	0.036	0.625
BRS*Bullying	-0.101	0.051	0.045	-0.201	-0.002
Age	0.094	0.000	< .001	0.001	0.005
Gender	0.030	0.027	0.275	-0.024	0.084

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 8: Paranoid ideation (R^2=0.299)

BSI-53 Paranoid ideation **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.335	0.010	< .001	0.058	0.098
CTQ PA	-0.055	0.013	0.255	-0.041	0.011
CTQ SA	0.147	0.012	< .001	0.021	0.069
CTQ EN	0.007	0.006	0.855	-0.010	0.012
CTQ PN	0.050	0.009	0.238	-0.007	0.030
BRS	-0.182	0.026	< .001	-0.205	-0.104
Bullying	0.594	0.197	0.003	0.208	0.979
BRS*Bullying	-0.135	0.066	0.042	-0.265	-0.005
Age	0.035	0.001	0.209	-81.550	0.004
Gender	0.015	0.036	0.672	-0.055	0.086

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 9: Psychoticism (R^2=0.365)

BSI-53 Psychoticism **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.161	0.008	< .001	0.015	0.046
CTQ PA	0.067	0.010	0.139	-0.005	0.035
CTQ SA	0.265	0.009	< .001	0.047	0.084
CTQ EN	-0.009	0.004	0.801	-0.010	0.007
CTQ PN	0.147	0.007	< .001	0.012	0.041
BRS	-0.153	0.020	< .001	-0.142	-0.065
Bullying	0.492	0.150	0.001	0.197	0.787
BRS*Bullying	-0.161	0.051	0.002	-0.261	-0.062
Age	0.074	0.000	0.005	0.000	0.004
Gender	0.022	0.027	0.421	-0.032	0.076

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

Supplementary Table 10: Global severity index (GSI) (R^2=0.419)

BSI-53 Global severity index (GSI) **Predictors**	**Beta coef.** [a]	**Standard Error**	**p-value**	**95% CI**	
				Lower	**Upper**
CTQ EA	0.260	0.008	< .001	0.034	0.064
CTQ PA	0.015	0.010	0.730	-0.016	0.022
CTQ SA	0.209	0.009	< .001	0.034	0.069
CTQ EN	-0.022	0.004	0.523	-0.011	0.005
CTQ PN	0.137	0.007	< .001	0.011	0.038
BRS	-0.203	0.019	< .001	-0.175	-0.101
Bullying	0.561	0.144	< .001	0.279	0.844
BRS*Bullying	-0.161	0.049	< .001	-0.256	-0.065
Age	0.145	0.000	< .001	0.003	0.006
Gender	0.026	0.026	0.325	-0.026	0.078

Note: [a] In case of continuous predictors coefficients are standardized; CTQ = Childhood trauma questionnaire; EA = Emotional abuse; PA = Physical abuse; SA = Sexual abuse; EN = Emotional neglect; PN = Physical neglect; BRS = Brief resilience scale; Adjusted for gender and age.

KAPITOLA 4

Prehľadový článok: Šikanovanie, čo funguje a čo nie?

Júlia Švecová, Natália Kaščáková, Jozef Hašto, Peter Tavel

Submitted

ABSTRAKT

Šikanovanie- čo funguje a čo nie?: Prehľadový článok

Hľadanie toho, čo v preventívnych programoch proti šikanovaniu funguje, nás privádza k neustálemu zlepšovaniu ich koncepcie a realizácie.

Cieľom tohto článku je poskytnúť prehľad výskumov o účinnosti programov prevencie šikanovania, ktoré sa uskutočnili za posledné desaťročie. Na vyhľadávanie literatúry bola použitá databáza Web of Science. Zadané boli kľúčové slová „program proti šikanovaniu“, „prevencia“ a „účinnosť“. Z 52 článkov v anglickom jazyku bolo vybraných 31 relevantných článkov, ktoré boli publikované v rokoch 2013 až 2023 v európskych krajinách. Ďalšia relevantná literatúra bola získaná zo zdrojov, ktoré boli citované vo vybraných odborných článkoch. Výsledky sú rozdelené do niekoľkých oblastí. Zložky, ktoré tvoria preventívne programy, výrazne ovplyvňujú ich účinnosť. Rozdiely vo výsledkoch ukazujú, že hľadanie toho, čo funguje, je stále v počiatočnom štádiu. Niektoré komponenty však boli spojené s výrazným zlepšením šikanovania a viktimizácie súčasne. Preventívne programy majú veľmi malý, aj keď stále štatisticky významný vplyv na zníženie všeobecných internalizačných príznakov úzkosti a depresie. Hlavným zdrojom pre tento prehľadový článok bola databáza „Web of Science“, ktorá obsahuje literatúru v angličtine a väčšinou z európskeho regiónu. Chýbajú teda štúdie z českého a slovenského prostredia.

Kľúčové slová: program proti šikanovaniu, prevencia, efektivita.

ABSTRACT

Bullying- what works, what does not?: A Review Article

Finding what works in bullying prevention programs brings us to continuous improvement in their design and implementation.

The purpose of this article is to provide an overview of research on the effectiveness of bullying prevention programs that have been conducted over the past decade. The Web of Science database was used to search the literature. The keywords "antibullying program", "prevention" and "effectiveness" were entered. Out of 52 English language articles, 31 relevant articles were selected which were published from 2013 to 2023 in European countries. Other relevant literature was obtained from sources which were cited in selected peer-reviewed articles. The results are divided into several areas. The components that create prevention programmes greatly influence their effectiveness. The differences in results show that the search for what works is still in its early stages. However, some components were associated with significant improvements in both bullying and victimization at the same time. Prevention programmes have a very small, though still statistically significant, impact on reducing general internalising symptoms of anxiety and depression. The main source for this review article was the "Web of Science" database, which contains literature in English and mostly from the European region. Thus, studies from the Czech and Slovak environment are absent.

Keywords: antibullying program, prevention, effectiveness.

4.1 Úvod

Napriek tomu, že sa boju proti šikanovaniu venuje na školách naprieč krajinami intenzívna pozornosť, stále je tento fenomén pomerne rozšírený nielen v školskom prostredí. Výsledky medzinárodného hodnotenia 15-ročných žiakov zapojených do programu PISA (Programme for International Student Assesssment) z roku 2022, ktoré boli oficiálne zverejnené 5. decembra 2023, hovoria aj o vplyve šikanovania na schopnosť učiť sa. Závery tejto štúdie poukazujú na fakt, že šikanovanie v škole úzko súvisí s výkonmi žiakov v jednotlivých predmetoch. Napríklad v krajinách, kde sa oproti minulým rokom znížilo percento šikanovania formou posmievania, sa zároveň zvýšili priemerné výsledky v matematike (OECD, 2022). Šikanovanie ovplyvňuje fyzické aj mentálne zdravie. Deti, ktoré sa stávajú terčom šikanovania, častejšie vynechávajú vyučovanie, sú v permanentnom strese a sú náchylnejšie na rozvinutie depresie alebo úzkosti (Babaee et al., 2021). Aj keď sa väčšina prípadov šikanovania vyskytuje v období školských rokov, často spôsobuje dlhotrvajúce následky, ktoré ovplyvňujú zasiahnutých aj do dospelosti (Bettencourt et al., 2023).

4.1.2 Výskyt šikanovania vo vybraných štátoch

Výsledky PISA 2022 ponúkajú prehľad krajín OECD (The Organization for Econimic Co-operation and Development) zoradených podľa výskytu šikanovania v percentách. Nasledovný prehľad ponúka päť vybraných európskych štátov s najnižším a najvyšším výskytom šikanovania. Najnižší výskyt šikanovania uvádza Taliansko (cca. 5%), za ním nasleduje Holandsko (cca. 5%), Portugalsko (6%), Írsko (cca. 7%) a Chorvátsko (cca.7%). Najvyšší výskyt šikanovania bol zaznamenaný na Cypre (cca. 14%), v Spojenom Kráľovstve (cca. 13,5%), Albánsku (cca. 13%), na Malte (cca.12%) a v Rumunsku (cca. 12%) (OCED, 2023). Naprieč rokmi sa výsledky v jednotlivých štátoch mierne odlišujú. Popredné priečky v boji proti šikanovaniu však vyhrávajú najčastejšie štáty západnej Európy (Holandsko), zatiaľ čo vyšší podiel šikanovania môžeme zachytiť v štátoch východnej Európy a v štátoch Pobaltia (Rusko, Lotyšsko).

Autori mnohých štúdií hľadajú príčiny a dôvody výskytu šikanovania v demografických, sociálnych a ekologických ukazovateľoch krajín. Dôležitý môže byť aj historický kontext jednotlivých oblastí ako aj socioekonomické faktory (Barboza et al., 2009; Horner, 2010; Ağirkan 2023; Savahl et al., 2023).

V roku 2001 vzniklo Európske centrum CESIE (European centre of studies and initiatives) inšpirované prácou sociológa Danila Dolciho, ktoré zastrešuje aj inciatívu EAN (European Antibullying Network). V roku 2015 bola táto asociácia oficiálne registrovaná v Belgicku. Jej cieľom je hľadať a združovať najlepšie postupy v boji proti šikanovaniu. Aktuálne má v tejto sieti členstvo 23 organizácií z 15 Európskych krajín (EAN, 2022). Problematike šikanovania sa venuje aj UNESCO v spolupráci s Francúzskym ministerstvom vzdelávania, ktoré organizuje konferenciu zaoberajúcu sa šikanovaním na školách vrátane kyberšikanovania (UNESCO, 2020). Angažovanosť štátov v zapájaní sa do rôznych iniciatív proti šikanovaniu ako aj vytváranie vlastných ucelených preventívnych programov či investovanie do výskumu v tejto oblasti a hľadanie toho čo funguje, poukazuje na to, že táto téma im nie je ľahostajná. Daným krajinám záleží na tom, aby sa ich deti učili a študovali v bezpečných školách, kde sa násilie v akejkoľvek podobe netoleruje. Uvedomujú si, aký devastačný môže byť vplyv šikanovania na kvalitu života do budúcnosti (Zych et al.., 2017; Bruckmayer a Galimberti, 2020). Oproti tomu nájdeme krajiny, kde je výskum v tejto téme len na začiatku alebo úplne absentuje (Smith, Kwak a Toda, 2016). V prevencii vychádzajú z poznatkov iných, v niektorých krajinách preberajú intervenčné programy zo zahraničia (Ananiadou a Smith, 2002), ktoré nie vždy adekvátne napĺňajú potreby danej spoločnosti, prípadne si každý školský psychológ vytvára preventívny program proti šikanovaniu podľa seba z voľne dostupných príručiek a materiálov. Aj na Slovensku niekedy funkciu štátu v oblasti prevencie nahrádzajú nadácie súkromných televíznych staníc, neziskové organizácie a občianske združenia. V takýchto prípadoch môže byť, najmä pre začínajúcich školských psychológov a iných odborníkov v oblasti duševného zdravia, spočiatku náročné zorientovať sa v tom, ktoré zdroje sú relevantné a čo funguje.

4.1.3 Najčastejšie skúmané preventívne programy používané v Európe

Program OBPP (Olweus Bullying Prevention Program) možno považovať za prvý program proti šikanovaniu, ktorý má celoškolský prístup a sústredí sa primárne na vytváranie bezpečnej klímy v jednotlivých triedach, čo prispieva k bezpečnej atmosfére na celej škole. V osemdesiatych rokoch ho vytvoril priekopník v skúmaní šikanovania, profesor psychológie na univerzite v nórskom Bergene, Dan Olweus (Olweus, 2004). Program obsahuje moduly sústrediace sa na viacero úrovní: individuálnu, triednu, školskú a komunitnú. Základnou filozofiou programu je edukácia dospelých, ktorí by mali prejavovať voči žiakom/študentom prijatie, nastavovať jasné pravidlá a hranice voči správaniu, ktoré sa netoleruje, vyvodzovať

precízne dôsledky, ktoré by však nemali byť agresívne a ísť študentom príkladom (Olweus a Limber, 2010). Vo Fínsku bol zostavený program proti šikanovaniu KiVa, ktorý sa používa od roku 2007. Bol vystavaný na pilieroch sociálno-kognitívnej teórie (Bandura, 1989) a na zapojení rovesníkov pri práci s rôznymi scenármi šikanovania na školách (Salmivalli, 2010). Program proti šikanovaniu situovaný na webe využívajú v Taliansku na stredných školách. Jeho názov je No Trap! (let us Not Fall Into a Trap/ nenechajte nás spadnúť do pasce) (Menesini et al., 2012). Úlohou študentov je aktívne sa zapájať do vytvárania webovej stránky proti šikanovaniu, ktorej súčasťou je online fórum proti šikanovaniu, kde môžu prebiehať diskusie na túto tému usmerňované vybranými študentami (Menesini et al., 2012). Súčasťou sú aj off-line workshopy organizované študentami, ktoré sa zameriavajú na štyri hlavné témy: podporu obetiam šikanovania, zapojenie prizerajúcich sa, zapojenie učiteľov a vytvorenie skupiny na Facebooku (Palladino et al., 2012). V rokoch 2008 až 2011 bol v Rakúsku vytvorený a výskumne overený program sociálnych kompetencií ViSC (Vienna Social Competence Training). V súlade s národnou stratégiou Rakúska bolo jeho hlavným cieľom znížiť výskyt agresívneho správania a šikanovania na školách ako aj rozvíjanie sociálnych kompetencií žiakov (Strohmeier et al., 2012). Prehľad vyššieuvedených preventívnych programov proti šikanovaniu a porovnanie ich kľúčových zložiek je uvedený v tabuľke 1.

Tabuľka 4. 1.: Kľúčové zložky opakovane skúmaných preventívnych programov proti šikanovaniu (Gaffney et al., 2019)

Preventívny program:	KiVa	OBPP	No Trap!	ViSC
Kľúčové zložky:				
Celoškolský prístup	áno	áno	nie	áno
Zapojenie rodičov	letáky/listy, informatívne večery	letáky/listy, zapájanie	nie	áno
Zapojenie učiteľov	tréning a zavádzajúca lekcia	tréning a zavádzajúca lekcia	minimálne	tréning a zavádzajúca lekcia
Triedne pravidlá	áno	áno	nie	áno
Materiály učebných osnov	detailná osnova programu	detailná osnova programu	nie	detailná osnova programu
Práca s rovesníkmi	zapojenie svedkov, skupinové	triedne diskusie	vedené rovesníkmi	triedny projekt

	cvičenia v triedach			
Práca s agresorom	áno	áno	áno	nie
Práca s obeťou	áno	áno	áno	nie
Aplikovanie sankcií	konfrontujúci prístup	nie	nie	nie
Netrestajúci prístup	prístup bez obviňovania	nie	nie	nie
Dozor na miestach so zvýšeným rizikom šikanovania	áno	áno	nie	nie
Prístup k šikanovaniu	univerzálny a indikovaný	univerzálny a indikovaný	rovesníkmi vedené online fórum	sociálno-ekologický

4.1.4 Prevencia šikanovania na Slovensku

Na Slovensku bola Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu Slovenskej republiky pre školské zariadenia vydaná smernica č. 36/2018 proti šikanovaniu (MŠVVaŠ, 2018). Od roku 2022 je školám k dispozícii aj príručka „Sprievodca prevencie a riešenia šikanovania v školskom prostredí“ a ďalšie materiály, ktoré spracoval VÚDPaP (Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie (VÚDPaP, 2022). Okrem toho je v ponuke niekoľko vzdelávaní v konkrétnych preventívnych programoch, ako sú napríklad „Kozmo a jeho dobrodružstvá (Centrum Slniečko, 2015)“, „Zippyho kamaráti a „Kamaráti jabĺčka“ (OZ Zippy, 2023), „Druhý krok“ (Druhý krok, 2023) či „Emocionálny kompas“ (Emocionálny kompas, 2023). Sú to programy zamerané na emocionálne a sociálne učenie. Majú byť nástrojom ako cez zážitok s deťmi otvárať témy šikanovania a násilia. Deti sa vďaka nim učia ako rozpoznať a vyjadriť svoje emócie, byť tolerantný voči odlišnostiam druhých a vedieť primerane zvládať náročné situácie. V prevencii má svoje miesto aj multidisciplinárna spolupráca. Prednášky na školách a interaktívne besedy so žiakmi organizujú aj „preventisti“ z radov polície. V roku 2014 bola schválená „Národná stratégia na ochranu detí pred násilím“ a vzniklo „Národné koordinačné stredisko pre riešenie problematiky násilia na deťoch“, ktorého súčasťou boli aj aktivity zamerané na riešenie šikanovania (Detstvo bez násilia, 2024).

4.1.5 Tvorba preventívneho programu na Slovensku

Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR odporúča, aby sa slovenské školy pri vypracovávaní vlastných preventívnych programov riadili smernicou č. 36/2018 a spolupracovali s centrami poradenstva a prevencie. Národný inštitút vzdelávania a mládeže (NIVAM) vydal príručku na tvorbu preventívneho programu (Sokolová, 2022). Autorka v nej popisuje dôležitosť dodržiavania jednotlivých princípov pri tvorbe efektívneho preventívneho programu. Venuje sa etike v prevencii, príprave, úvodu do programu, výberu preventívnych aktivít ako aj záverečnému zhrnutiu a reflexii. Domnievame sa, že existencia moderného, uceleného preventívneho programu zameraného na elimináciu agresívneho správania na školách, plného konkrétnych aktivít, doplňujúcich materiálov s jasne stanovenými postupmi, ktorý by bol akreditovaný ministerstvom školstva, by výrazne uľahčila prácu učiteľom i školským psychológom a zlepšila bezpečnosť na školách. Výhodou by určite bola aj možnosť validácie takejto intervencie a jej následné vylepšovanie tak, ako sa to deje s už existujúcimi programami v iných európskych krajinách (Verseveld et al., 2019; Salmivalli et al., 2021).

Cieľom predkladaného prehľadového článku je zmapovanie štúdií zameriavajúcich sa na efektívnosť školskej prevencie šikanovania, ktoré boli publikované na web of science za posledných 10 rokov v krajinách Európy.

4.2 Metódy

Na prehľadávanie odbornej literatúry bola použitá databáza Web of Science. Boli zadané kľúčové slová „antibullying program (program proti šikanovaniu)“, „prevention (prevencia)“ a „effectiveness (efektivita)“. Z 52 článkov v anglickom jazyku bolo vybraných 31 relevantných, ktoré boli publikované od roku 2013 do 2023 v európskych krajinách. Vynechané boli tie, ktoré boli realizované a publikované mimo európskych krajín (z nich 3 boli realizované v Južnej Amerike, 1 v Južnej Ázii) a jedna štúdia, ktorá sa venovala šikanovaniu na pracovisku, tri boli len prípravné protokoly k štúdiám. Ďalšia vynechaná štúdia sa zaoberala ekonomickými dôsledkami zlého duševného zdravia.

Iná relevantná literatúra bola získaná zo zdrojov, ktoré boli uvedené vo vybraných odborných článkoch.

4.3 Výsledky

4.3.1 Komponenty tvoriace preventívne programy proti šikanovaniu

Časti, z ktorých sú preventívne programy vyskladané, výrazne ovplyvňujú ich efektivitu. V rokoch 2011 a 2021 boli realizované metaanalytické štúdie zameriavajúce sa na komponenty preventívnych programov. Podľa Salmivalli et al. (2021) bola novšia metaanalýza presnejšie kódovaná, bol použitý väčší počet štúdií a bola teoreticky lepšie podložená. Rozdiely vo výsledkoch ukazujú, že hľadanie toho, čo funguje, je stále na začiatku. Väčšina preventívnych programov sa zameriava na rozvoj sociálne-emocionálneho učenia a získavania zručností v tejto oblasti. U dospievajúcich je však šikanovanie častejšie motivované potrebou získať status rovesníka, patriť do skupiny (Yeager et al., 2015). Napríklad program „No Trap!", ktorého súčasťou je aj zapájanie rovesníkov (peers), sa javí ako úspešný pri riešení klasického šikanovania aj kyberšikanovania práve medzi 14 až 15-ročnými žiakmi (Palladino, Nocentini a Menesini, 2016).

Niektoré z preventívnych programov, ktoré do svojej štúdie zahrnul Verseveld et al. (2019) sa zameriavajú na celoškolský prístup (práca s jednotlivcom, triedou a komunitou), iné na samostatnú edukáciu učiteľov a individuálne lekcie pre žiakov/študentov. Práve celoškolský prístup zlepšuje všímavosť učiteľov voči šikanovaniu. Pomáhajú im v tom napríklad dotazníky, ktoré odhaľujú miesta so zvýšeným výskytom šikanovania. Dôležité informácie o jednotlivých komponentoch vybraných preventívnych programov, uvádzame v tabuľke 2. Štúdia Gaffney et al., (2021) zistila, že množstvo komponentov zahrnutých v danom preventívnom programe nemá výrazný vplyv na jeho výslednú efektivitu. Niektoré zložky však súviseli s významným zlepšením v oblasti šikanovania aj viktimizácie zároveň. Napríklad neformálne zapojenie rovesníkov a informácie zasielané domov pre rodičov. Určite je však užitočné, ak sú programy aplikované tak, ako boli navrhnuté. Napríklad rakúsky program ViSC vychádza ako najúčinnejší, pokiaľ sú aplikované všetky jeho komponenty (van Verseveld et al., 2021). Výskumníci Trip et al. (2015) sa snažili zvýšiť efektivitu programu ViSC spojením s programom REBE (Rational Emotive Behavioral Education). Preventívny program REBE obsahuje oproti ViSC navyše aj cvičenia zameriavajúce sa špeciálne na agresívne deti. Poradie programov bolo experimentálne manipulované. Ich účinnosť sa líšila podľa toho, v akom poradí boli použité. Poradie REBE-ViSC bolo účinnejšie na zmenu negatívnych emócií ako opačné poradie. Obe poradia boli účinné na redukovanie dysfunkčných kognícií (myslenie, vnímanie, presvedčenia) (Trip et al., 2015).

Preventívny program „KiVa“, vytvorený vo Fínsku, sa zameriava na svedkov šikanovania tým, že sa ich snaží podporovať v reagovaní na šikanovanie, ak nejaké spozorujú. Jedinečný je práve v tom, že oproti iným preventívnym programom obsahuje odborné materiály plné aktivít pre žiakov, pomocou ktorých sa učia v realite podporiť svojich spolužiakov v pozícii obete (Salmivalli, Garandeau a Veenstra, 2012). Učitelia sa zas učia ako lepšie zasahovať pri incidentoch šikanovania. Žiakom je k dispozícii aj učiteľský tím, ktorý ich pri odhalenom šikanovaní sprevádza po dobu dvoch týždňov (Haataja et al., 2014). Program KiVa obsahuje aj online hry, ktoré môžu žiaci hrať v škole alebo doma (Clarkson et al., 2019). Online materiály, videá či hry využíva viacero programov. Niektoré preventívne nástroje sú koncipované samostatne len ako počítačová hra. Napríklad španielska videohra „Cybereduca 2.0“ (Garaigordobil a Martínez-Valderrey, 2024), ktorá je voľne dostupná, aj v iných jazykoch, na internete. Analýzu počítačových hier a online programov zaoberajúcich sa prevenciou šikanovania a kyberšikanovania, ako aj ich efektivity, ponúka prehľadová štúdia Nocentini, Zambuto a Menesini (2015). Iným španielskym nástrojom je program PRE-BULLPE, ktorého štruktúra je inšpirovaná modelom autora Calmaestra et al. (2019). Obsah je prispôsobený stratégiám telesnej výchovy, využívajú sa kooperatívne hry, vyjadrenie tela, dramatizácia („pohybový príbeh“), aktivity na uvedomenie si a obmedzenie tela, pohybové hry so symbolickým významom alebo štafetové hry zameriavajúce sa na dodržiavanie pravidiel.

Niektoré širšie zamerané preventívne programy sa v oblasti šikanovania zameriavajú na jeho konkrétny zámer. Napríklad edukačný program GEM (Gender Equality Matters) (Keating a Baker, 2022) cieli na šikanovanie, ktoré je založené na genderových stereotypoch a pohlavných rozdieloch medzi žiakmi. GEM je projekt, ktorý je financovaný Európskou úniou a podieľajú sa na ňom krajiny ako Írsko, Španielsko, Taliansko, Holandsko či Grécko. Pozostáva z piatich lekcií (štvrtá sa venuje genderovo orientovanému šikanovaniu). Príručka pre základné školy je voľne dostupná na internete (Keating a Collins, 2021).

