

Pôvodná práca

Súvisí šikana v detstve s výskytom psychopatológie v dospelosti?

Martina Petříková^{1,2*}, Júlia Švecová^{1,2*}, Natália Kaščáková^{1,2}, Jozef Hašto^{1,2,3,4}

Is bullying in childhood related to the occurrence of adult psychopathology?

Súhrn

Šikana na Slovensku je často skloňovaný pojem a podľa viacerých štúdií jej dôsledky negatívne ovplyvňujú zdravie v dospelosti. V našej štúdií sme od dospelých zistovali retrospektívne udávaný výskyt zážitkov šikany v detstve a dospievaní. Cieľom bolo: posúdiť rozdiely šikanovania v rôznych sociodemografických skupinách obyvateľstva, posúdiť asociácie medzi výskytom zážitkov šikanovania a výskytom symptómov psychopatológie v dospelosti a zistiť asociácie medzi šikanovaním a výskytom iných nepriaznivých zážitkov z detstva a dospievania v rodinnom prostredí.

Metódy: Na reprezentatívnej vzorke obyvateľov Slovenska (N = 1018, priemerný vek 46,24 rokov, 48,7 % mužov) sme skúmali zážitky šikanovania a nepriaznivé zážitky z rodinného prostredia (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) a výskyt symptómov psychopatológie (Brief Symptom Inventory (BSI-53)).

Výsledky: 13,5 % respondentov zažilo šikanovanie. Najviac zážitkov šikany v detstve a dospievaní zažívali respondenti vo veku 55 – 64 rokov (16,5 %), ľudia žijúci s partnerom/kou bez manželského zväzku (21,7 %) a respondenti s ukončeným základným vzdelaním (19,7 %). Najčastejším spôsobom šikanovania bol posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre (46,7 %) a zámerné vynechávanie zo spoločných aktivít (36,5 %). Šikanovaní respondenti mali vyššie priemerné skóre vo všetkých subškálach dotazníka psychopatológie. Najvyššie priemerné hodnoty dosiahli v subškálach paranoidné myslenie, interpersonálna senzitivita, obsesie a kompulzie, úzkosť a depresia. Výskyt šikanovania stredne silno koreloval s celkovým skóre nepriaznivých zážitkov z detstva v rodine. Takže respondenti, ktorí boli šikanovaní, mali významne vyššie celkové skóre nepriaznivých zážitkov z detstva a dospievania v rodine.

Záver: Vzhľadom na zistenia významných súvislostí medzi zažívaním šikany v školskom veku a neskoršou psychopatológiou v dospelosti je veľmi dôležité venovať pozornosť riešeniu problematiky šikany a jej prevencii. Poukazujeme na súvislosť s inými formami zážitkov nepriaznivého zaobchádzania v detstve a dospievaní v rodine.

Kľúčové slová: šikana, psychopatológia, nepriaznivé zážitky z detstva, reprezentatívna vzorka.

Summary

Bullying is a concept that is regularly discussed in Slovakia, and according to several studies, its consequences affect health in adulthood. In this study, we examined the occurrence of retrospectively reported experiences of bullying in childhood and adolescence. The aim was to assess differences in bullying in different sociodemographic groups of the sample, to assess associations between the occurrence of bullying experiences in school age and the occurrence of psychopathological symptoms in adults and to identify associations between bullying and the occurrence of other adverse childhood and adolescence experiences from family environment.

Methods: The experiences of bullying and other adverse experiences from the family environment (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ) and symptoms of psychopathology (Brief Symptom Inventory, BSI-53) were studied on a representative Slovak sample (N=1018, average age 46.24 years, 48.7% men).

Results: 13.5% of respondents had experienced bullying. Respondents aged 55 – 64 (16.5%), people living with a partner without marriage (21.7%) and respondents with completed primary education (19.7%) reported the most experiences of bullying in childhood and adolescence. The most common form of bullying was ridicule

due to the appearance of the body or face (46.7%) and intentional omission from common activities (35.5%). Bullied respondents had higher average scores on all subscales of the psychopathology questionnaire. Paranoid ideations, interpersonal sensitivity, obsession and compulsion, anxiety and depression reached the highest mean values in the subscales of the BSI-53. The occurrence of bullying was moderately correlated with the overall score of Adverse Childhood Experiences, and respondents who were bullied had a significantly higher overall Adverse Childhood Experiences score.

Conclusion: Considering that these significant associations were found between the experiences of bullying in school age and later psychopathology in adulthood, it is very important to focus on solving the problem of bullying and on its prevention. We also point to associations with other forms of adverse childhood and adolescence experiences in family environment.

Key words: bullying, psychopathology, adverse childhood experiences, representative sample.

1. Úvod

Dieťa