Tabuľka 4. 2.: Informácie o jednotlivých preventívnych programoch (spracované voľne podľa Verseveld et al., 2019; Benítez- Sillero et al., 2020; Salmivali et al., 2021; Verseveld et al. 2021 a podľa oficiálnych web stránok jednotlivých preventívnych programov)

Preventívny program	Veková kategória	Celoškolský prístup	Prístup na úrovni triedy	Individuálna úroveň	Časová náročnosť	Témy obsahu	iné	Krajina pôvodu
KiVa	6-9 rokov 10-12 rokov 13-16 rokov	tréning zamestnancov, koordinačný tím, manuál k programu, prieskum medzi študentami	učebné osnovy	pokyny pre prácu so žiakmi zapojenými do šikanovania	20 hodín (10 dvojhodinoviek) rozložených do celého školského roka	sila skupiny, rozvoj empatie, rovesnícka podpora obetí	online hry, videoklipy, aktivity na podporu spolužiakov v pozícii obete, pozitívny efekt na elimináciu depresívnych symptómov a zlepšenie sebaúcty	Fínsko
Bully busters	základná a stredná škola	tréning zamestnancov, manuál k programu	triedne diskusie	pokyny pre prácu so žiakmi zapojenými do šikanovania	tréning učiteľov na supervízorov: 3x2 hod. 8x 1 hod. stretnutia ostatných učiteľov na škole so supervízorom práca so žiakmi: 7 tém a ku každej pracovné listy	zníženie agresivity na školách, 8 modulov na základnej škole a 7 modulov na strednej škole: zvýšiť povedomie o šikanovaní, rozpoznať obeť a toho kto šikanuje, byť proaktívny, pomoc obeti, prevencia, zvládacie stratégie	manuál pre rodičov	USA
OBPP	základné a stredné školy	tréning zamestnancov, koordinačný tím, prieskum medzi študentami, dozor na rizikových miestach, tvorba pravidiel a zásad	učebné osnovy, diskusie, presadzovanie celoškolských pravidiel proti šikanovaniu	pokyny pre prácu so žiakmi zapojenými do šikanovania	12 hod. tréning pre školský tím + konzultácie s trénerom počas roka, 1x do týždňa 20-40 min. triedne stretnutia vedené učiteľom	4 nosné princípy: ukázať záujem, zapojenie a vrelosť, nastaviť hranice neakceptovateľného správania, použitie predvídateľných dôsledkov keď sa objaví nevhodné správanie, autority idú pozitívnym príkladom	zapojenie rodičov, spolupráca na úrovni komunity	Nórsko

Step to Respect	základná škola: 3.-6. ročník	tréning zamestnancov, manuál k programu	učebné osnovy	pokyny pre prácu so žiakmi zapojenými do šikanovania	implementácia 2 až 3 roky, 3 levely podľa ročníkov: 3-4.ročník, 4-5. ročník, 5 alebo 6. ročník, 11 hodinových lekcií/ týždenne + prídavné aktivity vo forme diskusií, videí, nacvičovanie zručností	podporiť prosociálne správanie študentov, zvýšiť zodpovednosť a proaktivitu zamestnancov v téme šikanovania, podporovať u žiakov sociálne zodpovedné myslenie, rozvoj sociálno-emocionálnych zručností, podpora zdravých vzťahov	-	Usa
ViSC	základná škola 5.-8. ročník	tréning zamestnancov, koordinačný tím	učebné osnovy	-	školenie k programu pre učiteľov, koučing školského tímu počas prvého polroka, 13 lekcií: v 1-8.lekcii žiaci hľadajú ako spoločne predísť agresívnemu správaniu v triede, v 9-13.lekcii žiaci hľadajú možnosti ako spoločne dosiahnuť pozitívne ciele (Strohmeier et al., 2012)	rozvíjanie empatie, preberanie zodpovednosti, možnosti reagovania v kritických situáciách, edukácia učiteľov	zacielenie na rodičov, obsiahnutie širokého spektra agresívneho správania (nie len šikanovanie)	Rakúsko
PRIMA	základná škola 3.-6. ročník	online tréning zamestnancov školy, osobný tréning s PRIMA koučom, online materiály	✓	✓	učitelia: 2x online lekcia, lekcie s koučom žiaci:6 lekcií/45min na začiatku šk.roka a 2 lekcie v priebehu roka na zopakovanie (Verseveld et al., 2021)	zamestnanci školy sa učia lepšie identifikovať a redukovať šikanovanie, žiaci sa učia o dôsledkoch šikanovania, nastavenie pravidiel proti šikanovaniu, postaviť sa proti šikanovaniu, prosociálne zručnosti	video materiál, informácie pre rodičov zapojenie rodičov v prípade, že sa šikanovanie týka ich dieťaťa	Holandsko
PRE-BULLPE	adolescenti	-	✓	-	6x 1hod. lekcia Štruktúra lekcie: 2-5 min teória, 40-45 min 3-5 aktivít, 5 min. záverečná reflexia (Benítez-Sillero et al., 2021).	Edukácia o šikanovaní, role agresora a obete, spolupráca, empatia, seba hodnota, odolnosť, diskriminácia	aplikácia na hodinách telesnej výchovy	Španielsko

4.3.2 Čo ovplyvňujú programy proti šikanovaniu?

Gaffney et al. publikovali v roku 2018 aktualizovanú metaanalytickú štúdiu školských preventívnych programov proti šikanovaniu, v ktorej sa zameriavali na to, čo v nich funguje. Ich výsledky potvrdzujú efektivitu týchto programov v znižovaní výskytu šikanovania o 19 až 20 % a znižovanie viktimizácie šikanovaním o 15-16 %. V ďalšom výskume sa zameriavali na pochopenie konkrétnych častí programov, ktoré mali najväčší vplyv na znižovanie výskytu šikanovania na školách. Identifikovali 65 rôznych školských intervenčných a preventívnych programov proti šikanovaniu, ale len osem z nich bolo posudzovaných opakovane (KiVa, OBPP, NoTrap!, ViSC). Niektoré programy sú účinné pri redukovaní viktimizácie (Yanagida et al., 2016) či kyberšikanovania (Gradinger et al., 2014; Garaigordobil a Martíznez- Valderrey, 2018). Iné na elimináciu agresívneho správania na školách, a niektoré pozitívne ovplyvňujú viktimizáciu aj agresívne správanie (Nocentini, 2016; Benítez-Sillero et al, 2020; Hensum et al., 2022). Intervencie najlepšie pôsobia na žiakov mladších ako 12 rokov, ktorí boli najviac viktimizovaní (Hensum et al., 2022). Tieto závery podporujú aj výsledky fínskej štúdie Juvonen et al. (2016). Preventívne program majú pozitívny vplyv aj na rozvíjanie sociálno-emocionálnych zručností. Skúmanie efektivity programu OBPP v USA zdokumentovalo po jeho absolvovaní u žiakov nárast empatie a neochotu zapájať sa do šikanovania. Žiaci si viac všímali, že aj učitelia sú proaktívni v prístupe k riešeniu šikanovania (Limber et al., 2018).

Celkom účinne na znižovanie viktimizácie, elimináciu agresívneho správania a rozvoj empatie môžu pôsobiť aj edukačné počítačové hry so zameraním na šikanovanie (Garaigordobil a Martíznez- Valderrey, 2018), krátkodobé intervencie (Calvete et al., 2019), či programy, v ktorých je téma šikanovania len okrajovou súčasťou (Keating a Baker, 2022). Takýmito sú napríklad krátka intervencia v podobe ITPI (The incremental theory of personality interventions) (Calvete et al., 2019) alebo počítačová hra Cybereduca 2.0 (Garaigordobil a Martínez-Valderrey, 2024).

Prehľadový článok 22 štúdií (Guzman-Holst et al., 2022), ktoré analyzovali efektivitu programov proti šikanovaniu dospel k výsledku, že tieto programy síce znižujú výskyt šikanovania a viktimizácie na školách, majú však len veľmi malý, aj keď stále štatisticky významný, vplyv na redukovanie všeobecných internalizujúcich symptómov úzkosti a depresie. Ťažko však povedať, či je tento vplyv aj klinicky významný. Významný podiel na znížení výskytu týchto symptómov mali programy obsahujúce prácu v rovesníckych skupinách

ako aj celoškolský prístup k otázke riešenia šikanovania (Guzman-Holst et al., 2022; Goldberg et al., 2018).

4.3.3 Od čoho závisí úspešnosť preventívnych programov?

Úspešnosť jednotlivých programov sa líši aj podľa toho, kde boli vytvorené a aplikované. Zatiaľ čo v Európe bola úspešnosť zníženia šikanovania o 13 %, v škandinávskych krajinách to bolo okolo 20 %. Preventívne programy proti šikanovaniu vytvorené v Európe a škandinávskych krajinách mali väčšiu úspešnosť aj v redukovaní viktimizácie zo šikanovania oproti úspešnosti programov realizovaných v Severnej Amerike (Gaffney et al., 2018). Významný podiel na efektivite preventívneho programu zohráva aj fakt, či je používaný v krajine kde bol vytvorený alebo je realizovaný v iných krajinách. Rozdiely vo výsledkoch môže spôsobovať použitie rozličnej metodológie (Gaffney et al., 2019), avšak omnoho pravdepodobnejšie je, že na to majú vplyv kultúrne a sociálne odlišnosti medzi mladými ľuďmi. Pri použití programu OBPP v Nórsku je jeho úspešnosť vyššia oproti tomu, keď bol aplikovaný na školách v Spojených štátoch amerických. Zaujímavé je, že s fínskym programom KiVa mali výskumníci opačnú skúsenosť. Jeho úspešnosť bola vyššia pri použití v talianskych školách oproti realizácii na školách vo Fínsku. Preskúmanie faktorov, ktoré na to majú vplyv (veľkosť výskumnej vzorky, použitá metodológia) si vyžaduje ďalší výskum (Gaffney et al., 2021). Aplikácia programu KiVa v štvrtých a šiestych ročníkoch základných škôl v Taliansku ukázala, že jeho efekt bol nižší u starších žiakov. S pribúdajúcim vekom žiakov je ťažšie ovplyvniť už utvorené triedne normy súvisiace so šikanovaním (Nocentini, 2016). Prehľadový článok Salmivalli et al. (2021) analyzuje prevenciu šikanovania v období adolescencie a potvrdzuje relatívne slabý a meniaci sa efekt preventívnych programov cielených na túto vekovú kategóriu. Špecifiká v osobnosti žiakov taktiež ovplyvňujú výsledný efekt preventívneho programu. Program KiVA realizovaný v Taliansku mal najlepšie výsledky v skupine chlapcov, ktorí vykazovali vyššiu citlivosť na prostredie. Veľkosť účinku intervencie sa dá opísať ako dvojnásobná oproti priemernej veľkosti účinku v celej vzorke účastníkov výskumu (Nocentini et al., 2018).

Výskumníci Gaffney et al. (2021) sa zamerali viac na efektivitu jednotlivých komponentov programov. Zapájanie rovesníkov a zdieľanie informácií pre rodičov zohráva dôležitú úlohu, prekvapujúcim zistením tejto štúdie však bolo, že ako úspešnejšie vychádzali programy, ktorých súčasťou neboli prvky zaoberajúce sa rozvojom sociálno-emocionálnych

zručností. Dôležitejším faktorom bola neformálna sociálna kontrola medzi všetkými členmi jednotlivých školských komunít. Kolektívna spolupráca a neformálna sociálna kontrola sa javia byť kľúčovými faktormi v redukovaní antisociálneho správania. Tieto formy intervencie zapájajú do diskusie a aktivít aj svedkov šikanovania (Goldberg et al., 2018; Gaffney, 2021).

U niektorých programov sa nepreukáže žiadna efektivita. Analýza realizácie intervenčného programu SEAL ukázala, že na tom mala výrazný podiel nedostatočná podpora zo strany zamestnancov, vnímaná potreba aplikovania intervencie, nedostatočná odborná príprava a samostatnosť učiteľov (Goldberg et al., 2018). Ako úspešnejšie vychádzajú programy, ktoré sú realizované s podporou zo strany vzdelávacieho systému na národnej úrovni. V spoločnosti sa tak umocňuje to, na čom v školskom prostredí záleží (Mart et al., 2015; Oberle et al., 2016).

Dodržiavaniu presných postupov preventívnych programov, tak ako boli naplánované, sa v ich hodnotení venuje len veľmi malá pozornosť. Pritom výskumy školskej prevencie naznačujú, že práve precízna realizácia preventívneho programu je kľúčová pre to, či bude mať úspech (Haataja et al., 2014); Axford et al., 2020; Johander et al., 2020; Valenzuela et al. 2022). Dĺžka trvania preventívneho programu rovnako súvisí s jeho efektivitou. Ukazuje sa, že čím dlhšie je program na školách aplikovaný, tým lepšie dosahuje výsledky (Limber et al., 2018; Clarkson et al., 2019; Huitsing et al., 2020).

4.3.4 Účinky preventívneho programu na učiteľov

Hoci učitelia zohrávajú pri realizovaní preventívnych programov proti šikanovaniu dôležitú úlohu, máloktoré štúdie sa zaoberajú účinkami týchto programov priamo na učiteľov. Metaanalytická štúdia (Verseveld et al., 2019) opisuje pozitívny dopad ôsmich vybraných programov proti šikanovaniu na učiteľov, ktorí sa na realizácii podieľali. Realizáciou programu sa zmenil ich postoj k šikanovaniu, rozšírili sa ich vedomosti v tejto téme ako aj repertoár intervenčných stratégií. Súčasťou niektorých preventívnych programov sú informácie, ktoré podporujú proaktívny prístup učiteľov pri riešení šikanovania. Ponúkajú im návod ako reagovať na to, keď im niekto nahlási šikanovanie alebo sú sami jeho svedkom. V jednotlivých preventívnych programoch je však rozdiel v časovej dotácii, ktorá je venovaná vzdelávaniu učiteľov. Zatiaľ čo v niektorých tréning trvá jeden až dva dni, iné ponúkajú napríklad pätnásť štyridsaťpäťminútových lekcií (Verseveld et al., 2019).

4.3.5 Vplyv učiteľa na efektivitu preventívneho programu

Osobnosť učiteľa ako aj jeho prístup k aplikovaniu preventívneho programu, zohráva dôležitú úlohu. Výskumníci Haataja et al. (2015) rozdelili učiteľov do troch skupín podľa toho, ako dodržiavali lekcie preventívneho programu na a) tých, ktorí začali na vysokej úrovni a zotrvali v nej počas celého roka, b) tých ktorí počas roka využívali precízne aspoň polovicu učebného materiálu a c) tých, ktorí začali na vysokej úrovni, ale veľmi rýchlo sa úroveň ich výkonu znížila. Na udržanie vysokej úrovne mala vplyv aj podpora riaditeľa školy ako aj individuálne presvedčenie učiteľov o účinnosti programu.

Učitelia na škole by mali zdieľať hodnoty súvisiace s prevenciou šikanovania, aktualizovať si vedomosti v danej oblasti a nasledovať ciele aplikovaného preventívneho programu na ich škole. Takéto nastavenie učiteľov môže priniesť výraznejšie benefity pre žiakov aj napriek tomu, že žiaci neabsolvujú všetky úlohy daného preventívneho programu (Haataja et al., 2014).

4.3.6 Genetické a enviromentálne základy šikanovania a viktimizácie

Doposiaľ boli identifikované viaceré rizikové faktory pre vznik šikanovania a viktimizácie. Štúdie s dvojčatami skúmajúce genetické vplyvy potvrdzujú vysoký genetický podiel, až v 61-79 % pre šikanovanie a 65–77 % pre viktimizáciu (Veldkam et al, 2019; Ball et al., 2008, Johannson et al., 2020). Štúdia Johansson et al. (2020) skúmala u 447 párov dvojčiat vo veku 7-15 rokov okrem podielu genetických a enviromentálnych faktorov na šikanovanie tiež moderujúci vplyv programu KiVA. Po intervencii KiVA sa zistil rozdiel v celkovej úlohe genetických a environmentálnych vplyvov medzi intervenčnou a kontrolnou skupinou v prípade šikanovania a viktimizácie, pričom nezdieľané environmentálne vplyvy zohrávali menšiu úlohu (a gény väčšiu úlohu) v intervenčnej než kontrolnej skupine. Autori štúdie uvažujú nad potrebou cielenejších programov zasahujúcich faktory prostredia aj dedičné individuálne faktory, aby sa doiahla maximálna účinnosť(Johansson et al., 2020).

4.3.7 Metodológia štúdií skúmajúcich efektivitu školských preventívnych programov šikanovania

Výskumníci Chalamandris a Piette (2015) sa vo svojej štúdii zamerali na zmapovanie metodológie výskumov realizovaných do roku 2008 v oblasti preventívnych programov

šikanovania na školách. Pred nimi realizovali podobnú štúdiu výskumníci Ryan a Smith (2009), ktorí sa zamerali na štúdie publikované od roku 1997 po rok 2007. Pre Chalamadris a Piette (2015) bolo dôležité zahrnúť všetky štúdie, ktoré boli na túto tému publikované od začiatku bez časového obmedzenia. Oproti prvej realizovanej štúdii, táto ponúka metodológiu kvalitatívnej analýzy a tak podáva čitateľovi podrobnejší obraz, snaží sa zahrnúť aj rozpor medzi hodnotením internej a externej validity, ako aj medzi výskumom a praxou. Tejto štúdii však neprináleží hodnotiť, ktorý spôsob výskumu je lepší. Zameriava sa na podrobnú analýzu vybraných 62 štúdií. Výskumníci odporúčajú postupovať podľa fáz výskumu podpory zdravia ako ich opisuje Flay (1986). V roku 2005 vypracovali Flay et al. zoznam požadovaných štandardov účinnosti, efektívnosti a šírenia štúdií, ktoré Chalamadris a Piette (2015) navrhujú používať aj vo výskume šikanovania. Prijatie týchto fáz môže zabezpečiť optimalizáciu informácií zo súčasného výskumu a určiť smerovanie budúceho výskumu. Ďalšou dôležitou zložkou je preskúmanie internej validity, ktorá by sa mala skúmať zároveň s hodnotením vplyvu školského preventívneho programu proti šikanovaniu. Kritériá na zvýšenie a hodnotenie externej validity hodnotiacich štúdií prinášajú Green a Glasgow (2006). Ich uplatnenie vo výskume šikanovania podrobne popisuje štúdia Chalamandris a Piette (2015).

4.3.8 Aká je nákladová efektívnosť programu KiVa?

Persson et al. (2018) sa pokúsili zistiť, aká je nákladová efektívnosť programu prevencie šikanovania KiVa, v kontexte základnej školy vo Švédsku. Ich výsledok porovnali so švédskou národnou hraničnou hodnotou pre programy starostlivosti, podľa ktorej možno program KiVa považovať za stredne nákladovo efektívny. Implementovanie programu KiVa postupne počas šiestich až deviatich ročníkov v rámci školy (podľa švédskeho systému vzdelávania), sa oproti použitiu len v troch po sebe idúcich ročníkoch, ukázalo ako lepšia investícia (Persson et al., 2018). Prvé údaje o rozpočte pri realizácii programu KiVa v Spojenom kráľovstve priniesli výskumníci Clarkson et al. (2019). Ich výsledky ukazujú, že na zriadenie a realizáciu programu sú potrebné priemerné náklady vo výške 1960, 84 GBP na školu (16,34 GBP na žiaka). V ďalších rokoch používania programu sa však tieto náklady znížili na 2,84 GBP na žiaka ročne v dôsledku zníženia registračného poplatku od druhého roku.

V mnohých krajinách s nízkym až stredným príjmom (napríklad Pakistan) nie je možné efektívne programy proti šikanovaniu implementovať kvôli nedostatku potrebných zdrojov na ich realizáciu. Východiskom sa zdajú byť kratšie, menej nákladné intervencie v podobe

vyškolenia rovesníkov, ktorí potom pôsobia ako akýsi obhajcovia iniciatívy proti šikanovaniu vo svojej komunite na škole. Cieľom štúdie realizovanej v Pakistane bolo vytvoriť, aplikovať a zistiť vplyv vyškolených rovesníkov na zlepšenie školskej klímy. Pilotná štúdia bola považovaná za úspešnú, vyžaduje si však ďalší výskum (Siddiqui a Schultze- Krumbholz, 2023).

4.4 Diskusia a záver

Primárnym cieľom tohto prehľadového článku bola sumarizácia výsledkov výskumov k efektivite preventívnych programov za posledných 10 rokov. Výsledky zo spracovaných odborných zdrojov sme rozdelili do niekoľkých oblastí. V prvej oblasti sme sa zamerali na to, z čoho sú preventívne programy zložené. Jednotlivé komponenty programov ovplyvňujú aj ich efektivitu (Ttofi a Farrington, 2009). Rozdiely vo výsledkoch metaanalytických štúdií realizovaných s odstupom času ukazujú, že v hľadaní toho, čo v preventívnych programoch funguje, sme stále na začiatku (Salmivalli et al., 2021). Mnohé programy sa zameriavajú na rozvoj sociálno-emocionálneho učenia, ktoré však lepšie fungujú u mladších žiakov. V období adolescencie sa javí ako vhodnejšie v rámci prevencie zapájať rovesníkov, ktorí majú svoje konkrétne úlohy (Yeager et al., 2015). Títo autori však rovnako zastávajú názor, že práve adolescenti sú tí, ktorí potrebujú pomoc v oblasti emócií a socializácie, a tak programy zameriavajúce sa práve na tieto témy, môžu byť jednou z možností ako im pomôcť zorientovať sa vo svete plnom intenzívnych emócií (Yeager, 2017). Preventívne programy môžu byť dlhodobé alebo krátkodobé. Niektoré zapájajú celú školu, rodičov aj komunitu, iné sa zameriavajú viac na individuálny prístup či edukáciu učiteľov. Počet jednotlivých komponentov preventívnych programov nezohráva dôležitú úlohu. Dôležité je, či sú zapojené niektoré kľúčové zložky (rovesníci, informácie pre rodičov). Dodržiavanie protokolu preventívnych programov, tak ako boli navrhnuté, tiež ovplyvňuje ich účinnosť. Kombinovaním niektorých vybraných preventívnych programov môžeme rovnako docieliť lepší výsledok (Trip et al., 2015). Program Kiva, ktorý sa v štúdiách vyskytoval najčastejšie, zohľadňuje aj úlohu takzvaných „svedkov“ šikanovania. Povzbudenie takýchto žiakov k tomu, aby nemlčali je veľmi dôležité. Rovnako tak môžu podporiť žiakov v pozícii obete. Učitelia a iní vybraní zamestnanci školy sú vo väčšine najčastejšie skúmaných komplexných preventívnych programov v téme tiež vzdelávaní (Salmivalli, Garandeau a Veenstra, 2012).

Prevencia sa dá vykonávať aj na špecifických predmetoch ako je napríklad telesná výchova, ktorá ponúka pestré možnosti realizácie v kontexte daného predmetu. Prevencia šikanovania na hodinách telesnej výchovy sa zdá byť viac ako žiadúca aj vzhľadom k výsledkom viacerých štúdií, ktoré uvádzajú, že následky šikanovania na hodinách telesnej výchovy môžu byť pestrejšie kvôli kontextu vyučovania (Wei a Graber, 2023).

Efektívne sú však nie len dlhodobé komplexné programy. Svoje miesto tu majú aj kátkodobé intervencie či počítačové hry (Vannini et al., 2010; Calvete et al., 2019; Garaigordobil a Martínez-Valderrey, 2024). Niektoré preventívne programy sú vytvorené priamo na prevenciu šikanovania (Juvonen et al., 2016), iné majú širší záber a téma šikanovania je ich súčasťou (Keating a Baker, 2022).

Ďalšou oblasťou našich výsledkov boli nežiadúce javy, ktoré preventívne programy eliminujú a naopak, ktoré pozitívne oblasti posilňujú. Väčšine preventívnych programov sa vo väčšej alebo menšej miere darí redukovať výskyt šikanovania a znižovať viktimizáciu (Gaffney et al., 2018). Niektorým z programov sa darilo pozitívne ovplyvňovať aj fenomén kyberšikanovania, aj keď naň neboli priamo určené (Gradinger et al., 2014). Preventívne programy, ktoré obsahujú prácu v rovesníckych skupinách a sú zamerané na celú školu, mali významný podiel na eliminácií symptómov úzkosti a depresie u detí (Guzman-Holst et al., 2022).

Úspešnosť preventívnych programov závisí aj od miesta ich vytvorenia a miesta, kde sú ralizované. Vplyv na to môže mať metodológia výskumu či kultúrne a sociálne odlišnosti probantov (Gaffney et al., 2019). Osobnostné špecifiká žiakov ako aj genetické predpoklady tiež zohrávajú svoju úlohu (Nocentini et al., 2018; Johansson et al., 2020). V takýchto prípadoch je dobré podľa potreby zvážiť aj individuálnu intervenciu pre jednotlivých žiakov (agresor, obeť, svedok). Najefektívnejšie sa javia programy, ktoré zapájajú komunitu v zmysle sociálnej kontroly a spolupráce (Goldberg et al., 2018). S nedodržiavaním presných postupov preventívnych programov, nevnímaním potreby danú intervenciu aplikovať, so slabou odbornou prípravou učiteľov, ktorí nepristupujú k vykonávaniu prevencie proaktívne, klesá aj ich účinnosť (Goldberg et al., 2018).

Pozícia učiteľa v realizácii preventívnaho programu je nenahraditeľná. Nielen že jeho osobnosť priamo vplýva na efektivitu daného programu ale aj naopak, daný program nenechá nezmeneného ani samotného učiteľa (Haataja et al., 2015; Verseveld et al., 2019). Preto je veľmi dôležité aké osobnosti z radov učiteľov vyberáme do realizačného tímu. Vzhľadom

k tomu, že v našom výbere neboli dostatočne štúdie zamerané na vplyv osobnosti učiteľa na efektivitu programu, domnievame sa, že by bolo dobré v tomto smere vo výskume pokračovať.

V posledných kapitolách sa prehľadový článok venuje genetickým predispozíciám (Johansson et al., 2020), metodológii výskumov prevencie (Chalamandris a Piette, 2015) ako aj nákladovosti programu KiVA (Persson et al., 2018), ktorý sa vo výbere štúdií vyskytoval najčastejšie. Pomerne vysoké počiatočné náklady pri zapojení sa do programu KiVA sa v ďalšom roku znižujú. Registračný poplatok sa platí len prvý rok. Uvedené témy boli vo výbere literatúry zastúpené len minimálne. Z tohto hľadiska by ich bolo žiaduce rozpracovať v ďalšom výskume.

Šikanovanie je vo svete aj na Slovensku stále rozšírený fenomén, preto je dôležité poskytnúť odborníkom pracujúcim na školách nástroj, o ktorý by sa mohli oprieť a bol by prispôsobený našim kultúrnym podmienkam. Vytvoriť nový slovenský preventívny program proti šikanovaniu by mohlo byť pomerne finančne, časovo aj personálne náročné. Návratnosť by však mohla spočívať aj v eliminácii nákladov spojených s liečbou šikanovania a viktimizácie (psychoterapia, farmakoterapia). Ako účinné sa ukazujú aj kratšie preventívne nástroje, prípadne edukačné počítačové hry. Aj toto by mohla byť dobrá cesta, ako k riešeniu otázky šikanovania na Slovensku pristúpiť.

4.5 Limity

Hlavným zdrojom pre tento prehľadový článok bola databáza „Web of science“, ktorá obsahuje literatúru v anglickom jazyku a prevažne z európskeho regiónu. Absentujú tak štúdie z českého a slovenského prostredia. Systém školstva a poradenstva sa naprieč krajinami líši, a tak treba myslieť na to, že aj na Slovensku či v Čechách môže mať fenomén šikanovania a jeho prevencia svoje osobitosti. Napríklad kultúrne, geografické alebo vyplývajúce z historického pozadia. Na Slovensku môže byť komplikáciou aj nákladnosť niektorých existujúcich, komplexných, zahraničných programov alebo vytvorenie vlastného, a tak siahame skôr po preklade kratších porgramov zo zahraničia či po vytváraní príručiek, ktoré navigujú odborníkov, ako si preventívny program na škole vyskladať svojpomocne.

Zoznam skratiek

CESIE- (European centre of studies and initiatives)

GBP- Great Britain Pound (Britská libra)

GEM- Gender Equality Matters

ITPI- The Incremental Theory of Personality Interventions

KiVa- Kiusaamista Vastaan, “against bullying”

NIVAM- Národný Inštitút Vzdelávania a Mládeže

NoTrap!- (Noncadiamointrappola!)

OBPP- Olweus Bullying Prevention Program

OECD (The Organization for Econimic co-operation and Development)

PISA- Programme for International Student Assesssment

PRIMA- holandský preventívny program proti šikanovaniu

REBE- Rational Emotive Behavioral Education

SEAL- Sobrato Early Academic Language

USA- United State od America

ViSC- Viennese Social Competence

VÚDPaP- Výskumný Ústav Detskej Psychológie a Patopsychológie

SR- Slovenská Republika

Referencie

Ağirkan, M. (2023). Global trends in research on school bullying and its correlation with COVID-19 pandemic. *Journal of Family, Counseling and Education, 8*(2), 33–49. https://doi.org/10.32568/jfce.1343885

Ananiadou, K. & Smith, P. K. (2002). Legal requirements and nationally circulated materials against school bullying in European countries. *Criminal Justice, 2*(4), 471–491. https://doi.org/10.1177/174889580200200405

Axford, N., Bjornstad, G., Clarkson, S., Ukoumunne, O. C., Wrigley, Z., Matthews, J., Berry, V. & Hutchings, J. (2020). The effectiveness of the KiVa bullying prevention program in wales, UK: Results from a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 21*(5), 615–626. https://doi.org/10.1007/s11121-020-01103-9

Babaee, E., Nojomi, M., Asadi-Aliabadi, M. & Eshrati, B. (2021). Bullying and being bullied; How much can it increase the risk of depression and anxiety in students? A multilevel fixed-effect model analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 15*(2). https://doi.org/10.5812/ijpbs.109730

Ball, H. A., Arseneault, L., Taylor, A., Maughan, B., Caspi, A. & Moffitt, T. E. (2008). Genetic and environmental influences on victims, bullies and bully-victims in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(1), 104–112. https://doi.org/10.1111/jcpp.2008.49.issue-1

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *The American Psychologist, 44*(9), 1175–1184. https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.9.1175

Barboza, G. E., Schiamberg, L. B., Oehmke, J., Korzeniewski, S. J., Post, L. A. & Heraux, C. G. (2009). Individual characteristics and the multiple contexts of adolescent bullying: an ecological perspective. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(1), 101–121. https://doi.org/10.1007/s10964-008-9271-1

Benítez-Sillero, J. D., Corredor-Corredor, D., Córdoba-Alcaide, F. & Calmaestra, J. (2021). Intervention programme to prevent bullying in adolescents in physical education classes (PREBULLPE): a quasi-experimental study. *Physical Education and Sport Pedagogy, 26*(1), 36–50. https://doi.org/10.1080/17408989.2020.1799968

Bettencourt, A. F., Clary, L. K., Ialongo, N. & Musci, R. J. (2023). Long-term consequences of bullying involvement in first grade. *Journal of School Psychology*, *97*, 63–76. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2023.01.004

Chalamandaris, A.-G. & Piette, D. (2015). School-based anti-bullying interventions: Systematic review of the methodology to assess their effectiveness. *Aggression and Violent Behavior*, *24*, 131–174. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.04.004

Centrum Slniečko. (2015). Kozmo a jeho dobrodružstvá. https://kozmove-dobrodruzstva.sk/preventivny-program/

Clarkson, S., Charles, J. M., Saville, C. W. N., Bjornstad, G. J. & Hutchings, J. (2019). Introducing KiVa school-based antibullying programme to the UK: A preliminary examination of effectiveness and programme cost. *School Psychology International*, *40*(4), 347–365. https://doi.org/10.1177/0143034319841099

Corporate-body. EMPL:Directorate-General for Employment, Social Affairs & Inclusion. (2020). *Anti-bullying practices from the repository of the European platform for investing in children (EPIC)*. Publications Office of the European Union.

CYBEREDUCA 2.0 - *Juego de Prevención del Cyberbullying*. (n.d.). Cybereduca.com. Retrieved March 22, 2024, from http://www.cybereduca.com

Detstvo bez násilia. (2024). Národné koordinačné stredisko pre riešenie problematiky násilia na deťoch. https://detstvobeznasilia.gov.sk/.

Druhý krok. (2023). Kde sú dobré vzťahy, tam sa deťom darí. https://druhykrok.sk/.

EAN. (2023). European aantibullying network. https://www.antibullying.eu/new?id=65

Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy (Rev)*. Birscj Lane.

Emocionálny kompas. (2023). Celoročný program emocionálny kompas. https://emocionalnykompas.sk/

Flay, B. R. (1986). Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive Medicine*, *15*(5), 451–474. https://doi.org/10.1016/0091-7435(86)90024-1

Flay, Brian R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C. & Ji, P. (2005). Standards of evidence: criteria for

efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *6*(3), 151–175. https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y

Gaffney, H., Ttofi, M. M. & Farrington, D. P. (2021). What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *Journal of School Psychology*, *85*, 37–56. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.12.002

Gaffney, Hannah, Farrington, D. P. & Ttofi, M. M. (2019). Examining the effectiveness of school-bullying intervention programs globally: A meta-analysis. *International Journal of Bullying Prevention: An Official Publication of the International Bullying Prevention Association*, *1*(1), 14–31. https://doi.org/10.1007/s42380-019-0007-4

Gaffney, Hannah, Ttofi, M. M. & Farrington, D. P. (2018). Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: An updated meta-analytical review. *Aggression and Violent Behavior*, *45*, 111–133. https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.07.001

Garaigordobil, M., and Martínez-Valderrey, V. (2024). Cybereduca Cooperativo 2.0. Juego Para la Prevención del Bullying y Cyberbullying [Cooperative Cybereduca 2.0. A Videogame to Prevent and Reduce Bullying and Cyberbullying]. http://www.cybereduca.com

Garaigordobil, M. & Martínez-Valderrey, V. (2018). Technological resources to prevent cyberbullying during adolescence: The Cyberprogram 2.0 program and the Cooperative Cybereduca 2.0 videogame. *Frontiers in Psychology*, *9*, 745. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00745

Goldberg, J. M., Sklad, M., Elfrink, T. R., Schreurs, K. M. G., Bohlmeijer, E. T. & Clarke, A. M. (2019). Effectiveness of interventions adopting a whole school approach to enhancing social and emotional development: a meta-analysis. *European Journal of Psychology of Education*, *34*(4), 755–782. https://doi.org/10.1007/s10212-018-0406-9

Gradinger, P., Yanagida, T., Strohmeier, D. & Spiel, C. (2015). Prevention of cyberbullying and cyber victimization: Evaluation of the ViSC social competence program. *Journal of School Violence*, *14*(1), 87–110. https://doi.org/10.1080/15388220.2014.963231

Green, L. W. & Glasgow, R. E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology: Issues

in external validation and translation methodology. *Evaluation & the Health Professions*, *29*(1), 126–153. https://doi.org/10.1177/0163278705284445

Guzman-Holst, C., Zaneva, M., Chessell, C., Creswell, C. & Bowes, L. (2022). Research Review: Do antibullying interventions reduce internalizing symptoms? A systematic review, meta-analysis, and meta-regression exploring intervention components, moderators, and mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *63*(12), 1454–1465. https://doi.org/10.1111/jcpp.13620

Haataja, A., Ahtola, A., Poskiparta, E. & Salmivalli, C. (2015). A process view on implementing an antibullying curriculum: How teachers differ and what explains the variation. *School Psychology Quarterly: The Official Journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, *30*(4), 564–576. https://doi.org/10.1037/spq0000121

Haataja, A., Voeten, M., Boulton, A. J., Ahtola, A., Poskiparta, E. & Salmivalli, C. (2014). The KiVa antibullying curriculum and outcome: does fidelity matter? *Journal of School Psychology*, *52*(5), 479–493. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2014.07.001

Hensums, M., de Mooij, B., Kuijper, S. C., Cross, D., DeSmet, A., Garandeau, C. F., Joronen, K., Leadbeater, B., Menesini, E., Palladino, B. E., Salmivalli, C., Solomontos-Kountouri, O., Veenstra, R., Fekkes, M., Overbeek, G. & BIRC: the anti-Bullying Interventions Research Consortium. (2023). What works for whom in school-based anti-bullying interventions? An individual participant data meta-analysis. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *24*(8), 1435–1446. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01387-z

Horner, R. H. (2011). Eric vernberg and Bridget Biggs: Preventing and treating bullying and victimization: Oxford university press, oxford, 2010. *Journal of Child and Family Studies*, *20*(3), 384–386. https://doi.org/10.1007/s10826-010-9382-7

Huitsing, G., Lodder, G. M. A., Browne, W. J., Oldenburg, B., Van der Ploeg, R. & Veenstra, R. (2020). A large-scale replication of the effectiveness of the KiVa antibullying program: A randomized controlled trial in the Netherlands. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *21*(5), 627–638. https://doi.org/10.1007/s11121-020-01116-4

Johander, E., Turunen, T., Garandeau, C. F. & Salmivalli, C. (2021). Different approaches to address bullying in KiVa schools: Adherence to guidelines, strategies implemented, and outcomes obtained. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *22*(3), 299–310. https://doi.org/10.1007/s11121-020-01178-4

Johansson, A., Huhtamäki, A., Sainio, M., Kaljonen, A., Boivin, M. & Salmivalli, C. (2022). Heritability of bullying and victimization in children and adolescents: Moderation by the KiVa antibullying program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, *51*(4), 505–514. https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1731820

Juvonen, J., Schacter, H. L., Sainio, M. & Salmivalli, C. (2016). Can a school-wide bullying prevention program improve the plight of victims? Evidence for risk × intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(4), 334–344. https://doi.org/10.1037/ccp0000078

Keating, S., Collins, B. (2024). *Gender equality matters.* https://sphenetwork.ie/wp-content/uploads/2021/04/GEM-Primary-School-Classroom-Materials.pdf

Keating, S. & Baker, C. R. (2023). Gender equality matters: a precious "GEM" to tackle gender inequality through a whole-school community educational programme. *Educational Review*, 1–21. https://doi.org/10.1080/00131911.2023.2224939

Limber, S. P., Olweus, D., Wang, W., Masiello, M. & Breivik, K. (2018). Evaluation of the Olweus Bullying Prevention Program: A large scale study of U.S. students in grades 3-11. *Journal of School Psychology*, *69*, 56–72. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2018.04.004

Mart, A. K., Weissberg, R. P. & Kendziora, K. (2015). Systemic support for social and emotional learning in school districts. In J. A. Durlak, C. E. Domitrovich, R. P. Weissberg & T. P. Gullotta (Eds.), *Handbook of social and emotional learning: research and practice* (pp. 482–499). Guilford.

Menesini, E., Nocentini, A. & Palladino, B. E. (2012). Empowering students against bullying and cyberbullying: evaluation of an Italian peer-led model. *International Journal of Conflict and Violence*, *6*(2), 314–320.

No title. (n.d.). Unesco.org. Retrieved April 23, 2024, from https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374794.

Nocentini, A., Zambuto, V. & Menesini, E. (2015). Anti-bullying programs and Information and Communication Technologies (ICTs): A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 23,* 52–60. https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.05.012

Nocentini, Annalaura & Menesini, E. (2016). KiVa anti-bullying program in Italy: Evidence of effectiveness in a randomized control trial. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *17*(8), 1012–1023. https://doi.org/10.1007/s11121-016-0690-z

Nocentini, Annalaura, Menesini, E. & Pluess, M. (2018). The personality trait of environmental sensitivity predicts children's positive response to school-based antibullying intervention. *Clinical Psychological Science*, *6*(6), 848–859. https://doi.org/10.1177/2167702618782194

Oberle, E., Domitrovich, C. E., Meyers, D. C. & Weissberg, R. P. (2016). Establishing systemic social and emotional learning approaches in schools: a framework for schoolwide implementation. *Cambridge Journal of Education*, *46*(3), 277–297. https://doi.org/10.1080/0305764x.2015.1125450

OECD. (2024). PISA 2022 results. https://www.oecd.org/publication/pisa-2022-results/.

Olweus, D. (2004). The Olweus Bullying Prevention Programme: design and implementation issues and a new national initiative in Norway. *Bullying in Schools*, 13–36. https://doi.org/10.1017/cbo9780511584466.003

Olweus, Dan & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *80*(1), 124–134. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01015.x

OZ Zippy – Zippyho kamaráti a emocionálne zdravie detí. (n.d.). Zippy.sk. Retrieved April 23, 2024, from https://www.zippy.sk/,

Palladino, Benedetta E., Nocentini, A. & Menesini, E. (2016). Evidence-based intervention against bullying and cyberbullying: Evaluation of the NoTrap! program in two independent trials. *Aggressive Behavior*, *42*(2), 194–206. https://doi.org/10.1002/ab.21636

Palladino, Benedetta Emanuela, Nocentini, A. & Menesini, E. (2012). Online and offline peer led models against bullying and cyberbullying. *Psicothema*, *24*(4), 634–639.

Persson, M., Wennberg, L., Beckman, L., Salmivalli, C. & Svensson, M. (2018). The cost-effectiveness of the Kiva antibullying program: Results from a decision-analytic model. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 19*(6), 728–737. https://doi.org/10.1007/s11121-018-0893-6

Ryan, W. & Smith, J. D. (2009). Antibullying programs in schools: how effective are evaluation practices? *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research, 10*(3), 248–259. https://doi.org/10.1007/s11121-009-0128-y

Salmivalli, C., Garandeau, C. & Veenstra, R. (2012). KiVa antibullying program: Implications for school adjustment. In G. Ladd & A. Ryan (Eds.), *Peer relationships and adjustment at school* (pp. 279–307). Information Age Publishing.

Salmivalli, Christina. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(2), 112–120. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007

Salmivalli, Christina, Laninga-Wijnen, L., Malamut, S. T. & Garandeau, C. F. (2021). Bullying prevention in adolescence: Solutions and new challenges from the past decade. *Journal of Research on Adolescence: The Official Journal of the Society for Research on Adolescence, 31*(4), 1023–1046. https://doi.org/10.1111/jora.12688

Savahl, S., Adams, S. & Hoosen, P. (2023). The subjective and psychological well-being of children in South Africa: A population-based study. *Applied Research in Quality of Life, 18*(5), 2315–2347. https://doi.org/10.1007/s11482-023-10187-8

Savahl, S., Adams, S. & Hoosen, P. (2024). Children's experiences of bullying victimization and the influence on their Subjective Well-being: A population-based study. *Child Indicators Research*, *17*(1), 1–29. https://doi.org/10.1007/s12187-023-10084-4

Siddiqui, S. (2023). TheSohanjana AntibullyingIntervention: Pilot Results of aPeer-Training Module in Pakistan. *Social Sciences*, *12*.

Smith, P. K., Kwak, K. & Toda, Y. (Eds.). (2016). *School bullying in different cultures: Eastern and western perspectives*. Cambridge University Press.

Sokolová L. (2022). Tvorba preventívneho programmu. https://nivam.sk/wp-content/uploads/2022/10/Tvorba-preventivneho-programu.pdf

Strohmeier, D., Hoffmann, C., Schiller, E.-M., Stefanek, E. & Spiel, C. (2012). ViSC Social Competence Program. *New Directions for Youth Development*, *2012*(133), 71–84. https://doi.org/10.1002/yd.20008

Trip, S., Bora, C., Sipos-Gug, S., Tocai, I., Gradinger, P., Yanagida, T. & Strohmeier, D. (2015). Bullying prevention in schools by targeting cognitions, emotions, and behavior: Evaluating the effectiveness of the REBE-ViSC program. *Journal of Counseling Psychology*, *62*(4), 732–740. https://doi.org/10.1037/cou0000084

Ttofi, M. & Farrington, D. (2009). What works in preventing bullying: effective elements of anti-bullying programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *1*(1), 13–24. https://doi.org/10.1108/17596599200900003

UNESCO. (2024). International Conference on School Bullying: recommendations by the Scientific Committee on preventing and addressing school bullying and cyberbullying. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374794.

Valenzuela, D., Turunen, T., Gana, S., Rojas-Barahona, C. A., Araya, R., Salmivalli, C. & Gaete, J. (2022). Effectiveness of the KiVa antibullying program with and without the online game in Chile: A three-arm cluster randomized controlled trial. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, *23*(8), 1470–1482. https://doi.org/10.1007/s11121-022-01379-z

Vannini, N., Enz, S., Sapouna, M., Wolke, D., Watson, S., Woods, S. & Schneider, W. (2010). FearNot!": a computer-based anti-bullying-programme designed to foster peer intervention. *European Journal of Psychology of Education*, *26*(1), 21–44. https://doi.org/10.1007/s10212-010-0035-4

Veldkamp, S. A. M., Boomsma, D. I., de Zeeuw, E. L., van Beijsterveldt, C. E. M., Bartels, M., Dolan, C. V. & van Bergen, E. (2019). Genetic and environmental influences on different forms of bullying perpetration, bullying victimization, and their co-occurrence. *Behavior Genetics*, *49*(5), 432–443. https://doi.org/10.1007/s10519-019-09968-5

Verseveld, M. D. A., Fekkes, M., Fukkink, R. G. & Oostdam, R. J. (2021). Effects of Implementing Multiple Components in a School-Wide Antibullying Program: A Randomized Controlled Trial in Elementary Schools. *Child Development*, *92*(4), 1605–1623. https://doi.org/10.1111/cdev.13529

Verseveld, Marloes D. A., Fukkink, R. G., Fekkes, M. & Oostdam, R. J. (2019). Effects of antibullying programs on teachers' interventions in bullying situations. A meta-analysis. *Psychology in the Schools*, *56*(9), 1522–1539. https://doi.org/10.1002/pits.22283

VÚDPaP. (2022). Prevencia. https://vudpap.sk/vudpap/prevencia/

Wei, M. & Graber, K. C. (2023). Bullying and physical education: A scoping review. *Kinesiology Review (Champaign, Ill.)*, 1–18. https://doi.org/10.1123/kr.2022-0031

Yeager, David S. (2017). Social and emotional learning programs for adolescents. *The Future of Children*, *27*(1), 73–94. https://doi.org/10.1353/foc.2017.0004

Yeager, David Scott, Fong, C. J., Lee, H. Y. & Espelage, D. L. (2015). Declines in efficacy of anti-bullying programs among older adolescents: Theory and a three-level meta-analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *37*, 36–51. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.11.005

Zych, I., Farrington, D. P., Llorent, V. J. & Ttofi, M. M. (2017). *School Bullying in Different Countries: Prevalence, Risk Factors, and Short-Term Outcomes. Protecting Children Against Bullying and Its Consequences*. 5–22. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53028-4_2

KAPITOLA 5

Začarovaný kruh: Čo bolo skôr, psychopatológia alebo šikanovanie?

Júlia Švecová

Submitted

Abstrakt

Aspergerov syndróm (AS) je diagnóza, ktorá spadá pod pervazívne vývinové poruchy. Ide o diagnózu, ktorá predstavuje široké spektrum symptómov. U niektorých klientov sa môže prejaviť ľahšia forma AS a v každodennom živote sú pomerne funkční. Táto skutočnosť sa môže podieľať na jeho celoživotnom nediagnostikovaní či odhalení až v neskoršom veku. Zvláštnosti a inakosť vo výzore, záujmoch a správaní, však môžu u klienta s AS viesť k jeho šikanovaniu. To môže mať ďalej podiel na objavovaní sa ďalšej psychopatológie. Na danej kazuistike vysvetľujeme fungovanie začarovaného kruhu, ako ho popísala Sandoval et al. (2014). Dlhodobé psychologické vedenie absolvuje klientka v centre poradenstva a prevencie. V štúdii je zachytený postup práce psychológa, multidisciplinárny prístup, ako aj diagnostika klientky, školská integrácia a ďalšie odporúčania do výchovno-vzdelávacieho procesu.

Kľúčové slová: Aspergerov syndróm, šikanovanie, psychopatológia, prípadová štúdia

Abstract

Asperger syndrome (AS) is a diagnosis that belongs to the group of pervasive developmental disorders. It is a diagnosis that is characterized by a wide range of symptoms. Some clients may have a milder form of the AS and are relatively functional in everyday life. This may contribute to a lifetime of under-diagnosis or not being detected until later in life. Peculiarities and differences in appearance, interests and behaviour, however, can lead to bullying in a client with AS. This may further contribute to the emergence of further psychopathology. Using the case study, we explain the workings of the vicious circle as described by Sandoval (2014). The client receives long-term psychological guidance at a counseling and prevention center. The study captures the psychologist's workflow, the multidisciplinary approach, as well as the client's diagnosis, school integration and other recommendations for the educational process.

Keywords: Asperger's syndrome, bullying, psychopathology, case study

5.1 Úvod

V tejto štúdii popisujeme jedinečnú cestu klientky, hovorme jej Lucia, ktorá vo svojom živote zažila šikanovanie na viacerých miestach. Na druhom stupni základnej školy jej bol diagnostikovaný Aspergerov syndróm s nasadajúcou psychiatrickou symptomatikou. Popisujeme spoluprácu s poradenskou psychologičkou ako aj dôležitosť multidisciplinárneho prístupu v školskom prostredí. Jedinečnosť kazuistiky spočíva v prepojení psychiatrickej symptomatiky a skúseností so šikanovaním, ktoré sa navzájom ovplyvňujú v rôznych smeroch v zmysle fenoménu začarovaného („bludného“) kruhu (Kim et al., 2006; Salmon a West, 2000; Sandoval et al., 2014).

5.1.1 Aspergerov syndróm

S diagnózou „Aspergerov Syndróm“ (AS) sa prvýkrát stretávame v publikáciách autorov Kanner a Asperger (1943, 1944). Títo autori si u detí, s ktorými pracovali, všimli zvláštnosti v oblasti komunikácie, ťažkosti v utváraní vzťahov a opakujúce sa stereotypné správanie a záujmy (Mesibov, Shea & Adams, 2001). Prvý krát sa autizmus objavil v DSM- III (APA, 1980). AS bol uvedený ako samostatná diagnóza v DSM- IV v roku 1994, aby bol o necelých 20 rokov s DSM- V ako samostatná diagnóza odstránený. Diagnóza AS bola zahrnutá do všeobecnej kategórie PAS, ktorá obsahuje rôzne stupne podľa závažnosti príznakov (Hosseini a Molla, 2023). Podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10 (MKCH, 2023) ide o poruchu, ktorá sa vyznačuje kvalitatívnym zhoršením v sociálnej interakcii, komunikácii, škála záujmov a aktivít je stereotypne sa opakujúca, prítomná môže byť aj telesná nemotornosť. AS sa od autizmu odlišuje tým, že chýba oneskorenie v reči alebo v kognitívnom vývine (MKCH, 2023).

5.1.2 Šikanovanie a Aspergerov syndróm

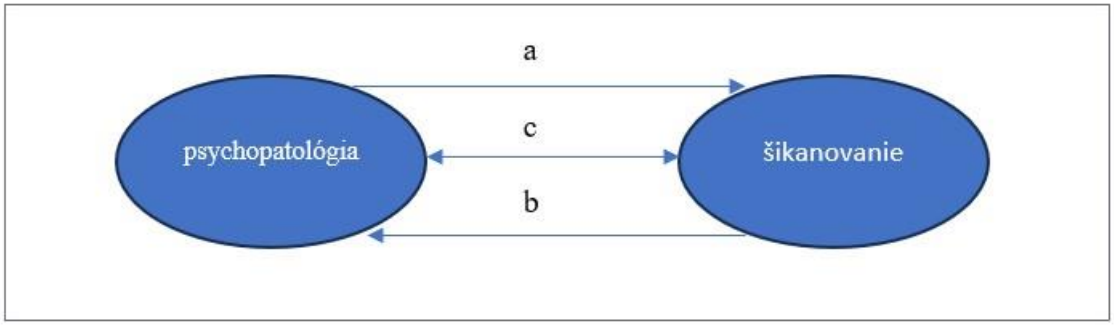
Mnoho detí s AS má výrazné deficity v oblasti socializácie, ťažkosti v komunikácii, zvýšenú zmyslovú citlivosť a aj z týchto dôvodov bývajú často šikanované. Ich prirodzené nadanie na niektoré oblasti ostáva nepochopené a ich talenty premrhané (Klin & Volkmar, 2000). Štúdia Carter (2009) zistila, že takmer 65 % rodičov detí s AS uviedlo, že ich deti sa za posledný rok stali nejakým spôsobom obeťou rovesníckeho násilia. Výskumníci Weiss

a Fardella (2018) dospeli k záverom, že respondenti s diagnózou AS sú vystavení zvýšenému riziku viktimizácie, šikanovania a sexuálnej viktimizácie v dospelosti, oproti respondentom bez danej diagnózy. Výskumné štúdie potvrdzujú, že obete šikanovania s AS sú omnoho náchylnejšie na rozvinutie depresie (Olweus, 1993). U veľa detí sa rozvinie nedôvera voči okoliu a druhým ľudom kvôli predchádzajúcim zlyhaniam v sociálnej oblasti, čo môže viesť až k izolácii a sociálnej fóbii (Hoover, 2006).

5.1.3 Začarovaný kruh

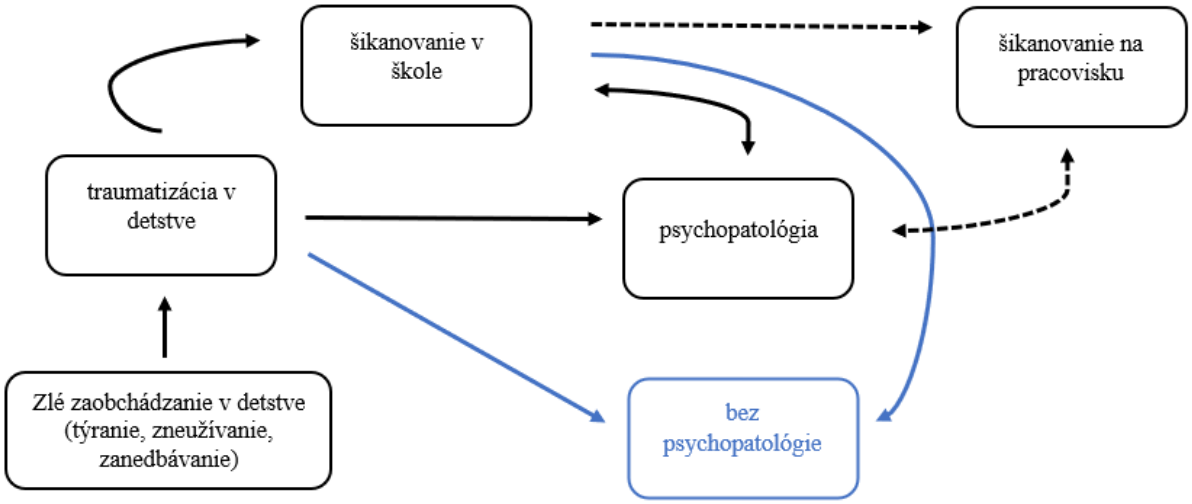
Šikanovanie a psychopatológia sa podľa výskumníkov Sandoval et al. (2014), môže ovplyvňovať v rôznych smeroch. Navrhli model, ktorý zobrazuje ich vzájomnú súvislosť (obr.1).

Obr. 5. 1: Súvislosť medzi psychopatológiou a šikanovaním (Sandoval et al., 2014)



Šípka „a“ znázorňuje, že psychopatológia môže byť príčinou budúceho šikanovania, šípka „b“ znázorňuje, že šikanovanie môže ovplyvniť neskorší výskyt psychopatológie. Šípka „c“ naznačuje, že „a“ aj „b“ je reálne, pokiaľ sú tieto interakcie opakované v akejsi bludnej špirále, kde šikanovanie alebo psychopatológia môže byť začiatkom či koncom. My sme tento model rozšírili o ďalšie vplyvy, ako je iná traumatizácia v detstve, odolnosť či šikanovanie na pracovisku (obr.2).

Obr. 5. 2: Vzájomné vplyvy traumatizácie v detstve, šikanovania a psychopatológie (Petríková, 2020)



Pozn.: Model znázorňuje ako zlé zaobchádzanie v detstve zanecháva traumatické následky, ktoré môžu byť predispozíciou pre šikanovanie v detstve. Dieťa sa môže ocitnúť v pozícii obete, ale aj útočníka. Tí, ktorí zažívajú šikanovanie v školskom prostredí, sú často šikanovaní aj na pracovisku. Traumatizácia v detstve, šikanovanie, môžu byť zdrojom pre rozvoj psychopatológie no zároveň psychopatológia môže byť dôvodom, pre ktorý sa človek stane terčom šikanovania.

5.2 Kazuistika

5.2.1 Prvý kontakt a frekvencia stretnutí

Do centra poradenstva a prevencie prihlásili Luciu rodičia v roku 2021 kvôli problému s nadváhou. Podnetom bolo odporúčanie návštevy psychológa detskou lekárkou. Stretnutia na začiatku spolupráce prebiehali s týždennou pravidelnosťou. Po roku sa interval stretnutí zväčšil na 1x za 2 až 3 týždne. Keďže sa jedná o neplnoletú klientku (toho času 14 ročnú), ako prvý prebehol rozhovor s rodičmi. Na prvom stretnutí ma informovali, že si na začiatku apríla všimli u dcéry sebapoškodzujúce správanie. Dcéra im tvrdila, že sa to stalo len raz. Rodičia ju po tomto zistení viac kontrolovali (napríklad matka bola prítomná v kúpeľni, keď sa dcéra sprchovala) a dohliadali na to, aby sa to neopakovalo.

5.2.2 Anamnestické údaje

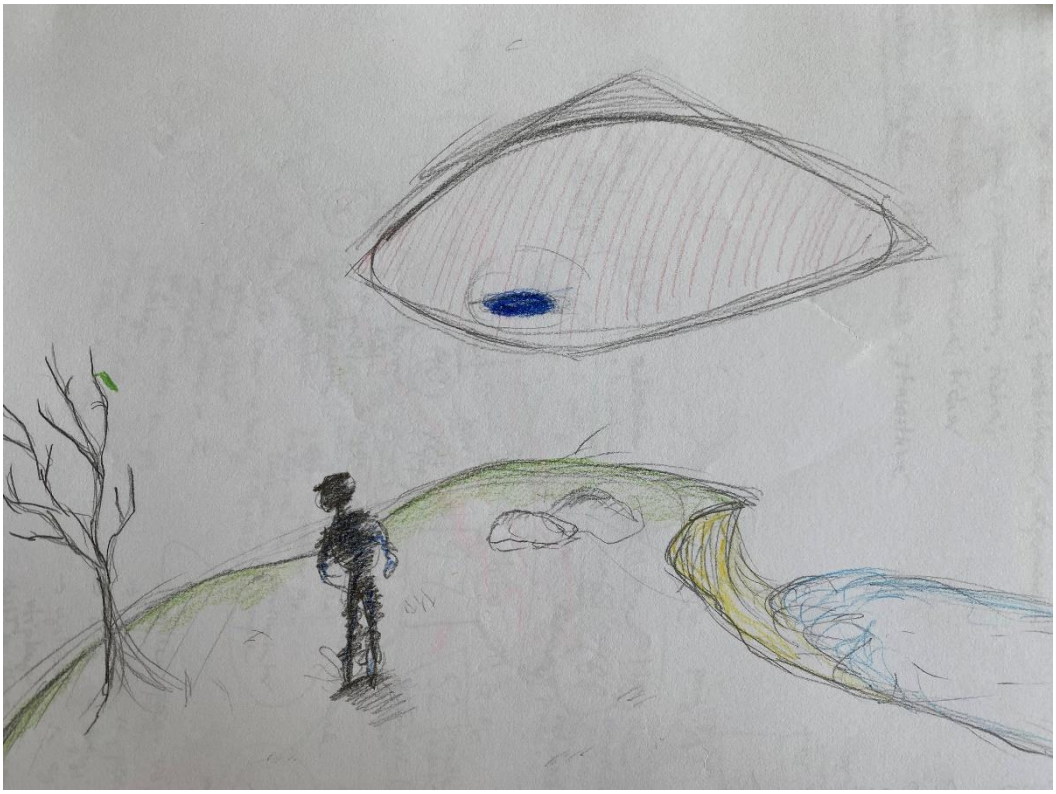
Lucia má sestru, dvojča. Dvojičky sa narodili sekciou. Raný psychomotorický vývin- axiálny hypotonus. Lucia bola rok rehabilitovaná Vojtovu metódou. Nedávno absolvovala vyšetrenie funkcie štítnej žľazy kvôli nadváhe. Výsledky vyšetrení bez nálezu. Matka popisovala, že dcéru lekárka „postrašila“, aby začala zdravšie jesť a cvičiť lebo má nábeh na cukrovku. Lucia žije v úplnej rodine v dome s rodičmi, starými rodičmi a sestrou. Disponuje základnými sociálnymi zručnosťami. Prítomné náhle zmeny nálad. Má zvýšený cit pre spravodlivosť. Nemá rada zmeny. Prítomnosť netypických prejavov a záujmov: záujem o fyziku, jadrové elektrárne, 2. svetovú vojnu, pri odklone témy tendencia prinavrátiť sa k svojej téme - potreba prinavrátenia sa k svojim istotám, má znížený prah citlivosti a pud sebazáchovy, v obliekaní a maľovaní preferuje čiernu farbu, prítomná čuchová a sluchová hypersenzitivita, znížené porozumenie verbálnym pokynom. V jedle je vyberavá.

V predškolskom veku bola Lucia prvé tri mesiace po nástupe do materskej školy šikanovaná, bil ju tam jeden spolužiak. Toho času bola u nej prítomná enuréza. Odmietala do materskej školy chodiť, porovnávali ju so sestrou, ktorá bola podľa učiteliek šikovnejšia. Ťažkosti pretrvávali aj na základnej škole. Lucia nemala rada triednu učiteľku, ktorá ju podľa jej slov často porovnávala so sestrou a ponižovala ju pred spolužiakmi. Lucia navštevovala aj basketbalový klub, kde mala opäť skúsenosť so šikanovaním od spoluhráčok, ktoré boli staršie a skúsenejšie ako ona. Dištančné vzdelávanie počas pandémie Covid-19 Lucii vyhovovalo, nemusela chodiť do školy, s nikým sa vidieť, len sedela v izbe. Rodičia referujú, že začala extrémne priberať okolo roku 2017, keď sa sťahovali do nového domu.

5.2.3 Prvý kontakt s klientkou

Na prvom stretnutí je Lucia zahĺbená do seba, neudržiava očný kontakt, dáva jednoslovné odpovede. Do očí sa jej hrnú slzy. Hovorí, že nemá žiaden problém a prišla len preto, lebo to chceli rodičia. Keď to dopovie, rozplače sa. Hovorí, že keď plače, cíti bolesť na hrudi. Navrhujem prácu s bolesťou cez obraz metafory. Lucii sa v predstave vynára vysoký čierny duch s červenými očami v prázdnej bielej miestnosti. Po detailnom preskúmaní metafory ju požiadam, aby svoju predstavu nakreslila (obr. 5. 3).

Obr. 5. 3: Fantázia



Hovorí, že kreslenie a maľovanie ju baví. Je to badať aj na realizovanej kresbe ducha. Napadne mi, že by bolo prínosné, ak by na ďalšie stretnutie doniesla niektoré zo svojich domácich výtvorov, a tak ju o to požiadam. Súhlasí.

5.2.4 Spolupráca pred školskou integráciou klientky

Prvé stretnutia s Luciou sa niesli v duchu postupného nadväzovania vzťahu, získavania si jej dôvery a budovania pocitu bezpečia. Rozhovor sa zameriaval na jej netradičné záujmy, medzi ktoré patrí čítanie kníh o 1. a 2. svetovej vojne či udalostiach v Černobyle a sledovanie krátkych dokumentov o chátrajúcich a opustených budovách. Keď je viac uvoľnená, rozhovorí sa aj o zážitku šikanovania v basketbalovom klube a rozplače sa. Hovorí, že cíti hnev a keď sa hnevá, kričí a aby niekomu neublížila, radšej sa rozplače. Inak by asi na niekoho aj skočila a zbila ho. Rozhodneme sa teda zamerať na prácu s emóciami spojenými so šikanovaním. Využívame arteterapeutickú techniku „Čierny strom“. Lucia si má v prvom kroku predstaviť šikanovanie, ktoré zažila na basketbale, ako čierny strom a v druhom kroku ho nakresliť. Hovorí: *„Korene a kmeň sú tmavšie, to je základ. Je to vo mne akoby hlboko zakorenené. Strom*

má ostne, pichliače lebo ten pocit je akoby taký bodavý.“ V treťom kroku má strom rozstrihať a z vzniknutých kúskov vytvoriť nový obraz: *„Je príjemné aj ťažké sa na výsledok pozerať, lebo mi naskakujú tie myšlienky a spomienky. Tvorba nového obrazu bola zábavná.“* V ďalšom kroku ju požiadam, aby nakreslila obraz, ktorý by znázorňoval optimálny stav: *„Pichľavé a bolestivé myšlienky sú obkolesené príjemnými, ale aj takými, ktoré už vybledli. Vytvorila som im tu miesto, kde by boli umiestnené a uzatvorené.“*

Po treťom stretnutí v centre poradenstva a prevencie, matke v rámci odovzdávania spätnej väzby, odporúčam vyhľadať s dcérou detského terapeuta EMDR na spracovanie traumatických zážitkov šikanovania, ako aj klinického psychológa alebo pedopsychiatra kvôli diagnostike pre prítomnosť sebapoškodzujúceho správania a depresívnych obsahov v myslení. S matkou bolo realizované výchovné poradenstvo a edukácia k ďalšiemu postupu.

Na nasledujúcom stretnutí pracujem s Luciou s podnetovým materiálom (terapeutické karty s príbehom). Vyberá si tri karty: 1. Kto som (karta masky, bezdomovec) 2. Moje sny (karta na ktorej je lietadlo, Paríž, pavúk a domčeky) 3. Hnevá ma (karta s ľadovcom). Hovorí: *„Keď som medzi ľuďmi predstieram veselosť a mám pocit, že nikam nepatrím. Chcela by som cestovať, žiť v Paríži, spoznávať exotické krajiny a jedovaté živočíchy a vyrábať z nich protijed, navštíviť Škandináviu. Hnevá ma globálne otepľovanie a zaujímam sa o ekológiu, triedim odpad.“* Keďže využitie arteterapie a podnetového materiálu sa pri práci s Luciou javí ako vhodné, rozhodnem sa ich využívať aj na nasledujúcich stretnutiach. Ako ideálnu vyhodnocujem kombináciu práce s terapeutickými kartami rôzneho druhu a následnú kresbu. Zameriavame sa na spracovávanie pocitov bolesti, ktoré sú spojené s ťažkými skúsenosťami so šikanovaním v minulosti. Forma šikanovania, ktorú Lucia zažila, bola zameraná hlavne na posmech kvôli vzhľadu tela a tváre, slovné nadávanie, ponižovanie a vylučovanie z kolektívu. Vyjadruje želanie, aby tá bolesť, ktorú cíti v súvislosti s týmito skúsenosťami skončila. Prostredníctvom kariet Mythos a techniky „Cesta hrdinu“, sa s ňou rozhodnem pokračovať v hľadaním zdrojov a jej zvládacích stratégií. Vyberá si karty a tvorí z nich krátky príbeh o hrdinovi, ktorý odchádza na cestu, prekonáva rôzne prekážky až dôjde do cieľa. Cez model „BASIC Ph“ vo vytvorenom príbehu spoločne identifikujeme jej zvládacie stratégie, ktoré v ťažkých situáciách využíva najviac. Hlbšie sa venujeme oblastiam, ktoré naopak využíva minimálne. Najmenej zastúpená je u nej viera, schopnosť využitia kreativity a fantázie, ako aj racionálne uvažovanie. V závere stretnutia tak Luciu podporujem, aby hľadala možnosti, ako zapojiť do svojho života aj nové možnosti.

Počas leta boli stretnutia z dôvodu času dovoleniek a prázdnin prerušené. Po letných prázdninách v septembri 2021 sa opäť stretávame. Pedopsychiatra ani klinického psychológa zatiaľ Lucia nenavštívila. U EMDR terapeuta absolvovala len dve stretnutia. Nenadobudla voči nemu dôveru a nechcela v terapii pokračovať. V novom školskom roku pozoruje zmeny na sebe aj v okolí. Menej je a zistila, že spolužiaci ju nemajú radi, kamarátili sa s ňou len kvôli jej sestre, ktorá bola v partii obľúbená. Lucia má teraz len jednu kamarátku medzi spolužiakmi, s ktorou sedí v lavici. Venujeme sa spoločne otázke z kariet Reziliencia: Čo ti pomáha/mohlo by pomôcť v situáciách, kedy sa cítiš oslabená?: *„Oslabená sa cítim napríklad v komunikácií s otcom, keď ma presviedča o svojom názore a neprijíma môj. Zvyčajne sa rozplačem, je mi zle, mám kŕče. Možno keby som bola ticho, alebo kalkulovala s tým, že poviem niečo, čo mu nebude vyhovovať. Mám aj kamarátku, ktorej môžem povedať, čo si myslím.“* Následne jej navrhnem nakresliť obrázok superhrdinky (prílohy, obr. 5. 4), ktorá je vyzbrojená rôznymi nástrojmi a zbraňami, ktoré jej môžu pomôcť, keď to bude potrebovať. Jej fantazijná superhrdinka má čelenku, ktorá jej pomáha čítať myšlienky. Má aj japonský meč „kato“ a zbraň v tvare hviezdy. Na rukách a nohách má obväzy, ktoré keď padnú na zem, tak vybuchujú. Na ochranu tela, má brnenie.

Obr. 5. 4: Superhrdinka Luise



Matka Lucie na ďalšom stretnutí referuje, že pre dcéru vybavila termín u výživovej poradkyne a už tri týždne chodí Lucia cvičiť s trénerkou. Lucia na otázku, aké to pre ňu je a ako sa na tréningoch cíti, odpovedá: *„Nemala som na výber, rodičia mi povedali, že to robia pre mňa, aby som im neskôr nevyčítala, že som obézna a že s tým nič nerobili.“* Zamyslí sa nad tým, že jedlom zajedá smútok, ktorý cíti kvôli šikanovaniu. Spoločne sa vraciame k technike „kresba superhrdinky“. Zisťuje, že rôzne „zbrane“, ktoré jej pomáhajú, jej zároveň môžu ubližovať (prejedanie sa). V rozhovore sa zameriavam na to, čím by tieto „zbrane“ mohla nahradiť: *„Pomáha mi počúvať hudbu, kresliť si.“* Pokladám jej otázku, či by si vedela predstaviť vyjadriť svoj životný príbeh ako komix Manga, ktorý sama rada číta. Nad návrhom sa pozastaví a dodáva, že by si na to musela kúpiť špeciálny zošit, ale že by to mohla vyskúšať.

Na ďalších stretnutiach referuje zhoršenú kvalitu spánku. Pokiaľ sa jej podarí zaspať, často sa jej snívajú nočné mory: *„Bola som v McDonald a dala som si nugetky a nejaký nápoj. Potom som si kúpila chipsy a tie som jedla na zastávke. Zrazu som zbadala mamu, a tá ma začala naháňať s nožom a kričala, že čo to jem. Potom som sa zobudila.“*

Lucia hovorí, že potraviny, ktoré sa vyskytli v sne teraz moc neje, lebo sú nezdravé, aj keď chutné. Mama ju stále kontroluje. Nôž, ktorý sa v sne vyskytol opisuje ako zbraň, ktorú drží v rukách matka, ktorá je tam vždy pripravená proti nej. Rozprávame sa o hneve ako takom, či ho dokáže vyjadriť aj pred matkou: *„Keď sa naštvem, zvýšim hlas, často si to ani neuvedomujem, snažím sa ho regulovať, potlačiť.“* Dávam Lucii úlohu sledovať, v akých situáciách cíti hnev, kde ho cíti v tele, aká reakcia nasleduje, kedy ho potláča, kedy naopak vybuchne. Nasledujúce stretnutia sa nesú v znamení hľadania zdrojov, podpory a spoznávania emócií. Rozhodnem sa podrobnejšie zamerať aj na diagnostiku depresívnych obsahov v myslení a prežívaní klientky prostredníctvom dotazníka CDI a kariet Sogenzia, aby som aj takto podporila odporúčanie navštíviť pedopsychiatrickú ambulanciu čím skôr. Doteraz neboli zo strany rodičov tieto kroky podniknuté. Matka sa obáva nálepky, ktorú by dcéra dostala. Samostatne s Luciou a následne s matkou konzultujem obsah správy pre pedopsychiatra, ktorú som o doterajšej spolupráci napísala.

Keď sa opäť vidíme, donesú výsledky od pedopsychiatra, z ktorých vyplýva podozrenie na Aspergerov syndróm (AS). Termín diferenciálnej diagnostiky u špecialistu dostali o dva mesiace. Cez školskú psychologičku, ktorá je súčinná pri riešení šikanovania Lucie spolužiakmi som v kontakte so školou.

5.2.5 Po dokončení diagnostiky

Po diagnostických stretnutiach v centre špecializujúcom sa na poruchy autistického spektra (PAS), dostáva Lucia záver: „ľahká dievčenská forma AS.“ Čaká ju ešte doplnenie diagnostického vyšetrenia u špeciálneho pedagóga pre posúdenie potreby integrácie a odporúčaní pre učiteľov. Lucia má obavu z nového školského roka, pretože sestra odišla na bilingválne gymnázium a ona ostala na ZŠ bez nej. Nikto v triede sa s ňou nebaví. Navrhujem Lucii prácu na zdokonaľovaní sociálnych zručností a empatie. Na konkrétnych príkladoch, ktoré prináša, môžeme spoločne rozoberať možné spôsoby reagovania, rozprávať sa o emóciách, ktoré to na oboch stranách vyvoláva, ako aj o aktuálnych potrebách a dôsledkoch správania sa. Venujeme sa aj komunikačným stratégiám. Využili sme k tomu napríklad aj dotazník komunikácie V. Satirovej, pomocou ktorého sme orientačne určili komunikačný štýl. U Lucie prevažovala pasívno-agresívna forma. Potom mala za úlohu hľadať v reálnom živote konkrétne sociálne interakcie, kde to nedopadlo podľa jej predstáv. Formou nácviku sme na ďalších stretnutiach hľadali nové možnosti reagovania, iné formulácie odpovedí, prípadne sme sa dopracovali k užitočným „aha momentom“, vyplývajúcim z daných situácií. Lucia vyjadrila, že je pre ňu ťažké otvoriť sa druhým, vyznať sa sama v sebe aj v ostatných. Pri terapeutickej práci s tichom reaguje: *„Keď ste ticho je to pre mňa nepríjemné, som nervózna, cítim sa trápne.“* Prichádza k uvedomeniu, že niečo podobné môžu zažívať iní ľudia v jej spoločnosti, keď necháva začiatok akéhokoľvek rozhovoru vždy na nich. Postupne je na našich stretnutiach čoraz otvorenejšia a schopnejšia pomenovávať čo cíti a vníma. V škole ju integrovali, má vypracovanú kompletnú správu z centra pre PAS. Kontaktovala som školskú psychologičku, aby som sa informovala ako prebehla integrácia a prekonzultovala so školou ďalšie možné odporúčania (tabuľka 5. 1).

Tabuľka 5. 1: Konkrétne potreby žiačky vo výchovno- vzdelávacom procese

1. Postupovať podľa štátneho vzdelávacieho programu pre 2. stupeň základnej školy (s prihliadnutím na špecifiká a osobitosti žiačky) pre žiakov s autizmom alebo ďalšími pervazívnymi vývinovými poruchami (bez mentálneho postihnutia).

2. Klientku vzdelávať v 9. ročníku v školskej integrácii podľa individuálneho vzdelávacieho programu.
3. Upraviť učebné osnovy vybraných abstraktných predmetov.
4. Oslobodiť od telesnej výchovy. Vzhľadom k nadváhe realizovať pohybové aktivity s jasnou štruktúrou a cieľom (prechádzky, individuálny tréning, rekreačný beh) mimo kolektívnej školskej činnosti po vyučovaní.
5. Obsah a ciele predmetov tvorivo prispôsobiť individuálnym osobitostiam žiačky.
6. Poskytovať žiačke viac času na vypracovanie úloh.
7. Veľké písomné práce realizovať v izolovanej miestnosti, kde bude minimalizovaný vplyv zvukov aj vizuálne nežiaducich podnetov.
8. Pri samostatnej práci preverovať celkové porozumenie zadaniu.
9. Rešpektovať prítomnosť deficitov vyplývajúcich z pervazívnej vývinovej poruchy- narušená generalizácia, abstrakcia, organizácia.
10. Používať podporné tabuľky, vizuálne pomôcky, akceptovať zníženú mieru predstavivosti.

Na jar Luciu čakajú „prijímačky“ na strednú školu. Chcela by ísť na gymnázium alebo ak sa to nepodarí, tak na nejakú odbornú strednú školu. Stretnutia v centre poradenstva jej pomáhajú, cíti sa na nich dobre: *„Je to v komunikácii s vami iné. Keď poviem napríklad doma, že som unavená, povedia mi, že to mám z toho pozerania do mobilu. S vami to rozoberáme viac do hĺbky, mám priestor vyjadriť svoj názor a cítim sa rešpektovaná. Stále ste však len psychológ, ktorý je za to platený a je to nejaká služba. Ja potrebujem kamarátov medzi rovesníkmi.“*

5.2.6 Ďalší vývoj

Luciu neprijali na gymnázium. Uvažovala aj nad umeleckou školou alebo nejakou odbornou. V novom školskom roku nakoniec nastúpila na strednú školu dopravnú. Na stretnutie

do centra poradenstva a prevencie prichádza po letných prázdninách prvý krát v októbri. Má nový účes, celkovo pôsobí sviežo a veselo. Frekvenciu stretnutí si so mnou dohodla 1x za mesiac. Stále pokračuje v cvičení s trénerkou. Vidí, že schudla, aj keď viac to vnímajú iní ľudia. V škole čaká na vypracovanie individuálneho študijného plánu podľa aktuálnej diagnostickej správy. Vzťahy so spolužiakmi sa vyostrili. Skoro nikto sa s ňou nechce baviť. Navrhujem, že budem kontaktovať školu, triednu učiteľku a školskú psychologičku, aby boli v danej situácii nápomocné. Lucia takúto intervenciu odmieta, chce osloviť triednu učiteľku sama. Pokiaľ sa jej nepodarí dosiahnuť želaný výsledok, dáva mi súhlas, že môžem kontaktovať školu ja. V novembri máme posledné spoločné stretnutie, keďže dlhodobo nebudem prítomná v práci. V prílohe v tabuľke 2 sú zhrnuté najdôležitejšie kroky intervencie z môjho pohľadu aj z pohľadu rodičov a Lucie. Od jari 2024 je Lucia preradená ku kolegyni nášho poradenského centra, ktorá pri práci využíva kognitívne-behaviorálny prístup. Najdôležitejšie kroky intervencie z môjho pohľadu aj z pohľadu rodičov a Lucie sú zhrnuté v tabuľke 5. 2.

Tabuľka 5. 2 : Zhrnutie kľúčových krokov intervencie, ktoré boli z pohľadu poradenského psychológa, klientky a jej rodičov v celom procese najdôležitejšie

1. Prijatie, akceptácia klientkiných pocitov a prežívania.
2. Vytvorenie bezpečia pre zdieľanie klientky.
3. Vytvorenie spolupracujúceho terapeutického vzťahu.
4. Psychoedukácia klientky, nácvik komunikačných zručností.
5. Dôvera matky v navrhované intervencie, konzultácie s rodičmi.
6. Realizácia diferenciálnej diagnostiky a vyhotovenie správy s odporúčaniami pre výchovno-vzdelávací proces.
7. Multidisciplinárny prístup (zapojenie pedopsychiatra, centra špecializujúceho sa na PAS, trauma terapeuta, školského psychológa aj triedneho učiteľa).
8. Hľadanie zdrojov, orientácia na silné stránky.

5.2.7 Diskusia

Táto kazuistika ilustruje fenomén začarovaného kruhu, kde sa všetko vzájomne ovplyvňuje a niekedy je ťažké určiť, čo bolo skôr. Či psychopatológia alebo šikanovanie. Klientka nepovažuje rodinné prostredie za dostatočne akceptujúce a prijímajúce. Špecifiká klientkinej diagnózy Aspergerov syndróm mohli spôsobiť, že sa matka nedokázala dostatočne vyladiť na svoju dcéru už v útlom veku, prežívala stres a jej reakcie mohli byť neprimerané. Štúdia Keenan et al. (2016) porovnávala mieru stresu, ktorú pociťovali rodičia detí s PAS a rodičia typicky vyvíjajúcich sa detí. Väčší psychický stres a vzťahovú neistotu vykazovali rodičia detí s PAS. Potvrdzuje to aj kvalitatívna štúdia Gill a Liamputtong (2011) zaoberajúca sa matkami detí s AS. Výskumníci zistili, že väčšina matiek opisovala kvalitu svojho fyzického a emocionálneho zdravia ako výrazne ovplyvnenú náročnosťou výchovy dieťaťa s AS. Mnohé matky, ktoré sa zúčastnili tohto výskumu popisovali, že sa na verejnosti skrývali za akúsi „masku materstva“, aby zakryli svoje skutočné pocity čo neskôr zhodnotili ako chybu. Časom zistili, že ak budú v skrývaní svojich pocitov a pretvarovaní sa pokračovať, nebudú tak dobrým príkladom ani pre svoje deti.

Porozumenie matky pre klientkino videnie sveta má aj v súčasnosti určité obmedzenia. Istý podiel na tom môže mať aj pozitívna anamnéza matky (úzkostná porucha, depresia), ktorá jej môže znemožňovať empatické reagovanie na dcéru. Mnohé výskumy potvrdzujú, že u ľudí trpiacich depresiou sa menia jednotlivé zložky empatie (Salo et al., 2020; Melillo et al., 2014) a nemusia byť schopní empaticky reagovať na svoje deti. Stratégie kontroly, ktoré matka zvolila po odhalení sebapoškodzovania, nebrali ohľad na akceptovanie súkromia dcéry v intímnych chvíľach pri sprchovaní. Matka presadzuje vo výchove svoje postupy zvládania ťažkostí a zameriava sa na zástupný problém (obezitu dcéry). Túži u dcéry vidieť zmenu. Pre dosiahnutie zmeny volí hodnotenie jej výzoru, štýlu obliekania, vyjadruje svoju nespokojnosť s jej správaním. Zlepšenie, ktoré u dcéry pozoruje môže byť opäť len šikovným maskovaním klientky, aby sa zbavila nespokojnosti matky ako aj jej kontrolujúceho správania. V rodine sa klientka necíti prijatá, rodičia podľa nej neakceptujú jej názor. Sama premýšľa nad tým, že by bola ochotná svoje postoje ohýbať tak, aby ich rodičia a okolie lepšie prijali. Vo vnútri by si však myslela svoje. Ako popisuje Miller (2021), maskovanie u ľudí s PAS je časté, keď sa chcú vyhnúť stigmatizácii. Má však na nich negatívny dopad, odpája ich od ich pravej identity a vnímania sveta.

Pri vytváraní vzťahu s klientkou bolo dôležité, aby so mnou zažila prijatie a pocit bezpečia. Akceptovala som jej pocity, prežívanie a špecifické vnímanie sveta. So záujmom sa dozvedala o jej koníčkoch, literárnom vkuse a umeleckom nadaní. Toto bolo pre vytváranie a budovanie vzťahu s klientkou kľúčové. Terapeutické prostredie ponúka klientom s AS bezpečný priestor, kde môžu začať odhaľovať svoje vlastné emócie (Woods, 2013). Poradenstvo a psychoterapia klientov s AS vykazuje určité odlišnosti. Veľký dôraz sa kladie hlavne na sociálne interakcie a ich porozumenie (Woods, 2013). V ďalšom kroku som sa preto sústredila na klientkinu psychoedukáciu v témach emócie a sociálna interakcia, ktoré by jej mohli pomôcť vo vzťahoch s rovesníkmi. Dôležité bolo aj ventilovanie emócií, zdieľanie a spracovávanie zážitkov šikanovania ako aj hľadanie jej zdrojov, ktoré by mohla využívať v náročných situáciách.

Pri prvých náznakoch traumatických skúseností a klinickej symptomatiky som zhodnotila svoje kompetencie a odporučila klientke spoluprácu s ďalšími odborníkmi. Identifikovaním a porozumením medicínskym faktorom a faktorom z prostredia, ktoré vplývajú na symptómy PAS, môžeme lepšie zacieliť intervenciu v liečbe, aby sme zlepšili životy týchto klientov (Frye, 2022). Pre spracovanie zážitkov šikanovania sa javí ako vhodná EMDR terapia zameraná na prácu s klientom s PAS, na čo slúži špeciálny protokol (Leuning, 2023). Kľúčová pre posun klientky a zmenu v prístupe matky bola diferenciálna diagnostika a vypracovanie diagnostickej správy s odporúčaniami pre školu, kde boli uvedené špecifiká a deficity exekutívnych funkcií pri diagnóze pervazívna vývinová porucha. Čím neskôr sú PAS diagnostikované, tým môže byť celý proces časovo náročnejší, ale na konci prináša úľavu. Po odhalení diagnózy získavajú pacienti postdiagnostickú podporu. V prípade našej štúdie išlo o integrovanie klientky v bežnej škole a vypracovanie individuálneho výchovno-vzdelávacieho plánu.

Pri práci s klientkou dochádzalo k zmene pomaly, krok po kroku. Niekedy bolo ťažké určiť, ktorá intervencia zaberie. Najväčšia túžba klientky pretrváva. Chcela by mať aspoň jedného kamaráta/tku, s ktorým by mohla zdieľať svoj život a mali by podobné záujmy. Pri hlbšom skúmaní fenoménu priateľstva u ľudí s PAS sa ukazuje, že tejto téme bude treba pri práci s klientkou venovať viac času. Chýba jej hlbšie porozumenie priateľstva a pochopenie, že vzťahová dynamika býva obojstranná. Ako je zdôrazňované v štúdii Carrington et al. (2003), zdá sa, že klienti s AS dostatočne nerozumejú podstate a princípu reciprocity v priateľstve. Niektoré zistenia výskumníkov Whitehouse et al. (2009) naznačujú, že motivácia klientov s AS

získať si priateľov je nižšia, nechýba však úplne. Nižšia motivácia môže súvisieť práve s predchádzajúcimi zlyhaniami v sociálnej interakcii.

Voľba direktívnejšieho prístupu ku klientke je vzhľadom na diagnózu a špecifiká klientky žiadúca. Možnosti v prístupe k intervencii u ľudí s PAS popisuje štúdia Kopańska et al. (2022), kde okrem iného spomína najčastejšie využitie kognitívno-behaviorálnej terapie, terapie so zvieratami, používanie informačných technológií či farmakologickú liečbu. Po prestupe na strednú školu sa ukazuje, že bude naďalej potrebná dlhodobá spolupráca klientky s poradenskou psychologičkou ako aj opätovné zváženie terapie zameranej na spracovanie traumy. Ťažkosti vo vzťahoch sa opakujú aj v novom kolektíve na strednej škole. Vhodné bude do procesu zapojiť školského psychológa a prácu s triednym kolektívom.

Použité skratky

AS- Aspergerov syndróm

BASIC Ph- model zvládacích mechanizmov človeka (belive/viera, affect/emócie, social/vzťahy, imagination/fantázia, cognitive/rozum, physical/telo, fyzická aktivita)

DSM- III/IV/V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMDR- Eye movement desensitisation and reprocessing (terapia zameraná na liečbu traumy)

MKCH- Medzinárodná klasifikácia chorôb

PAS- Poruchy autistického spektra

ZŠ- Základná škola

Referencie

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic & statistical manual of mental disorders (dsm-III)* (3rd ed.). American Psychiatric Publishing.

Asperger, H. (1944). Die ‘“autistischen psychopathen”’ im kindersalter. *Archives Fur Psychiatrie Und Nervenkrankheiten*, *117*, 76–136.

Carrington, S., Templeton, E., & Papinczak, T. (2003). Adolescents With Asperger syndrome and perceptions of friendship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, *18*(4), 211–218. https://doi.org/10.1177/10883576030180040201

Carter, S. (2009). Bullying of students with Asperger syndrome. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, *32*(3), 145–154. https://doi.org/10.1080/01460860903062782

de Broize, M., Evans, K., Whitehouse, A. J. O., Wray, J., Eapen, V., & Urbanowicz, A. (2022). Exploring the experience of seeking an autism diagnosis as an adult. *Autism in Adulthood Knowledge Practice and Policy*, *4*(2), 130–140. https://doi.org/10.1089/aut.2021.0028

Frye, R. E. (2022). A personalized multidisciplinary approach to evaluating and treating autism Spectrum Disorder. *Journal of Personalized Medicine*, *12*(3), 464. https://doi.org/10.3390/jpm12030464

Gill, J., & Liamputtong, P. (2013). Walk a mile in my shoes: Life as a mother of a child with Asperger’s Syndrome. *Qualitative Social Work: QSW: Research and Practice*, *12*(1), 41–56. https://doi.org/10.1177/1473325011415565

Hoover, D. (2006). *Doctors often misdiagnose Asperger’s syndrome.*

Hosseini, S. A., & Molla, M. (2024). *Asperger Syndrome*. stat pearls publishing.

Kanner, L. (1968). Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatrica*, *35*(4), 100–136.

Keenan, B. M., Newman, L. K., Gray, K. M., & Rinehart, N. J. (2016). Parents of Children with ASD Experience More Psychological Distress, Parenting Stress, and Attachment-

Related Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *46*(9), 2979–2991. https://doi.org/10.1007/s10803-016-2836-z

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Hubbard, A., & Boyce, W. T. (2006). School bullying and youth violence. causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry*, *63*, 1035–1041.

Klin, A., & Volkmar, F. (2000). *Asperger syndrome* (S. S. & Sparrow, Ed.). Guilford Press.

Leuning, E. M., van den Berk-Smeekens, I., van Dongen-Boomsma, M., & Staal, W. G. (2023). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in adolescents with autism; Efficacy on ASD symptoms and stress. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.981975

Marta, K., Justyna, C.-Ł., Marta, S., Jerzy, L., Justyna, P.-B., Agnieszka, B.-Z., & Danuta, O. (2022). Selected methods of therapeutic interactions with people with mild symptoms of autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.942218

Medzinárodná klasifikácia chorôb - MKCH-10. (n.d.), https://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx

Melillo, S., Caputo, F., Colletti, C., Mazza, C., Mazzaferro, M. P., Elce, C., Prinzivalli, E., Orlando, S., & Casiello, M. (2014). EPA-0168 – Can depression affect empathy? *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *29*, 1. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(14)77627-8

Mesibov, G. B., Shea, V., & Adams, L. W. (2001). *Understanding Asperger syndrome and high functioning autism* (2001st ed.). Kluwer Academic/Plenum.

Miller, D., Rees, J., & Pearson, A. (2021). “masking is life”: Experiences of masking in autistic and nonautistic adults. *Autism in Adulthood Knowledge Practice and Policy*, *3*(4), 330–338. https://doi.org/10.1089/aut.2020.0083

Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Wiley-Blackwell.

Petríková M., Švecová J., Kaščáková N., Hašto J. (2020). Súvisí šikana v detstve s výskytom psychopatológie v dospelosti? *Psychiatria-psychosomatika-psychoterapia*. 27 (3), 6-18.

Salmon, G., & West, A. (2000). Physical and mental health issues related to bullying in schools. *Current Opinion in Psychiatry*, *13*(4), 375–380. https://doi.org/10.1097/00001504-200007000-00003

Salo, V. C., Schunck, S. J., & Humphreys, K. L. (2020). Depressive symptoms in parents are associated with reduced empathy toward their young children. *PloS One*, *15*(3), e0230636. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230636

Sandoval Aneta, Praško Ján, Ocisková Marie, Kamarádová Dana, Jelenová Daniela, Látalová Klára. (2014). Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *110*(6), 317–325.

Volkmar, F. R., & Klin, A. (2000). Diagnostic issues in Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar, & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 25–71). The Guilford Press.

Weiss, J. A., & Fardella, M. A. (2018). Victimization and perpetration experiences of adults with autism. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 203. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00203

Whitehouse, A. J. O., Durkin, K., Jaquet, E., & Ziatas, K. (2009). Friendship, loneliness and depression in adolescents with Asperger's Syndrome. *Journal of Adolescence*, *32*(2), 309–322. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.03.004

Woods, A. G., Mahdavi, E., & Ryan, J. P. (2013). Treating clients with Asperger's syndrome and autism. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(1), 32. https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-32

KAPITOLA 6

Sexuálna orientácia ako dôvod na šikanovanie: Kazuistika klientky so zmiešanou úzkostno-depresívnou poruchou, sociálnou fóbiou a poruchami učenia.

Júlia Švecová

Submitted

Abstrakt

Dôvodov na šikanovanie je mnoho, jedným z nich môže byť aj sexuálna orientácia. LGBTI+ ľudia sa stávajú terčom šikanovania častejšie ako ich heterosexuálni rovesníci. Zážitky emočného a fyzického násilia vedú k pocitu ohrozenia a straty dôvery vo vzťahoch. U šikanovaných ľudí z komunity LGBTI+ je tak prítomné vyššie riziko výskytu duševných problémov. Táto prípadová štúdia sa venuje klientke, ktorá sa identifikuje ako lesba. Štúdia ilustruje následky šikanovania z dôvodu príslušnosti k menšine. Dlhodobé psychologické vedenie absolvuje klientka v centre poradenstva a prevencie s poradenskou psychologičkou. Okrem toho je aj v starostlivosti pedopsychiatričky a špeciálnej pedagogičky. V štúdii je popísaný multidisciplinárny prístup, diagnostika a stanovenie podporných opatrení pre výchovno-vzdelávací proces.

Kľúčové slová: LGBTI+, šikanovanie, duševné zdravie, individuálna psychológia

Abstract

There are many reasons for bullying. One of them may be sexual orientation. LGBTI+ people are bullied more often than their heterosexual peers. Experiences of emotional and physical violence lead to feelings of threat and loss of trust in relationships. As a result, bullied people from the LGBTI+ community are at higher risk of developing mental health problems. This case study focuses on a client who identifies herself as a lesbian. The study illustrates the consequences of being bullied because of belonging to a minority group. The client receives long-term psychological guidance at the Counseling and Prevention Center with a counseling psychologist. In addition, she is also under the care of a pedopsychiatrist and a special pedagogue. The study describes the multidisciplinary approach to the client, her diagnostic and the determination of supportive measures for the educational process.

Keywords: LGBTI+, bullying, mental health, individual psychology

6.1 Úvod

V tejto štúdii sa venujeme prípadu klientky, ktorej bola diagnostikovaná zmiešaná úzkostná a depresívna porucha a sociálna fóbia. Ťažkosti sa prvý krát objavili už počas druhého stupňa základnej školy v čase pandémie Covid-19. Na zhoršenie jej zdravotného stavu malo vplyv nie len dištančné vzdelávanie, ale aj súvislosti vzťahujúce sa ku krehkému obdobiu puberty a adolescencie, ktoré je spojené so spoznávaním vlastného tela, svojej rodovej identity a sexuálnej orientácie. Otvoreným priznaním svojej náklonnosti k ženám sa stala terčom posmeškov a dehonestujúcich narážok zo strany spolužiakov a nepriamo aj niektorých učiteľov. LGBTI+ ľudia častejšie skórujú vyššie v symptómoch depresie a suicidálnych myšlienkach ako ich heterosexuálni rovesníci (Almeida et al., 2009). Rovnako sú častejšie terčom šikanovania, ktoré vedie k tomu, že sa v škole necítia bezpečne a viac vymeškávajú (Tamayo-Escobar & Blair Gomez, 2024).

6.1.1 LGBTI+ a homosexualita

Skratka LGBTI+ znamená lesby, gejovia, bisexuálni ľudia, transrodoví ľudia, intersexuálni ľudia. Znamienko + na konci zahŕňa ostatné nespomenuté skupiny ako napríklad asexuálnych či pansexuálnych ľudí (Dúhový kompas, 2024). Na Slovensku vzniklo v roku 2020 združenie rodičov a priateľov LGBTI+ ľudí, ktorého hlavným cieľom je „scitlivovať“ spoločnosť a ponúkať si vzájomnú podporu v rámci komunity (ZRP, 2024). Homosexualita bola s DSM-II vyradená v roku 1973 na základe iniciatívy psychiatra Spitzera (Spitzer, 2012). Bola nahradená pojmom „porucha sexuálnej orientácie“. Ten zastrešoval ľudí, ktorí kvôli svojej sexuálnej orientácií, či už bola homosexuálna alebo heterosexuálna, zažívali utrpenie. Dnes už homosexualitu nepovažujeme za duševnú poruchu (Drescher, 2015). Napriek tomu, že sa terapia homosexuality považuje za neúčinnú a škodlivú (Smith et al., 2004), v zahraničí aj na Slovensku existujú iniciatívy, ktoré ponúkajú liečbu ako cestu k uzdraveniu sexuality. Takzvaná „konverzná terapia“ je ešte stále v mnohých kútoch sveta legálna (Kovac, 2024; Fleck, 2022). Termín homosexualita sa aktuálne považuje za zastaraný práve preto, že sa v minulosti často spájal s psychickou poruchou a nesie tak stigmu patologizovania LGB ľudí alebo ich vnímania len cez prizmu sexuality (Smitková et. al., 2022).

6.1.2 Šikanovanie a LGBTI+ ľudia

K emočnému stresu medzi mladými ľuďmi z LGBTI+ komunity výrazne prispieva ich diskriminácia zo strany spoločnosti. Zvyšuje sa u nich riziko sebapoškodzovania, výskyt suicidálnych myšlienok a depresie (Almeida et al., 2009). Medzinárodná štúdia z roku 2023 (Loverno), na ktorej sa zúčastnili mladí ľudia z LGBTI+ komunity vo veku 15-24 rokov z 30 krajín Európskej únie potvrdila, že prítomnosť inkluzívnej vzdelávacej politiky v krajinách, prináša mladým ľuďom z LGBTI+ komunity na škole lepšie skúsenosti, menej obťažovania, predsudkov a násilia zo strany rovesníkov.

6.1.3 Súvislosti medzi zmiešanou úzkostno-depresívnou poruchou, sociálnou fóbiou a LGBTI+ ľuďmi

Ľudia z LGBTI+ komunity sú vystavení takzvanému „menšinovému stresu“, ktorý prispieva k rozvoju duševných ťažkostí. LGBTI+ ľudia zažívajú dva typy stresorov. Tie, ktoré sú spojené s objektívnymi zážitkami a na druhej strane tie, ktoré sa vzťahujú k vnútornému prežívaniu a spracovávaniu sociálnej stigmatizácie (očakávané odmietnutie, tajenie svojej sexuálnej orientácie) (Frost a Meyer, 2023; Meyer, 2003). Kvalita duševného zdravia ľudí, ktorí sa identifikujú ako lesby, gejovia alebo pansexuáli je v porovnaní s heterosexuálmi horšia. Štúdia Seabra et al. (2024) skúmala vplyv praktizovania afirmatívnej všímavosti, prijatia a súcitu prostredníctvom skupinovej intervencie zameranej na minoritu ľudí podľa sexuálnej orientácie. Účastníci, ktorí absolvovali všetkých 13 stretnutí, potvrdili významné zníženie symptómov spojených so stresom a sociálnou úzkosťou, ako aj zníženie sebakritiky a väčší súcit so sebou.

6.1.4 Ciele

Hlavným cieľom našej prípadovej štúdie je poukázať na kumuláciu rôznych vplyvov, ktoré sa odzrkadľujú na ťažkostiach s duševným zdravím klientky, ako aj ilustrovanie multidisciplinárneho prístupu v riešení ťažkostí klientky. Sekundárnym cieľom je popísať kľúčové momenty intervencie.

6.2 Kazuistika

6.2.1 Psychosociálna história a analýza

Klientka má aktuálne 17 rokov. Matka ju do centra poradenstva a prevencie prihlásila v novembri roku 2021. Problémy u nej nastali po nástupe na bilingválne gymnázium. Nebola schopná v prvom ročníku absolvovať písomky z cudzieho jazyka bez chýb. Často si zamieňala písmenká. Nazbierala viacero zlých známok a na štvrť roka z cudzieho jazyka prepadala. Postupne sa k jej prejavom pridala ranná nevoľnosť, zvracanie, ktoré sa objavovalo aj v škole po absolvovaní písomnej práce. Doma sa zverila, že má „depresie“, ktoré pretrvávajú od dištančnej výučby na základnej škole v čase pandémie Covid-19. V noci sa jej ťažšie zaspáva, ráno býva unavená, chce sa jej plakať, všetko sa jej zdá zbytočné.

Z anamnestických údajov získaných od matky

Klientka pochádza z úplnej rodiny. Má o tri roky staršiu sestru, ktorá navštevuje rovnaké gymnázium. Jej sestre sa na škole darí, nároky bilingválneho gymnázia zvláda bez väčších ťažkostí. Klientka nemá rada telesnú výchovu a slovenčinu. Písanie diktátov jej spôsobuje problémy. Aktuálny prospech na bilingválnom gymnáziu nedostatočný, z výsledkov v cudzom jazyku je frustrovaná. Zorganizovať si prácu a poriadok jej robí problém. Ťažkosti vníma aj v oblasti sústredenia. V poslednom období si matka v kresbách dcéry všimla depresívne ladenie. Dcéru vníma ako utiahnutejšiu, s rovesníkmi trávi čas len online. Klientka doteraz neabsolvovala inú liečbu alebo poradenstvo v oblasti duševného zdravia.

Súčasný duševný stav a diagnostické závery

Na prvé stretnutie prichádza v sprievode matky. Sama však s návštevou psychológa súhlasila. Predtým mala niekoľko stretnutí so školskou psychologičkou, ktorá jej odporučila navštíviť Centrum poradenstva a prevencie (CPP). Matka má strach o dcéru, bojí sa aby niečo nezanedbali. Kontaktovala klinickú psychologičku aj pedopsychiatrickú ambulanciu. U oboch majú stanovené termíny. CPP matka žiada o vyjadrenie pre školu, aby mohla mať jej dcéra určité úľavy, prípadne individuálny študijný plán.

Klientka pôsobí na prvý pohľad nedôverčivo, pohľad upriamuje do zeme, nervozita sa prejavuje sústavným pohybovaním chodidlom, trasením nohou alebo tým, že si puká prsty na rukách. V prítomnosti matky pôsobí ešte strnulejšie. Má svojský štýl obliekania, sú v ňom prítomné umelecké prvky. Nosí veľa prsteňov a bižutérie alebo je od hlavy po päty oblečená do

čiernych vecí, často nosí dlhé sukne, mení farbu vlasov. Rada kreslí a maľuje. Na svoj vek pôsobí zrelo, zaujíma sa o históriu. Priťahujú ju témy súvisiace s nespravodlivosťou, rodovou nerovnosťou, ale aj aktuálna politická situácia. Na prvom stretnutí sa vyjadrí, že za jej ťažkosťami stojí jej sexuálna orientácia: *„Páčia sa mi dievčatá, to je jedna z príčin mojich depresií. Začala som premýšľať o svojom tele. Kamaráti, ktorých mám to vedia a podporujú ma, ale nie všetci v rodine to prijímajú.“* Matka psychologičke v CPP na prvom stretnutí oznámila, že sa im dcéra s touto informáciou zverila ešte ako 12 ročná a ako rodičia, nereagovali úplne ukážkovo: *„Na to máš ešte čas, to je ešte skoro riešiť a zamýšľať sa nad tým, to sa ešte môže zmeniť.“* Táto téma bola od vtedy v rodine skôr tabu a klientka pociťovala, že je jej nepríjemné o tom s rodičmi hovoriť. Ak vyjadrí predstavu o svojej budúcnosti, matka ju neberie vážne: *„Veď z toho vyrastieš.“*

Pedopsychiatrička stanovila klientke diagnózu ***zmiešaná úzkostná a depresívna porucha a sociálna fóbia***, stanovila aj farmakologickú liečbu a odporučila pokračovať v individuálnom psychoterapeutickom vedení. U klinickej psychologičky dostala diagnostický záver ***adaptačné poruchy***, na dlhodobú starostlivosť by mala termíny až o pol roka, klientka sa teda rozhodla pokračovať u poradenskej psychologičky v CPP. V priebehu terapeutickej spolupráce so psychologičkou v CPP sa rozhodla absolvovať špeciálno-pedagogické vyšetrenie v inom CPP, pre podozrenie na poruchy učenia. Vyjadrila aj pochybnosť či nemá poruchu aktivity a pozornosti, keďže sa jej na činnosti ťažko sústredí. Diagnostické testovanie pamäte a pozornosti bez patologického nálezu. Záver diagnostického vyšetrenia v druhom CPP: ide o žiačku so ŠVVP (špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby) ***primárne dysortografia, dyslektické ťažkosti, susp. na báze zdravotného oslabenia***. Na základe týchto záverov boli klientke pridelené podporné opatrenia v rámci výchovno-vzdelávacieho procesu.

Rodinná história klientky

V rodine prevládajú konzervatívne názory a tradičné kresťanské hodnoty. Matka všetko riadi a otec veľa pracuje. Tiež kedysi robil dychové cvičenia keď bol vystresovaný z práce. Matka je veľmi aktívna, keď sa vyskytne nejaký problém, všetko chce mať hneď vyriešené a zariadené. Matka sa pokladá za racionálnu bojovníčku a opakuje to aj dcére: *„Musíš zabojovať. Vieš, že my ťa nebudeme do ničoho nútiť, môžeš si vybrať čo ťa bude baviť, doma ale nemôžeš sedieť. Ja som bojovník, racionálna, teraz musíš aj ty trochu zabojovať a byť iniciatívna.“* Podľa klientky matka zbytočne dramatizuje a zameriava sa len na to zlé. To čo urobila dobre, matka nevidí. Matka vyjadruje strach a obavu z toho, že sa aktuálna situácia

nezmení k lepšiemu, práve naopak bude sa zhoršovať: *„No poď ty moje dieťa letargické. Ja mám pocit, že si teraz na nejakom ružovom obláčiku, a že si na to zvykneš. Si pohodlná.“* Sestra je viac ako matka. Je dobrá v matematike a analytickom myslení. V širšej rodine z matkinej strany sú muži vo vzťahoch tí nesamostatní a neschopní pomáhať v domácnosti, zatiaľ čo ženy sú tie, čo všetko riadia, muža obskakujú a starajú sa oňho ako o dieťa: *„Podľa Biblie by mala byť žena tá poslušná a stáť za hrncami.“* S matkiným bratom sa o témach inakosti nedá diskutovať. Pri rozhovoroch s ním by klientka chcela povedať svoj názor ale je presvedčená o tom, že je to zbytočné, nechce v rodine vyvolávať konflikty. Rodina z otcovej strany vie, že chodí k psychologičke aj že má individuálny plán vzdelávania: *„Tam sa viac počúvajú a majú pre to väčšie pochopenie. V rodine z maminej strany sa pred psychickými problémami zatvárajú oči.“* Celkovo má v rodine pocit nepochopenia.

Psychosociálna analýza

Klientka nepotrebuje dosahovať veľké úspechy, svoju energiu orientuje skôr na boj s nespravodlivosťou a filozofovanie o mužsko-ženských otázkach. Je dobrou pozorovateľkou. K jej vyhýbavému postoju pri nadväzovaní nových vzťahov prispeli aj skúsenosti so šikanovaním a diskriminovaním na základe svojich preferencií v oblasti intímnych vzťahov. Na hodinách náboženstva sa napríklad učiteľka vyjadrila, že homosexualita je proti prírode a neprirodzená. Na bilingválnom gymnáziu boli spolužiaci v tomto smere otvorenejší a prijímajúci. Avšak nároky na podávanie výkonu sa stupňovali, čo jej spôsobovalo adaptačné ťažkosti a zvyšoval sa jej strach zo zlyhania. Po prestupe na klasické gymnázium sa situácia zlepšila, opäť bola schopná pravidelnej školskej dochádzky. Neskôr však sama zhodnotila: *„Moc všetko analyzujem a premýšľam dopredu, čo sa môže stať. Premýšľam napríklad, čo by sa stalo, keby nám so spolužiakmi došli témy na rozhovor. Čo keby sa so mnou už potom nechceli baviť?“* Tak radšej volila stratégiu vyhýbania sa: *„V škole si ľahnem na lavicu, som unavená, s nikým sa nebavím.“* To ju chránilo pred možným zlyhaním a zranením. V priebehu prvého roka sa v prítomnosti niektorých spolužiakov prestala cítiť bezpečne. Nahlas sa vyjadrovali dehonestujúco a dehumanizujúco voči menšinám. Klientka má jednu priateľku. Vídajú sa len cez víkend alebo cez prázdniny. Aktuálne žijú každá v inom meste. V poslednom čase sa viac zblížili a začali spolu chodiť. V rodine o tom nikomu nepovedali, všetci si myslia, že sú len kamarátky. Klientka má obavu, ako by táto informácia bola doma prijatá. Seba ochraňujúce tendencie jej umožňujú vyhýbať sa zraneniam, zároveň jej však bránia v rozvoji

a posune k žiadanému cieľu. Jej túžbou je byť viac samostatná v rozhodovaní, aktívnejšia, realizovať sa v oblastiach, ktoré ju zaujímajú.

Sumár životného štýlu klientky

V stresujúcich situáciách túži mať veci viac pod kontrolou. Keďže všetko sa pod kontrolou mať nedá, často pociťuje strach či hnev, ktorý prechádza do somatických prejavov. V kontexte autorít sa často prejavuje ako „pleaser“ (ten kto chce vyhovieť), aby nebola odmietnutá. Takýmto spôsobom potláča samu seba zo strachu, že nebude prijatá. Bojí sa robiť chyby, vníma ich ako celkové zlyhanie, nie ako proces učenia sa. Nadväzovanie vzťahov je pre klientku náročné. Neverí, že môže byť s druhými sama sebou. Potrebuje povzbudzovanie, v mnohých oblastiach. Jej sebavedomie negatívne ovplyvňuje aj iniciatíva matky. Vo svojej primárnej rodine sa cíti byť trochu iná, neprijatá. Pri nadväzovaní kontaktov je opatrná, na druhých pôsobí uzavreto. Je ateistka. Je jej blízka filozofia satanizmu, ktorú vníma ako vzburu proti spoločenským konvenciám a proti obmedzovaniu väčšinou. Verí v seba, v slobodu individuálneho rozvoja v súlade s prírodou. Často sa dostáva do pozície, kedy životné nároky presahujú jej fyzické a duševné zdroje. Odpovede hľadá v rôznych diagnózach: poruchy učenia, porucha pozornosti, depresia, úzkostná porucha.

6.2.2 Formulácia prípadu

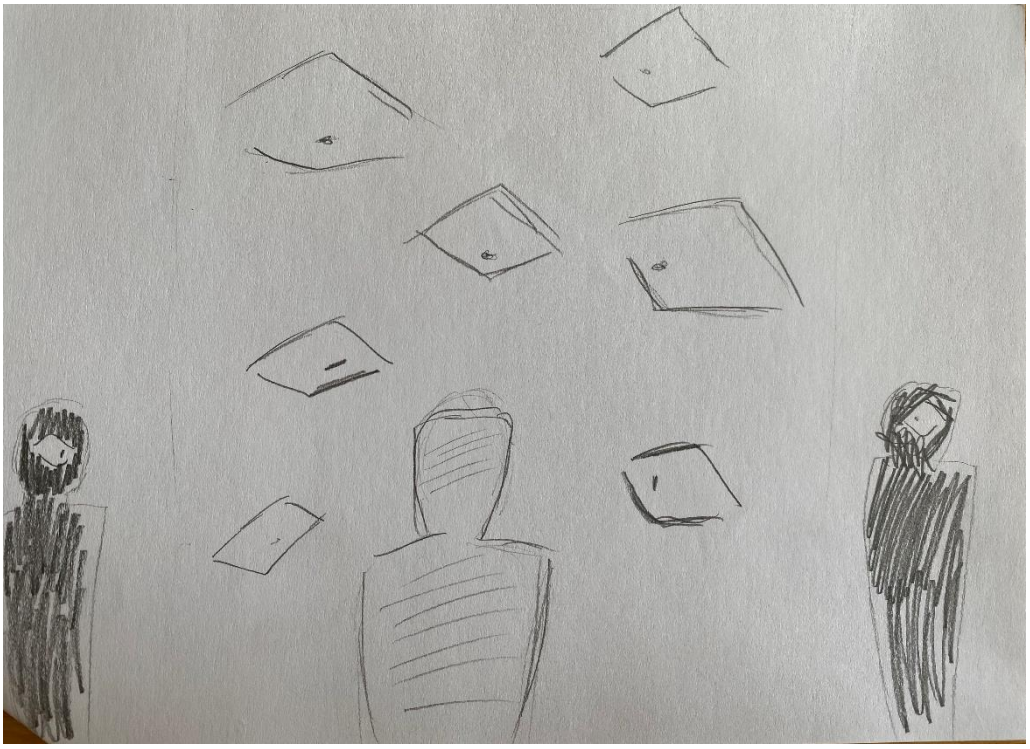
Použitie vybraných terapeutických techník

Obľúbená rozprávka bola použitá pri preskúmavaní životného štýlu klientky. Bez váhania si vybrala rozprávku Mulan, kde bola jej obľúbenou postavou hlavná hrdinka. Napriek tomu, že bola hlavná postava príbehu žena, rozhodla sa ísť na výcvik a do vojny namiesto svojho otca. Aj keď to podľa vtedajších zvykov nebolo normálne, ona to vďaka svojej vytrvalosti a nezlomnej vôli v armáde zvládla. V súvislosti s touto témou sme sa venovali klientkinmu vlastnému odhodlaniu, potrebe meniť veci, búrať normy a jej nespokojnosti s nespravodlivosťou. Klientka našla viacero prepojení so svojim vlastným životom. Postupne získavala v terapii silu a bola viac odhodlaná tieto svoje poznania zapracovávať do života. Napríklad tým, že bola schopná o témach nespravodlivosti, nerovnosti medzi pohlaviami a svojej sexuálnej orientácii otvorene hovoriť s druhými ľuďmi, a búrať tak zaužívané tabu nielen vo vlastnej rodine.

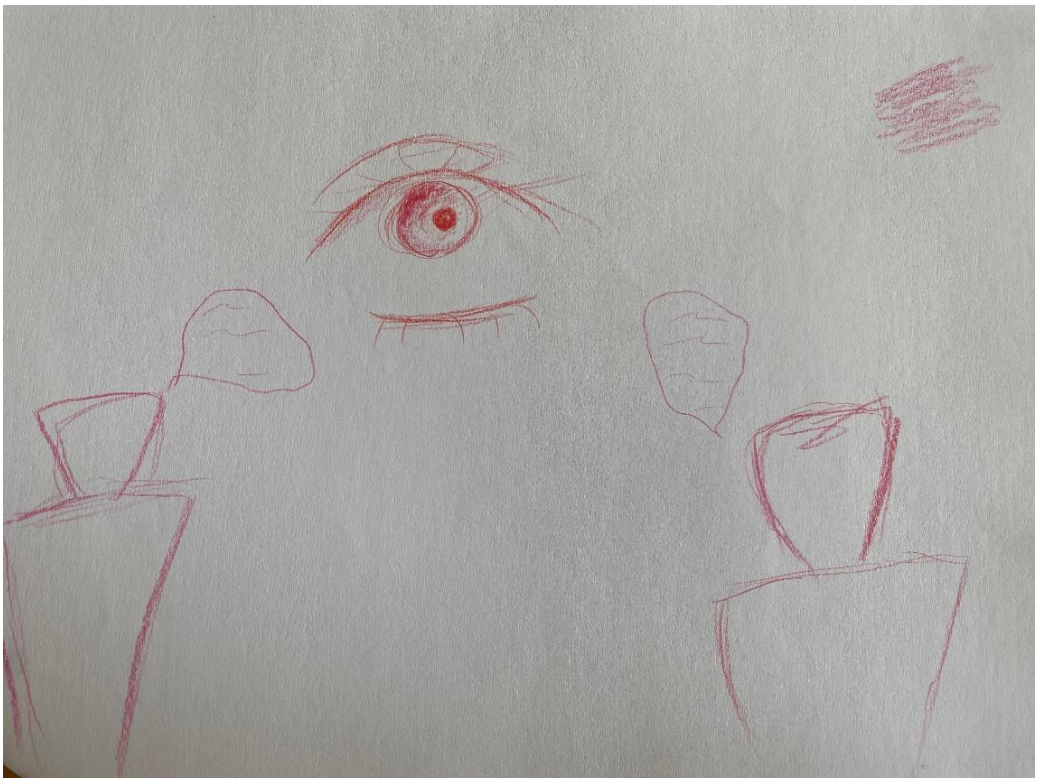
Metafora „oči“ sa klientke vynorila pri práci s fantáziou „Moje miesto“ podľa autorky Violet Oaklander (1989). Modré oko podľa nej predstavuje oko jej prarodičov, ktorí na ňu dohliadajú a vďaka nim sa cíti bezpečne.

Oči sú pre ňu však aj symbolom pozorovateľa a sudcu. Ak niečo urobí zle, všetci sa na ňu budú pozerať. Klientka prichádza na to, že sa cíti pod drobnohľadom, keď má hovoriť na verejnosti alebo keď sa rozpráva s rodičmi a hlavne matka chce všetko vyriešiť rýchlo za ňu. Keď sú všetky oči na nej, vníma to ako svoju slabosť. Zároveň však hovorí, že v rámci svojej sily dokáže využívať svoj pozorovateľský talent, a byť tak voči druhým citlivá a empatická. Práca s metaforou oka bola zakončená kreslením obrazov, kde oko predstavuje jej slabosť (obr. 6. 2) a jej silu (obr. 6. 3).

Obr.6. 1: Oko ako moja slabosť/Všetky oči na mne



Obr. 6. 2: Oko ako moja sila/Dobrý pozorovateľ



Rané spomienky (tabuľka 6.1) klientky poukazujú na to, ako vníma svet, druhých ľudí a samu seba. Podľa jej súkromnej logiky: ***Svet*** je miesto plné smútku a nespravodlivosti. ***Druhí*** sú zraňujúci a nepredvídateľní. Druhí sú tí, čo vyhrávajú, majú šťastie a sú úspešní. ***Ja*** som zranená, zaskočená, nemohúca, vzdávajúca sa. Aj keď vyviniem aktivitu, necítim sa potom lepšie. Napriek tomu vníma svoje rané postoje ako smiešne až trápne a pri želaných zmenách vyjadruje posun k aktivite. Aj keď by zlyhala, skúšala by ďalej.

Tabuľka 6. 1: Prepis raných spomienok

RS1: *„Keď som mala sedem rokov, zomrela mi prastarká. Na pohrebe som nechcela byť. Bolo to nepríjemné, držala som sa pri sestre, chodila som vonku, nechcela som byť medzi ostatnými ľuďmi. Zasiahlo ma, že tam babka strašne plakala. Ja som ju vnímala ako veselú*	***RS2:*** *„Keď som mala asi 10 rokov, mala som kamarátku. Raz sa začala baviť s iným dievčaťom. Vnímala som to tak, že ma odkopla. Zostala som sama, nevedela som s kým sa mám rozprávať. Cítila som sa smutne a opustene. Vykašľala sa na mňa.*

dámu, prišlo mi to čudné, ako keby to bola úplne iná osoba.“	*Neskôr som sa vzďaľovala aj od ostatných, bála som sa, že sa to zopakuje.“*
RS3: *„Keď som mala asi šesť rokov hrali sme so susedmi futbal. Ja som bola v bráne, keď nám dali gól. Rozplakala som sa. Čupla som si a odmietla som hrať ďalej, trucovala som a otec ku mne prišiel a povedal: „To je len hra, to nevadí, keď nám dali gól.“* ***Želaná zmena:*** *„Neplakala by som a išla by som ďalej hrať.“*	***RS4:*** *„Asi štvor až päť ročná som išla prvý krát do škôlky. Keď ma tam mama nechala, nechcela som tam byť s tými deťmi. Boli tam nejaké dve dievčatá a ja som sa s nimi išla hrať. Cítila som smútok, že ma tam mama nechala, že tam mám byť s cudzími ľuďmi.“* ***Želaná zmena:*** *„Hneď by som odkráčala hrať sa s tými deckami.“*

Kresbu **genogramu** sme využili najmä z dôvodu vizualizácie štruktúry rodiny a znázornenie niektorých vzorcov, ktoré sa v rodine opakujú naprieč generáciami. Pre klientku to bolo zároveň pozvanie k rozhovoru s rodičmi, aby si tak doplnila chýbajúce informácie o rodine. Pri tejto technike sa rozhovorila o téme smrti, ktorá je v rodine tabu a duševných ochoreniach, ktoré sa opakujú naprieč generáciami.

Autogénny tréning začala s psychologičkou nacvičovať po troch mesiacoch terapeutického vedenia. Hlavnou motiváciou klientky bolo nacvičiť si zručnosť zvládať stresové situácie v škole počas písomiek a skúšania a dokázať sa dostať do relaxovaného stavu. Po troch mesiacoch nácviku a pravidelných konzultáciách so psychologičkou bola schopná cvičiť celý AG tréning samostatne.

Súčasťou práce s adolescentnou klientkou bolo aj niekoľko stretnutí s matkou, cielených na posilnenie rodičovských zručností. Matka bola konfrontovaná aj so skúsenosťami z vlastného detstva a výchovným štýlom svojich rodičov, aby tak lepšie porozumela svojim motívom vo výchove vlastných detí. Pri tejto príležitosti bola použitá technika individuálnej psychológie: **„pozoruhodné zistenia“.**

6.2.3 Priebeh poradenstva

Ciele poradenskej starostlivosti

Základným cieľom spolupráce klientky a psychologičky CPP bolo vybudovať bezpečný terapeutický vzťah. Najdôležitejšou metódou adlerovského poradenstva je povzbudzovanie, ktoré jej dodávalo vieru vo vlastnú silu a schopnosti. Dôležité ju bolo podporiť v tom, že robiť chyby je prirodzené, že nemusí byť perfektná. Rovnako aj k prijatiu zodpovednosti za svoje rozhodnutia a činy. Na prvých stretnutiach s poradenskou psychologičkou si klientka stanovila za cieľ pracovať na zvládaní úzkosti. So školou sa psychologička CPP dohodla, že až do záverov od pedopsychiatra nebudú klientku skúšať písomne ani vyvolávať na ústnu odpoveď. Klientka po rozhovore s rodičmi zvažovala po prvom ročníku prestup na inú strednú školu, ktorý sa v závere prvého ročníka zrealizoval. Cieľom spolupráce bolo aj správne stanovenie diagnózy a následné vystavenie odporúčaní pre školské zariadenie. Na procese diagnostiky sa podieľalo viacero odborníkov. Na základe záverov z vyšetrení a stanovených diagnóz, bola klientke vypracovaná diagnostická správa s odporúčaniami a podpornými opatreniami do výchovno-vzdelávacieho procesu.

6.2.4 Progres v poradenstve

Po štyroch samostatných sedeniach s poradenskou psychologičkou, bolo realizované spoločné stretnutie klientky a matky. Matka dospela k seba reflexívnemu poznaniu: *„Na mňa sa všetci spoliehajú aj v širšej rodine. Všetko musím zariadiť, vybaviť, odviezť lebo nemajú vodičáky. Možno už som v takom „švungu“ super ženy, že riešim a vybavujem aj tam, kde by som nemusela, kde ma o to neprosia.“* Individuálne poradenské stretnutia s matkou, ktoré sa niesli aj v duchu edukovania matky, neskôr sama matka zhodnotila ako prínosné: *„Chcem sa Vám za všetko poďakovať. Priznám sa, že aj ja som sa počas našich spoločných sedení veľa naučila.“*

Na základe diagnostických výsledkov boli klientke v škole ponúknuté podporné opatrenia: oslobodenie od telesnej výchovy, ústnych odpovedí, či písania diktátov v klasickej podobe, ktoré do značnej miery znížili stres a úzkosť klientky a zlepšila sa aj jej školská dochádzka. Somatické symptómy sa zmiernili, pomohli jej relaxačné techniky a osvojenie si autogénneho tréningu. Prestup na nové gymnázium v rodnom meste bol v zlepšení sa jej stavu

kľúčový. V priebehu druhého pol roka sa však objavili komplikácie. Na základe diskriminujúcich rečí niektorých spolužiakov sa prestala v triede cítiť bezpečne. Somatické prejavy sa opäť začali prejavovať. Pokračovaním v stretnutiach s psychologičkou CPP a v kontrolných stretnutiach u pedopsychiatričky sa jej stav opäť stabilizoval. Dôležitú rolu tu však zohralo aj oslobodenie z hodín telesnej výchovy, kde jej robilo najväčší problém spoločné prezliekanie sa v šatni, keď sa všetci pozerajú, ako aj strach z toho, že na hodine niečo zle urobí. Aj táto téma bola súčasťou terapeutických stretnutí. Za úvahu stojí zamyslieť sa nad tým ako sú hodiny telesnej výchovy vedené a aké požiadavky sú na žiakov kladené. Dôležitá by mala byť hlavne radosť z pohybu a objavovanie možností svojho tela. Klientka je aktuálne zverená do rúk novej psychologičke v rámci CPP, keďže jej doterajšia psychologička odišla na materskú dovolenku. S novou psychologičkou pracuje v zmysle kognitívno-behaviorálnej terapie, čo jej prináša nové zručnosti a vhľady.

6.2.5 Diskusia

Kazuistika klientky patriacej do LGBTI+ komunity demonštruje možné ťažkosti, ktoré naprieč školopovinným životom ľudia z tejto menšiny zažívajú. V danej kazuistike sa k duševným ťažkostiam v podobe depresie, úzkosti, sociálnej fóbie a somatických prejavov, pridružili aj komplikácie v podobe porúch učenia. Už v materskej škole sa oproti rovesníkom horšie adaptovala v zmysle nadväzovania sociálnych interakcií. V priebehu prvých školských rokov sa jej pravdepodobne podarilo niektoré zo svojich nedostatkov vykompenzovať. Kompenzácia však bola na úkor jej duševného zdravia a pohody. Na druhom stupni sa k jej ťažkostiam pridali súvislosti spojené s obdobím puberty a neskôr dištančné vzdelávanie a izolácia od rovesníkov. Domáce prostredie pre ňu nebolo bezpečné, nemohla autenticky vyjadrovať kým je. Výskum potvrdzuje, že negatívne reakcie rodičov na „coming- out“ ich dieťaťa úzko súvisí s ich konzervatívnym politickým presvedčením a silným vierovyznaním (Baiocco et al., 2015), ktoré bolo prítomné aj v klientkinej rodine. Navyše matka klientky bola veľmi zameraná na výkon a klientka sa pod jej pôsobením cítila pod tlakom. Akademický stres spôsobený aj vysokými nárokmi rodinných príslušníkov je najdôležitejším zdrojom stresu spojeného s duševným zdravím adolescentov (Hosseinkhani et al., 2020).

Po opätovnom návrate do školy z dištančného vzdelávania sa zvýraznili jej somatické symptómy a nebola schopná školskej dochádzky. Pokiaľ sa dieťa dostane do rúk odborníka až na druhom stupni základnej školy, môže byť diferenciálna diagnostika ťažšia a je náročné

stanoviť správnu diagnózu. Včasná identifikácia ťažkostí a efektívna liečba duševného zdravia môže do značnej miery znížiť úroveň utrpenia jednotlivca (Mental Health America, 2024).

Pre analýzu životného štýlu klientky a lepšieho pochopenia samej sebe a svojho miesta v rodine a vo svete, bola sprevádzaná psychologičkou prostredníctvom individuálnej psychológie Alfréda Adlera (Sabates, 2020). Tento terapeutický prístup je pre prácu s deťmi a adolescentmi veľmi vhodný lebo zapája aj konzultácie s učiteľmi, rodičmi či celorodinné stretnutia. Zohľadňuje tak fakt, že deti a adolescenti sú stále pod veľkým vplyvom školského a rodinného prostredia (Thompson Prout & Brown, 2007). Klientka sa narodila ako druhá v poradí. Jej staršia sestra je akademicky úspešná, rýchlo jej to páli, rozumie matematike podobne ako matka. Ako píše Čechová (2004), pokiaľ druhorodený vo svojich pokusoch prekonať staršieho súrodenca zlyháva, môže to viesť k rebelovaniu voči rodinným hodnotám a citom menejcennosti.

Prax ukazuje, že časové možnosti pedopsychiatrov a klinických psychológov, ako aj ďalších špecialistov, sú obmedzené. Práve pandémia Covid- 19, počas ktorej bol zvýšený dopyt po službách v oblasti duševného zdravia ukázala, že si tieto služby na Slovensku vyžadujú urgentnú reformu (Izakova et al., 2020). Vzhľadom k týmto skutočnostiam zohrávajú nezastupiteľnú úlohu práve pedagogickí a školskí odborní zamestnanci. Tí môžu svojim priamym pôsobením na pôde školy včas identifikovať rizikových žiakov, kontaktovať rodičov, zabezpečiť pre dieťa intervenciu s odborníkom na škole, kým dostanú termín napríklad v CPP. Dôraz by sa mal klásť aj na vytváranie a aplikovanie preventívnych programov zameriavajúcich sa na potreby LGBTI+ detí a aplikovanie inkluzívnej politiky na školách (Marraccini et al., 2022).

Použité skratky

CPP- Centrum poradenstva a prevencie

DSM II- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

LGB- Lesby, gejovia, bisexuáli

LGBTI+- Lesby, gejovia, bisexuáli, transrodoví, intersexuáli a iné

Referencie

Almeida, J., Johnson, R. M., Corliss, H. L., Molnar, B. E., & Azrael, D. (2009). Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, *38*(7), 1001–1014. https://doi.org/10.1007/s10964-009-9397-9

Baiocco, R., Fontanesi, L., Santamaria, F., Ioverno, S., Marasco, B., Baumgartner, E., Willoughby, B. L. B., & Laghi, F. (2015). Negative parental responses to coming out and family functioning in a sample of lesbian and gay young adults. *Journal of Child and Family Studies*, *24*(5), 1490–1500. https://doi.org/10.1007/s10826-014-9954-z

Domov. (2022, March 29). ZRP; Cesta k prijatiu. https://www.zrp-lgbt.sk/

Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, *5*(4), 565–575. https://doi.org/10.3390/bs5040565

Duhový Kompas. (n.d.). Duhovykompas.sk. Retrieved September 16, 2024, from https://www.duhovykompas.sk/

Early identification of mental health issues in young people. (n.d.). Mental Health America. Retrieved September 16, 2024, from https://mhanational.org/issues/early-identification-mental-health-issues-young-people

Fleck, A. (2022, June 23). *Where 'conversion therapy' is still legal*. Statista. https://www.statista.com/chart/27674/map-of-where-conversion-therapy-is-banned/

Frost, D. M., & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, *51*(101579), 101579. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579

Hosseinkhani, Z., Hassanabadi, H.-R., Parsaeian, M., Karimi, M., & Nedjat, S. (2020). Academic stress and adolescents mental health: A Multilevel Structural Equation Modeling (MSEM) study in northwest of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, *20*(4), e00496. https://doi.org/10.34172/jrhs.2020.30

Ioverno, S. (2023). Inclusive national educational policies as protective factors for LGBTI youth adjustment: An European cross-national study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *72*(6), 845–851. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.01.013

Izakova, L., Breznoscakova, D., Jandova, K., Valkucakova, V., Bezakova, G., & Suvada, J. (2020). What mental health experts in Slovakia are learning from COVID-19 pandemic? *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(Suppl 3), S459–S466. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_758_20

Kovac, D., Adante Systems, & Kosice, G. E. (n.d.). *Linka Valentín*. Grkatke.sk. Retrieved September 16, 2024, from https://www.grkatke.sk/kosicky-eparcha/linka-valentin

Marraccini, M. E., Ingram, K. M., Naser, S. C., Grapin, S. L., Toole, E. N., O'Neill, J. C., Chin, A. J., Martinez, R. R., Jr, & Griffin, D. (2022). The roles of school in supporting LGBTQ+ youth: A systematic review and ecological framework for understanding risk for suicide-related thoughts and behaviors. *Journal of School Psychology*, *91*, 27–49. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.11.006

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Oaklander, V. (1989). Windows to our children: Gestalt therapy approach to children and adolescents. In *B.m.: Wiley. ISBN 9781119057505. Dostupné na*. Gestalt Journal Press.

Seabra, D., Gato, J., Petrocchi, N., & do Céu Salvador, M. (2024). Affirmative mindfulness, acceptance, and compassion-based group intervention for sexual minorities (Free2Be): A non-randomized mixed-method study for feasibility with exploratory analysis of effectiveness. *Mindfulness*, *15*(7), 1814–1830. https://doi.org/10.1007/s12671-024-02403-9

Smith, G., Bartlett, A., & King, M. (2004). Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s—an oral history: the experience of patients. *BMJ*, *328*(7437), 427. https://doi.org/10.1136/bmj.328.427.37984.442419.ee

Smitková H., Ožvaldová M., Bezáková J., Hubinská P. (2020). *Odborné postupy v pedagogickej a poradenskej praxi Deti a mladí ľudia, ktorí sa identifikujú ako gejovia, lesby a bisexuáli, v edukačnom a poradenskom procese*. Vudpap.Sk. https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/06/Deti-a-mladi-ludia-ktori-sa-identifikuju-ako-gejovia-lesby-a-bisexuali-v-edukacnom-a-poradenskom-procese.pdf

Spitzer, R. L. (2012). Spitzer reassesses his 2003 study of reparative therapy of homosexuality. *Archives of Sexual Behavior*, *41*(4), 757. https://doi.org/10.1007/s10508-012-9966-y

Tamayo-Escobar, G., & Andrea, C. (2024). Consequences of homophobic bullying on the psychological well-being of three LGBTI subjects. *Consequences of Homophobic Bullying on the Psychological Well-Being of Three LGBTI Subjects*, *15*. https://doi.org/10.5093/cc2024a4

The problem with diagnosing learning disabilities late. (2014, November 19). Redefine Dyslexia. https://redefinedyslexia.wordpress.com/2014/11/19/the-problem-with-diagnosing-learning-disabilities-late/

Thompson Prout, H., & Douglas, T. (2007). Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents: Theory and Practice for School and Clinical Settings. *B. m.*

KAPITOLA 7

Diskusia

Výsledky dizertačnej práce podporujú závery mnohých vedeckých štúdií, že šikanovanie má vplyv na kvalitu duševného a fyzického zdravia. V rámci jednotlivých kapitol sme sa zameriavali na fenomén šikanovanie a jeho prepojenie so zdravím, odolnosťou či na možnosti prevencie šikanovania na školách a ich efektivitu. Pre názornejšie uchopenie problematiky sme sa v rámci dvoch kazuistík venovali prípadom z praxe.

V záverečnej kapitole popíšeme hlavné zistenia podľa výskumných otázok. Následne sa venujeme diskusii o kľúčových zisteniach, ktoré majú význam pre ďalší výskum. Ku koncu sú diskutované silné stránky, limity práce a implikácia pre prax.

7.1 Výskumné otázky a hlavné zistenia práce

Hlavné zistenia sú zoradené podľa výskumných otázok:

Výskumná otázka č. 1 (Kapitola 2): ***Aké sú psychometrické vlastnosti slovenskej verzie dotazníka na zisťovanie vzťahového správania v dospelosti (ECR-R)?***

Štatistickými analýzami sme dospeli k výsledkom, že plná verzia dotazníka ECR-R, podobne ako v českej štúdii, nie je vyhovujúca. Skrátená verzia ECR-R- 16 obsahuje otázku číslo 16, ktorá sa javí ako problematická. Po uplatnení niekoľkých zmien v otázkach, vznikla skrátená verzia ECR-R-SK- 14. Otázky boli vyberané podľa štatistických vlastností a zároveň tak, aby boli zachované všetky dôležité témy (7 otázok k úzkostnosti a 7 k vyhýbavosti). Vnútorná konzistencia dotazníka je dobrá, závery psychometrickej analýzy skrátenej verzie poukazujú na jeho vhodnosť pri meraní vzťahového štýlu v dospelosti.

Výskumná otázka č. 2 (Kapitola 2) : ***Aké sú sociodemografické rozdiely slovenských dospelých respondentov vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti?***

Dáta získané od reprezentatívnej vzorky slovenskej populácie nám umožnili porovnať vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti jednotlivé skupiny rozdelené podľa pohlavia, veku a rodinného stavu. Významné rozdiely medzi mužmi a ženami sa nepotvrdili. Významnejšie rozdiely boli v skupinách rozdelených podľa veku. U starších (nad 65 rokov) ľudí sa vyskytuje nižšia úzkostnosť a vyššia vyhýbavosť oproti mladším ľuďom (od 18 do 34 rokov).

Výskumná otázka č. 3 (Kapitola 2): ***Ako spolu súvisia vzťahové charakteristiky úzkostnosti a vyhýbavosti a subjektívne vnímaná osamelosť?***

Pocity osamelosti súvisia so vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou. Najnižšie skóre úzkostnosti a súčasne najvyššie skóre vyhýbavosti bolo zistené v skupine ovdovelých respondentov. Subjektívny pocit osamelosti však môžu prežívať aj ľudia žijúci vo vzťahoch. Môže to súvisieť s ich vyššou vzťahovou vyhýbavosťou a úzkostnosťou oproti ľudom, ktorí sa necítia osamelo. Osamelosť stredne silno koreluje so vzťahovou úzkostnosťou a so vzťahovou vyhýbavosťou.

Výskumná otázka č. 4 (Kapitola 3): ***Aká je prevalencia šikanovania v jednotlivých sociodemografických skupinách slovenskej populácie?***

Výskyt šikanovania v jednotlivých sociodemografických skupinách uvádzame podrobne rozpísaný v tabuľke. Výskyt šikanovania v celej výskumnej vzorke predstavuje 13,5 %. Výskyt šikanovania bol najnižší v skupine respondentov žijúcich v manželskom zväzku. Väčšina (60,6 %) so šikanovaných respondentov boli šikanovaní niekoľkokrát, tretina (32,9 %) respondentov iba raz a zvyšok (6,6 %) často. Najčastejšou formou šikanovania bol posmech kvôli vzhľadu (46,7 %) a vynechávanie z aktivít či úplné ignorovanie (36,5%). Vo výskyte a forme šikanovania neboli nájdené signifikantné rozdiely medzi mužmi a ženami.

Výskumná otázka č. 5 (Kapitola 3): ***Ako ovplyvňuje šikanovanie súvislosti medzi traumatizáciou v detstve, resilienciou a neskorším výskytom psychopatológie?***

Podrobné výskeldky uvádzame v tabuľke 3.2 v kapitole 3. Vyššie skóre vo všetkých typoch psychopatológie (jednotlivé subškály BSI-53) a Indexe závažnosti psychopatológie (GSI; Global severity index) boli významne asociované s vyšším výskytom emočného a sexuálneho zneužívania. Fyzické zanedbávanie bolo rovnako asociované s väčšinou psychopatológie a GSI okrem interpersonálnej citlivosti, depresie a paranoidných myšlienok. Fyzické týranie a emočné zanedbávanie neboli významne asociované s psychopatológiou. Reziliencia ako nezávislý prediktor významne redukovala skóre vo všetkých typoch psychopatológie a GSI. Ochranný faktor reziliencie však bol moderovaný šikanovaním v niekoľkých typoch psychopatológie. Napríklad pri somatizovaní, obsesiách a kompulziách či depresii, psychoticizme a interpersonálnej citlivosti. V týchto typoch respondenti, ktorí boli šikanovaní, dosahovali vyššie skóre oproti nešikanovaným respondentom, napriek rovnakej odolnosti.

Výskumná otázka č. 6 (Kapitola 4): ***Aké komponenty majú vplyv na efektivitu preventívnych programov proti šikanovaniu?***

Zložky, ktoré tvoria preventívne programy, výrazne ovplyvňujú ich účinnosť. Rozdiely vo výsledkoch štúdií prehľadového článku ukazujú, že hľadanie toho čo funguje, je stále na začiatku. Niektoré komponenty však boli spojené s výrazným zlepšením šikanovania aj viktimizácie súčasne. Preventívne programy majú vplyv aj na zníženie príznakov úzkosti a depresie. U mladších žiakov je efektívne zamerať sa na rozvoj sociálno-emocionálneho učenia, zatiaľ čo u adolescentov sa javí ako vhodnejšie zapájanie rovesníkov. Kľúčovými zložkami sú podávanie informácií pre rodičov, zapájanie rovesníkov a celoškolský prístup so zapojením komunity. Dodržiavanie protokolu preventívnych programov tak, ako boli navrhnuté, je rovnako veľmi dôležité. V určitých prípadoch sa javí ako efektívne kombinovať niektoré vybrané preventívne programy. Osobnosť učiteľa, jeho angažovanosť ako aj zapájanie svedkov šikanovania, aby nemlčali, sú tiež dôležité zložky podporujúce úspešnosť prevencie šikanovania.

Výskumná otázka č. 7 (Kapitola 5): ***Ako vyzerá fenomén začarovaného kruhu v praxi? Ako sa dá využiť multidisciplinárny prístup pri práci so školopovinným šikanovaným klientom?***

V prípadovej štúdii sme podrobne popísali fenomén začarovaného kruhu na prípade klientky, ktorej bol diagnostikovaný Aspergerov syndróm (AS). Keďže išlo o ľahšiu formu AS, bol jej diagnostikovaný až na druhom stupni základnej školy. Tieto skutočnosti viedli k šikanovaniu klientky pre jej inakosť a k neskoršiemu rozvoju ďalšej psychopatológie v podobe úzkosti, depresie a sebapoškodzovania. Dôležitou súčasťou práce s danou klientkou bola správna diferenciálna diagnostika, ktorá si vyžadovala multidisciplinárny prístup, a realizovanie odporúčaní poradenského centra v školskom prostredí.

Výskumná otázka č. 8 (Kapitola 6): ***Aké sú špecifiká šikanovania klientky z LGBTI+ komunity? Aké sú možnosti pokračujúcej starostlivosti vzhľadom na neskoršie rozvinutie psychopatológie?***

V druhej prípadovej štúdii sa zameriavame na klientku z LGBTI+ komunity, ktorá sa definuje ako lesba. Podrobne ilustrujeme následky šikanovania z dôvodu príslušnosti k tejto menšine. Významnú rolu tu zohráva aj pandémia Covid-19 ako aj osobnosť matky, ktorá za dcéru preberá zodpovednosť aj tam, kde by nemusela. V štúdii popisujeme niekoľko možností spolupráce a pokračujúcej starostlivosti o klientku. Klientka si osvojila princípy autogénneho tréningu, ktorý jej pomáhal so zvládaním úzkosti a stresu a prostredníctvom individuálnej

psychológie Alfréda Adlera sa dozvedela viac o svojom životnom štýle, rodinnej konštelácii a postupne získavala odvahu k malým zmenám.

7.2 Diskusia o kľúčových zisteniach

Vzťahová väzba, osamelosť a šikanovanie

Základné kategórie vzťahovej väzby sú bezpečná vzťahová väzba a neisté formy vzťahovej väzby, medzi ktoré patrí úzkostná/ambivalentná, vyhýbavá a dezorganizovaná vzťahová väzba (Bowlby, 1988). Podľa toho ako sa ľudia správajú voči druhým, môžeme hovoriť o vzťahových štýloch. Tie závisia od miery vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti a od toho, či majú daní ľudia vytvorený pozitívny alebo negatívny model o druhých a o sebe (Bartolomew & Horowitz, 1990). U väčšiny ľudí pretrváva vzťahový štýl vytvorený v detstve až do dospelosti. Zmena môže nastať napríklad vplyvom nových skúseností vo vzťahoch (Vinney, 2024). V našej reprezentatívnej vzorke slovenskej populácie sme zistili významné rozdiely vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti podľa veku (kapitola 2). Vzťahová vyhýbavosť sa zvyšovala s vekom. U ľudí nad 65 rokov prevládala nižšia vzťahová úzkostnosť a vyššia vyhýbavosť na rozdiel od ľudí v kategóriách od 18 do 34 rokov a od 25 do 34 rokov. V kategórii nad 65 rokov bolo významne viac ovdovelých respondentov alebo ľudí žijúcich osamelo z iných dôvodov oproti mladším respondentom. Stratu partnera považujeme za traumatickú skúsenosť, ktorá môže do značnej miery ovplyvňovať daný výsledok (Brady et al., 2010). Takáto strata aktivuje väzbový systém a pri obzvlášť náročnom smútení môže byť pre smútiaceho ťažké opäť nájsť vyrovnanie a pokoj. S postupom času sa však jednotlivci zmieria so stratou tým, že udržiavajú so zosnulou osobou symbolický vzťah a začínajú fungovať v novej realite (Bowlby, 1980). Následkom však môže byť, že si od druhých držia väčší odstup, sú v nadväzovaní nových kontaktov vyhýbaví, aby sa tak vyhli ďalšiemu zraneniu. V našom výskume sme zaznamenali najnižšie skóre úzkostnosti a najvyššie skóre vyhýbavosti v skupine ovdovelých respondentov (kapitola 2). Pocit osamelosti stredne silno koreloval so vzťahovou úzkostnosťou aj vyhýbavosťou. Tento pocit môžu prežívať aj ľudia žijúci vo vzťahoch, pokiaľ je ich vzťahová úzkostnosť a vyhýbavosť vyššia. Naše zistenia podporuje aj štúdia porovnávajúca zamestnancov s bezpečnou vzťahovou väzbou a tých, u ktorých bola prítomná vyššia vzťahová úzkostnosť a vyhýbavosť. Zamestnanci s bezpečnou vzťahovou väzbou boli v nadväzovaní kvalitných vzťahov na pracovisku úspešnejší ako ich kolegovia s úzkostným

a vyhýbavým štýlom (Maslyn et al., 2017). Ľudia, ktorí majú bezpečnú vzťahovú väzbu sa subjektívne cítia menej osamelo ako tí s neistou vzťahovou väzbou (Collins et al., 2002). Zvýšená úzkostnosť a vyhýbavosť môže vo vzťahoch spôsobovať rôzne ťažkosti. Je prítomná napríklad aj u rozvedených ľudí (Nofle & Shaver, 2006) alebo u tých, ktorí sa častejšie ocitnú v pozícii šikanovaného alebo agresora (Murphy et al., 2017). V našej práci sme sa bližšie nezaoberali prepojeniami medzi vzťahovou väzbou a skúsenosťami so šikanovaním, aj keď respondenti s vyššou vzťahovou vyhýbavosťou boli zároveň skupinou respondentov, ktorí v detstve a dospievaní zažívali najviac zážitkov šikanovania.

Šikanovanie na Slovensku

Výskyt šikanovania sa na slovenských školách stále zvyšuje. Medzi najčastejšie formy patrí výsmech, urážky, vylúčenie z kolektívu či fyzické útoky (Janková, 2023). V našom výskume sa v reprezentatívnej vzorke slovenskej populácie na prvých troch miestach najčastejšie objavovali rovnaké kategórie (kapitola 3). Výsmech kvôli vzhľadu a postave bol najčastejší aj v aktuánej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) štúdii z rokov 2021/2022 (Kostičová et al., 2023). V našich výsledkoch malo celkovo so šikanovaním v období detstva a dospievania skúsenosť 13,5 % respondentov (kapitola 3). Podobné výsledky zaznamenávajú aj na školách v iných krajinách (Fisher et al., 2020; Inchley et al., 2017; Madarasová et al., 2015). Najmenej zážitkov šikanovania udávali respondenti žijúci v manželstve. Toto zistenie podporuje fakt, že šikanovaní respondenti môžu mať tendenciu menej dôverovať ľuďom a je pre nich preto ťažšie vstúpiť do manželského zväzku. Výsledky výskumov však ukazujú, že tieto tvrdenia sú nejednoznačné. Niektoré štúdie hovoria, že súvislosti medzi šíkanovaním a spokojnosťou vo vzťahoch nie sú potvrdené (Jantzer et al., 2006). Iné tvrdia, že pre ľudí, ktorí zažili šikanovanie je fungovanie vo vzťahoch náročnejšie (Kretchmer et al., 2018).

Medzi mužmi a ženami neboli v našej výskumnej vzorke zaznamenané významné rozdiely vo frekvencii alebo forme akou boli šikanovaní. Niektoré zahraničné výskumy hovoria práve naopak o významných rozdieloch v zapájaní sa do šikanovania medzi pohlaviami (Smith et al., 2019; lossi Silva et al., 2013). Výsledky sa v tomto smere líšia podľa toho o aký druh štúdie ide. Či je to retrospektívny výskum, aká výskumná vzorka je použitá, či je niečim špecifická alebo ide o reprezentatívnu vzorku populácie. Napríklad podľa štúdie z roku 2019 (Dembo et al.), kde boli respondentmi mladí ľudia zapojení do trestnej činnosti, boli

šikanovaniu častejšie vystavované dievčatá ako chlapci a tieto hodnoty boli vyššie ako tie, ktoré sú udávané napríklad vo vzorke respondentov zo školského prostredia.

Šikanovanie v súvislosti s traumatizáciou, rezilienciou a výskytom psychopatológie

Šikanovanie patrí spolu s inými traumatickými skúsenosťami medzi nepriaznivé zážitky z detstva, ktoré sa môžu opakovať aj v dospelosti napríklad v podobe šikanovania na pracovisku (mobbing, bossing). Tak ako iná traumatizácia aj šikanovanie má významný vplyv na neskoršiu kvalitu duševného aj fyzického zdravia. Ľudia, ktorí boli šikanovaní, častejšie trpia napríklad depresiou (Ye et al., 2023), úzkosťou (Pontillo et al., 2019) a dvakrát častejšie páchajú samovraždy ako ich nešikanovaní rovesníci (Meltzer et al., 2011). V našom výskume sa potvrdilo vyššie skóre vo všetkých typoch psychopatológie v súvislosti s emočným týraním, sexuálnym zneužívaním a fyzickým zanedbávaním v detstve (kapitola 3). Významným ochranným faktorom, ktorý redukoval výskyt všetkých typov psychopatológie bola reziliencia respondentov. Reziliencia predstavuje psychologickú silu, ktorá ľuďom pomáha zvládať náročné životné situácie a stres. Faktory, ktoré umocňujú odolnosť jednotlivca sú napríklad vzdelanie, zvládacie stratégie, optimizmus, vzťahy, práca s emóciami alebo podpora rodiny (Domhardt et al., 2015; Iwaniec et al., 2006). V niektorých typoch psychopatológie však bola reziliencia moderovaná práve prítomnosťou šikanovania. Respondenti zažívajúci šikanovanie dosahovali pri rovnakej reziliencii vyššie skóre v subškálach psychoaptológie, ako somatizácia, obsesie a kompulzie, depresia, psychoticizmus a inetrpersonálna citlivosť (kapitola 3). Keďže šikanovanie patrí k traumatickým zážitkom, môžeme tento výsledok podložiť konceptom kumulatívnej traumy. Respondenti, kotrí zažili viac traumatických skúseností, vykazujú neskôr širšie spektrum symptómov (Hodges et al., 2013). Pri zvládaní nepriaznivých zážitkov z detstva zohráva dôležitú úlohu rodina. Pokiaľ dieťa nezažíva v rodinných vzťahoch podporu, pocit bezpečia a dôvery a toto sa ďalej prenáša aj do vzťahov medzi rovesníkmi či na pracovisku, môže to vyústiť do pocitov osamelosti a psychopatológie (Ringdal et al., 2020).

Prevencia šikanovania na školách

Analýza predchádzajúcich štúdií zaoberajúcich sa preventívnymi programami proti šikanovaniu a hľadaním toho čo je v nich efektívne ukazuje, že táto téma je stále živá a napriek

niekoľkoročnému výskumu v danej oblasti, neexistuje univerzálny prístup, ktorý by sa dal aplikovať všade. Pri realizovaní prevencie je dôležité zohľadňovať kultúrne rozdiely, mentalitu danej krajiny/oblasti, sociálne faktory, ekonomické možnosti a mnohé iné (kapitola 4). Zloženie preventívnych programov, dodržiavanie protokolu, inciatíva, precíznosť a dôvera realizátorov v daný program, osobnosť učiteľa, vek žiakov, to všetko sú komponenty, ktoré sa podieľajú na tom, či bude aplikácia daného preventívneho programu účinná (Ttofi & Farrington, 2009). Množstvo daných komponentov nezohráva rolu, podstatné je, či sú použité kľúčové zložky a či sa dodržiava protokol programu tak, ako bol navrhnutý. Medzi najúčinnejšie komponenty patrí napríklad zapájanie rovesníkov a odovzdávanie informácií rodičom (Gaffney et al., 2021). V analyzovaných štúdiách sa najčastejšie vyskytoval fínsky program Kiva (Salmivali, 2010). Ten zohľadňuje aj rolu svedkov šikanovania a snaží sa ich pri intervenovaní aktívne zapájať. Okrem dlhodobých preventívnych programov sa v analýze venujeme aj kratším programom či online hrám na danú tému, ktoré môžu byť rovnako efektívne a časovo aj logisticky sú menej náročné (kapitola 4). Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že prevencia zameraná proti šikanovaniu v podobe programov zostavených tímom odborníkov je zmysluplná a darí sa jej znižovať výsyt šikanovania, edukovať mládež v tejto tematike a znižovať tak viktimizáciu (Kennedy, 2020). V niektorých prípadoch sa týmto programom darí znižovať aj výskyt internalizovaných ťažkostí, ako sú úzkosť či depresia (Guzman-Holst et al., 2022).

Úloha psychológa v starostlivosti o šikanovaného klienta

V dvoch prípadových štúdiách zameraných na prácu s klientkami, ktoré sa stretli so šikanovaním, podrobne popisujeme cestu spolupráce s poradenským psychológom a multidisciplinárny prístup. Spolupráca s poradenským psychológom býva pre klientov dostupnejšia, keďže služby Centra Poradenstva a Prevencie (CPP) sú poskytované bezplatne. Čakacie lehoty sa však čoraz väčšmi predlžujú.

Pri práci s neplnoletným klientom je dôležité, aby boli zahrnutí do spolupráce aj rodičia alebo zákonní zástupcovia dieťaťa. Niekedy je potrebný len informovaný súhlas dospelého, omnoho častejšie je však žiadúce zapojiť ich aj do terapeutického procesu. Súčasťou anamnézy často býva neistá vzťahová väzba s rodičom, ktorá ďalej ovplyvňuje fungovanie klienta v rovesníckych vzťahoch. Prácu na vzťahu dieťa-rodič, aby dieťa mohlo s rodičom otvorene komunikovať, cítilo sa prijaté a s dôverou sa na dospelého mohlo obrátiť, majú psychológovia

na pamäti. Nie vždy je to však z rôznych dôvodov možné docieliť. Napríklad niekedy môže byť najprv potrebná individuálna terapia pre rodiča, aby mohol spracovať vlastné traumatické zážitky a neprenášať ich ďalej do vzťahu s dieťaťom. Ďalším dôležitým faktorom je spolupráca so školou, kde dieťa trávi pomerne veľa času. Poradenský psychológ môže komunikáciou so školským psychológom a odborným tímom zistiť veľa užitočných informácií a spoločne sa môžu dohodnúť ako budú v danom prípade intervenovať a postupovať. Dôležité je, aby táto spolupráca neostala len pri jednom stretnutí, ale aby sa diala podľa potreby a aktuálnej situácie klienta.

V prvej prípadovej štúdii sme sa zamerali na popísanie fenoménu začarovaného/bludneho kruhu (Sandoval et al., 2014) na prípade klientky, ktorá bola šikanovaná vo viacerých kolektívoch. Neskôr jej boli stanovené viaceré psychiatrické diagnózy a nakoniec bola odoslaná k špecialistovi na poruchy autistického spektra so záverom Aspergerov syndróm. V tejto kazuistike poukazujeme na to, aká dôležitá je správna diferenciálna diagnostika pre ďalšie nasmerovanie klienta a zvolenie vhodného prístupu. Zároveň je však pri diagnostike neskôr vo vyššom veku ťažké určiť čo predchádzalo čomu. V druhej prípadovej štúdii sa venujeme klientke, ktorá bola taktiež šikanovaná. V tomto prípade tu zohrávala rolu jej sexuálna orientácia, pre ktorú bola klientka odmietaná a nepríjmaná nielen v školskom kolektíve. Postupne sa u nej rozvinula sociálna fóbia, prejavy úzkosti, odmietala chodiť do školy. Úlohou psychológa je v takýchto prípadoch stabilizovať klienta, poskytnúť mu nástroje na zvládanie záťaže, naučiť ho relaxovať a spoločne s klientom hľadať zdroje, na ktorých by mohol do budúcna stavať. Ďalej je potrebné nastaviť plán vzdelávania, upraviť podmienky v škole a komunikovať so školským podporným tímom, aby bol dieťaťu nápomocný na pôde školy. V terapeutickom vzťahu psychológ – klient, môže klient zažiť korektívnu skúsenosť, ktorá má pozitívny vplyv na vývoj jeho ďalších vzťahov.

7.3 Prínosy a limity práce

Prednosťou predkladanej práce je využitie dát z reprezentatívneho zberu v slovenskej populácii. Nevýhodu práce vidíme vo využití dotazníkov, ktoré mohli byť pre respondentov náročné na pochopenie (ECR-R), lebo obsahovali veľké množstvo reverzných otázok. Dotazníky boli súčasťou komplexnej testovej batérie, ktorú trvalo vyplniť viac ako hodinu. Pre niektorých respondentov to mohlo byť únavné a zhoršiť tak ich koncentráciu. Keďže zber dát prebiehal štandardizovaným rozhovorom, mohli mať respondenti tendenciu dávať sociálne

žiadúce odpovede. Ďalším obmedzením bolo, že údaje o traume a šikanovaní boli uvádzané retrospektívne, čo mohlo skresliť odpovede z dôvodu vynechania informácií a neochoty uviesť minulé nepriaznivé zážitky. Respondenti väčšinou zažívajú viac nepriaznivých zážitkov, ako sú ochotní uviesť (Hardt & Rutter, 2004). Silnou stránkou je prepojenie teoretických informácií s praxou, predovšetkým využitie prípadových štúdií. Prevencia šikanovania a práca so šikanovaným klientom nie je na Slovensku novinkou, avšak metodiku a materiály, ktoré máme k dispozícii sú rôzne a mladým začínajúcim psychológom môže chýbať jednoznačná línia. Pre tento účel boli vytvorené vo Výskumnom ústave detskej psychológie a patopsychológie (VÚDPaP) pracovné štandardy a usmernenia (Lengyel, 2022). Limitom bolo aj spoliehanie sa na očakávanú validitu dotazníkov ACE- IQ a BSI-53, ktoré ešte neboli validizované v slovenskom prostredí a aktuálne sú v procese validizácie. Pre tento výskum sme využili stručnú škálu reziliencie (BRS), ktorá sa zameriava na schopnosť zotaviť sa či „odraziť sa“ zo stresujúcich udalostí a nezisťuje osobnostné charakteristiky stojace za rezilienciou.

Za silnú stránku považujeme pomerne rozsiahlu anlýzu vedeckých štúdií zaoberajúcich sa efektivitou preventívnych programov proti šikanovaniu.

7.4 Praktické a výskumné implikácie

Implikácia pre prax vychádza z hlavných zistení tejto práce. Naše výsledky môžu byť odrazovým mostíkom pre ďalší kvantitatívny či kvalitatívny výskum v oblasti šikanovania a jeho prevencie. V jednotlivých kapitolách sme sa venovali vzťahovej väzbe, šikanovaniu v súvislosti s duševným a fyzickým zdravím, efektivite preventívnych programov používaných v zahraničí ako aj ilustrácii jednotlivých fenoménov v konkrétnych prípadových štúdiách. Vzhľadom na výsledky v oblasti vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti by sme odporúčali rozšíriť výskum aj o súvislosti medzi týmito fenoménmi a šikanovaním. Prínosom by ďalej mohol byť nadväzujúci výskum v oblasti efektivity prevencie šikanovania na Slovensku, ktorý by zahŕňal zostavenie a testovanie nového preventívneho programu. Takýto výskum by bol užitočný nielen pre oblasť školstva, ale aj pre odborných zamestnancov z oblasti duševného zdravia, ktorí sa venujú danej problematike. Iný smer výskumu by sa mohol podrobnejšie pozrieť na súvislosti medzi šikanovaním a jednotlivými typmi vzťahovej väzby slovenskej populácie, čo sa nám v dizertačnej práci do hĺbky nepodarilo. Zaujímavé by bolo preskúmať dané témy aj kvalitatívne.

7.5 Záver

V dizertačnej práci sa venujeme téme šikanovanie v súvislosti so vzťahovou väzbou ako aj jeho prevencii či vplyvu na duševné zdravie. Neisté štýly vzťahovej väzby, výskyt traumatizácie a šikanovania navzájom súvisia a sú asociované so zvýšeným výskytom psychopatológie u daných respondentov. Cieľom práce je poukázať na stav tejto problematiky v slovenskej populácii a ponúknuť prehľad možností prevencie šikanovania na školách, ktoré sú úspešne využívané v zahraničí. Venujeme sa podrobnejšie tomu, čo je v prevencii šikanovania efektívne a čo menej. Popísané fenomény ďalej ilustrujeme na dvoch prípadových štúdiách.

Práca sa najprv zameriava na teoretické uchopenie jednotlivých fenoménov (šikanovanie, vzťahová väzba, mentálne a fyzické zdravie vo vzťahu k šikanovaniu a traumatizácii) popisovaných v dizertačnej práci a definovanie cieľa práce. Ďalšiu časť tvorí validačná štúdia dotazníka zameraného na určenie vzťahovej väzby v dospelosti. Cieľom bolo vytvoriť skrátenú slovenskú verziu dotazníka ECR-R (The Experiences in Close Relationships Revised), ako aj preskúmať sociodemografické rozdiely v úzkostnosti a vyhýbavosti medzi respondentmi na Slovensku. Vzhľadom na výsledky analýz bola vytvorená 14-položková verzia dotazníka, ktorá mala oproti 16-položkovej a plnej verzii dotazníka lepšie psychometrické vlastnosti. Súčasťou štúdie je aj otázka na subjektívne vnímanú osamelosť v poslednom roku života. Pocity osamelosti súvisia so vzťahovou úzkostnosťou a vyhýbavosťou a môžu ho prežívať aj ľudia žijúci vo vzťahoch. Môže to súvisieť s ich vyššou vzťahovou vyhýbavosťou alebo úzkostnosťou, na ktorú majú vplyv aj traumatické skúsenosti, akými môže byť aj šikanovanie.

Ďalej v práci popisujeme nepriaznivé skúsenosti z detstva a ich vplyv na kvalitu fyzického aj duševného zdravia slovenskej populácie. Až 13,5 % respondentov zažilo v minulosti šikanovanie. Najčastejšou formou šikanovania bolo zosmiešňovanie výzoru respondentov alebo vynechávanie z aktivít či ingnorovanie. Výsledky analýz potvrdili, že nepriaznivé skúsenosti v detstve zhoršujú kvalitu zdravia v dospelosti. Ochranný účinok reziliencie je pri viacerých typoch psychopatológie (napríklad somatizácia, interpersonálna citlivosť, depresia či psychoticizmus) slabší, ak bolo súčasťou nepriaznivých skúseností v detstve aj šikanovanie. Šikanovanie má okrem iného nepriaznivý vplyv na vnímanie vlastného tela, sebahodnoty ako aj kvalitu duševného a fyzického zdravia.

Napriek tomu, že je výskyt šikanovania na školách stále pomerne vysoký, hľadanie a aplikovanie toho, čo v prevencii funguje, je stále na začiatku. V práci sa ďalej venujeme prehľadu efektivity preventívnych programov, ktoré boli skúmané za posledných 10 rokov. Jednotlivé zložky preventívnych programov výrazne ovplyvňujú ich účinnosť. Rozdiely vo výsledkoch jednotlivých štúdií ukazujú, že stanovenie toho čo by fungovalo pre všetkých rovnako, je skôr nereálne. Niektoré komponenty sú však spojené s výrazným zlepšením šikanovania aj viktimizácie. Preventívne programy majú vplyv aj na zlepšenie príznakov depresie a úzkosti. Úspešnosť jednotlivých programov závisí aj od toho, kde boli vytvorené a aplikované. Významnú rolu zohráva aj samotná osobnosť učiteľov, ktorí prevenciu realizujú, ako aj podpora riaditeľa školy, zdieľanie informácií pre rodičov či zapájanie komunity.

V práci popisujeme aj fenomén „začarovaného kruhu“, ktorý ilustrujeme na prvej prípadovej štúdii. Duševné ochorenie môže byť dôvodom, pre ktorý sa jednotlivec stane terčom šikanovania, čo ovplyvňuje rozvoj ďalšej psychopatológie, napríklad v podobe depresívnej poruchy so sebapoškodzovaním, ako tomu je v našej kazuistike. Klientka s Aspergerovým syndrómom zažíva šikanovanie, nevyzná sa vo vzťahoch, chýbajú jej sociálne kompetencie a zručnosti, čo vedie k jej vylučovaniu z kolektívu a vysmievaniu sa z jej vzhľadu a inakosti zo strany spolužiakov. Klientka sa cíti osamelo, nevie zapadnúť a postupne na jej primárnu diagnózu nasadá ďalšia psychiatrická symptomatika. Prípadová štúdia popisuje multidisciplinárny prístup poradenskej psychologičky, pedopsychiatričky, traumaterapeutky, zamestnancov školy ako aj rodičov klientky. Kľúčová bola správna diagnostika a aplikovanie odporúčaní do výchovno-vzdelávacieho procesu, ako aj prestup na strednú školu. V novej škole sa však po čase opäť začali objavovať známe ťažkosti. Starostlivosť o takéhoto klienta si vyžaduje kontinuálne vedenie a neustálu komunikáciu odborníkov so školským zariadením.

V druhej prípadovej štúdii popisujeme akú rolu zohráva šikanovanie u klientky, ktorá sa identifikuje ako lesba. Príslušnosť k spoločenskej menšine býva často príčinou šikanovania. LGBTI+ ľudia sa stávajú terčom šikanovania omnoho častejšie ako ich heterosexuálni rovesníci a je tak u nich prítomné vyššie riziko výskytu duševných problémov. V dlhodobom terapeutickom vedení bolo dôležité klientku stabilizovať a naučiť ju zvládať somatické prejavy jej ťažkostí (ako napríklad búšenie srdca, tras, ťažkosti s dýchaním a iné). Klientka si osvojila autogénny tréning, bola pod dlhodobým vedením psychologičky s adlerovským prístupom a v škole boli realizované podporné opatrenia vychádzajúce z diagnostickej správy. Dôležité boli aj poradenské stretnutia s matkou klientky.

V závere práce konštatujeme, že fenomén šikanovania radíme medzi nepriaznivé zážitky z detstva. Úzko súvisí so vzťahovou väzbou a má vplyv na kvalitu duševného aj fyzického zdravia respondentov. Venujeme mu pozornosť na školách v podobe preventívnych aktivít, jeho výskyt je však stále pomerne veľký. Zdá sa, že hľadanie nejakej jednej zázračnej metódy nie je tou správnou cestou. Omnoho účinnejšie sa javí zameranie prevencie na konkrétnu krajinu, jej kultúrne zvyklosti, mentalitu obyvateľov ako aj správny výber realizátorov prevencie. Kľúčové je začať čím skôr. Významnú rolu môže zohrávať aj podpora matiek, ktoré sa nachádzajú v ťažkej životnej situácii. Zamerať sa môžeme na podporu rodín, kde deti vychováva len jeden rodič, deti s nedostatočne stimulujúceho prostredia, deti z rodín so závislosťou či intenzívnou prevenciou v materských školách. Ďalšie štúdie by sa tak mohli venovať tvorbe a overovaniu efektivity preventívneho programu nežiadúceho správania na slovenských školách, ktorý by bol vytvorený na mieru a dal by sa využívať podľa potrieb a preferencií danej školy. Za úvahu by stálo aj vypracovanie celkovej stratégie k riešeniu šikanovania či systematické vzdelávanie odborných a pedagogických zamestnancov.

Zhrnutie

V dizertačnej práci sa venujeme téme šikanovanie v súvislosti so vzťahovou väzbou ako aj jeho prevencii či vplyvu na duševné zdravie. Prvým dôležitým výsledkom našej práce je validovanie dotazníka ECR-R (The Experiences in Close Relationships Revised) a teda získanie nového nástroja na meranie vzťahových štýlov v dospelosti pre slovenské podmienky. Ďalej sme sa zaoberali témou šikanovanie. Napriek tomu, že sa o šikanovaní čoraz častejšie hovorí, je stále hojne sa vyskytujúcim fenoménom nielen v školskom prostredí. Šikanovanie ako jeden z nepriaznivých zážitkov v detstve negatívne ovplyvňuje fyzické aj duševné zdravie jednotlivca. V tejto práci sme poukázali na výskyt šikanovania naprieč populáciou Slovenskej republiky. Zmapovali sme aj najčastejšie sa vyskytujúce formy šikanovania a popísali sme vplyv šikanovania na neskorší výskyt psychopatológie. Šikanovanie ovplyvňovalo vyšší výskyt psychopatológie v dospelosti aj u respondentov s rovnakou rezilienciou.

V prehľadovom článku ponúkame rozbor jednotlivých oblastí, ktoré vplývajú na efektivitu preventívnych programov používaných v zahraničí. Tieto závery môžu slúžiť ako inšpirácia pri tvorbe preventívneho programu proti šikanovaniu, ktorý by bol šitý na mieru slovenským žiakom a študentom. V prípadových štúdiách ilustrujeme na praktických príkladoch vyššie spomínané a analyzované fenomény ako začarovaný kruh, šikanovanie,

psychopatológia. Zároveň však ponúkame možnosti intervencie, diagnostiky a multidisciplinárnej spolupráce.

Výsledky nášho skúmania naznačujú, že šikanovanie má významný dopad na kvalitu zdravia. Prístup k prevencii šikanovania tak netreba bagatelizovať. Implikácia pre prax naznačuje, že skúmanie toho čo v prevencii šikanovania funguje je stále na začiatku. Vytvoriť jednotný prístup, ktorý by fungoval naprieč rôznymi kultúrami sa javí skôr ako nezmyselné. Pri tvorbe preventívneho programu je dôležité zachovať a využiť určité princípy, ktoré sa osvedčili. Dôležité je však obsahovo prispôsobiť daný program mentalite a kultúre krajiny, v ktorej bude aplikovaný.

Abstract

In this dissertation, we focus on the topic of bullying in the context of attachment, as well as its prevention and impact on mental health. The first important result of our work is the validation of the ECR-R questionnaire (The Experiences in Close Relationships Revised) providing a new tool for measuring adult attachment styles in the Slovak context. Furthermore, we explored the topic of bullying. Despite increased awareness, bullying remains a prevalent phenomenon, not only in school environments. As one of the adverse experiences in childhood, bullying negatively affects both the physical and mental health of the individual. In this work, we have highlighted the prevalence of bullying across the population of the Slovak Republic. We have also mapped the most commonly occurring forms of bullying and described the impact of bullying on the later onset of psychopathology. Bullying was also found to influence the higher incidence of psychopathology in adulthood, even among respondents with the same level of resilience.

In the review article, we offer an analysis of the different areas that influence the effectiveness of prevention programs used abroad. These conclusions can serve as inspiration for creating an anti-bullying prevention program tailored to Slovak pupils and students. In the case studies we illustrate with practical examples the above mentioned and analysed phenomena such as vicious circle, bullying, psychopathology. At the same time, we offer possibilities for intervention, diagnosis and multidisciplinary cooperation.

The results of our research suggest that bullying has a significant impact on health quality. Thus, the approach to bullying prevention should not be trivialized. The implication for practice indicates that the exploration of what works in bullying prevention is still in its early

stages. Creating a unified approach that would work across different cultures seems rather unrealistic. When designing a prevention program, it is important to maintain and use certain principles that have proven to work. However, it is important to adapt the content of the program to the mentality and culture of the country in which it will be applied.

Referencie

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226–244. https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. Basic Books.

Bowlby, J. (1988). A secure base Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. In *Great Britain by Routledge 11 New Fetter Lane, London EC4P 4EE*.

Brady, K. L., Acierno, R. E., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (2004). Ptsd symptoms in widowed women with lifetime trauma experiences. *Journal of Loss & Trauma*, *9*(1), 35–43. https://doi.org/10.1080/15325020490255296

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, *16*(4), 476–493. https://doi.org/10.1177/1524838014557288

Fischer, S. M., John, N., Melzer, W., Kaman, A., Winter, K., & Bilz, L. (2020). *Traditional bullying and cyberbullying among children and adolescents in Germany – Cross-sectional results of the 2017/18 HBSC study and trends*. https://doi.org/10.25646/6902

Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2021). What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *Journal of School Psychology*, *85*, 37–56. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.12.002

Guzman-Holst, C., Zaneva, M., Chessell, C., Creswell, C., & Bowes, L. (2022). Research Review: Do antibullying interventions reduce internalizing symptoms? A systematic review, meta-analysis, and meta-regression exploring intervention components, moderators, and mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *63*(12), 1454–1465. https://doi.org/10.1111/jcpp.13620

Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *45*(2), 260–273. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x

Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect, 37*(11), 891–898. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.04.001

Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A. (2017). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data*.

Iossi Silva, M., Pereira, B., Mendonça, D., Nunes, B., & Oliveira, W. (2013). The involvement of girls and boys with bullying: An analysis of gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 10*(12), 6820–6831. https://doi.org/10.3390/ijerph10126820

Iwaniec, D., Larkin, E., & Higgins, S. (2006). Research Review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work, 11*(1), 73–82. https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x

Janková, M. (2023). *Šikanovanie a kyberšikanovanie v základných a stredných školách*. Cvtisr.Sk.https://www.cvtisr.sk/buxus/docs//prevencia/Vyskumy__prieskumy_a_analyzy/Sikanovanie_a_kybersikanovanie_v_ZS_a_SS__2023_.pdf

Jantzer, A. M., Hoover, J. H., & Narloch, R. (2006). The relationship between School-Aged bullying and trust, shyness and quality of friendships in Young Adulthood: a preliminary Research note. *Sch Psychol Int*, *27*(2), 146–156.

Kennedy, R. S. (2020). A meta-analysis of the outcomes of bullying prevention programs on subtypes of traditional bullying victimization: Verbal, relational, and physical. *Aggression and Violent Behavior, 55*(101485), 101485. https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101485

Kostičová M., Bakalár P., Kopčáková J., Sokolová L., Husárová D., Dankulincová Z. (2023). *Sociálne determinanty zdravia školákov*. Hbscslovakia.com. https://hbscslovakia.com/wp-content/uploads/2023/09/hbsc_prezentacia_final.pdf

Kretschmer, T., Veenstra, R., Branje, S., Reijneveld, S. A., Meeus, W. H. J., Deković, M., Koot, H. M., Vollebergh, W. A. M., & Oldehinkel, A. J. (2018). How competent are adolescent bullying perpetrators and victims in mastering normative developmental tasks in early adulthood? *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(1), 41–56. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0316-3

Lengyel, P. (2022). *Prevencia a riešenie šikanovania*. Vudpap.Sk. https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2022/11/Prevencia-a-riesenie-sikanovania.pdf

Madarasová Gecková A., Baška T., Bašková M., Bobáková D., Bosáková L., Brindová D., Dankulincová Z., Holubčíková J., Kolarčik P., Kopčáková J., Sarková M., Salonna F. (2015). *Národná správa o zdraví*. Hbscslovakia.com. https://hbscslovakia.com/wp-content/uploads/2018/01/hbsc-narodna-sprava-2013_2014_final.pdf

Maslyn, J. M., Schyns, B., & Farmer, S. M. (2017). Attachment style and leader-member exchange: The role of effort to build high quality relationships. *Leadership & Organization Development Journal, 38*(3), 450–462. https://doi.org/10.1108/lodj-01-2016-0023

Meltzer, H., Vostanis, P., Ford, T., Bebbington, P., & Dennis, M. S. (2011). Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *26*(8), 498–503. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.11.006

Murphy, T. P., Laible, D., & Augustine, M. (2017). The influences of parent and peer attachment on bullying. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(5), 1388–1397. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0663-2

Noftle, E. E., & Shaver, P. R. (2006). Attachment dimensions and the big five personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality, 40*(2), 179–208. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.11.003

Pontillo, M., Tata, M. C., Averna, R., Demaria, F., Gargiullo, P., Guerrera, S., Pucciarini, M. L., Santonastaso, O., & Vicari, S. (2019). Peer victimization and onset of Social Anxiety Disorder in children and adolescents. *Brain Sciences*, *9*(6), 132. https://doi.org/10.3390/brainsci9060132

Ringdal, R., Bjornsen, H. N., Espnes, G. A., & Eilertsen, M. (2020). Moksnes UK. Bullying, social support and adolescents' mental health: results from a follow-up study. *Scand J Public Health, 49*, 309–316.

Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(2), 112–120. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007

Sandoval A., Praško J., Ocisková M., Kamarádová D., Jelenová D., Látalová K. (2014). Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie, 100*(6), 317–325.

Smith, P. K., López-Castro, L., Robinson, S., & Görzig, A. (2019). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, *45*, 33–40. https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.006

Ttofi, M., & Farrington, D. (2009). What works in preventing bullying: effective elements of anti-bullying programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *1*(1), 13–24. https://doi.org/10.1108/17596599200900003

Vinney, C. (2024, July 24). *Can your attachment style change?* Verywell Mind. https://www.verywellmind.com/can-your-attachment-style-change-8681272

Ye, Z., Wu, D., He, X., Ma, Q., Peng, J., Mao, G., Feng, L., & Tong, Y. (2023). Meta-analysis of the relationship between bullying and depressive symptoms in children and adolescents. *BMC Psychiatry*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-023-04681-4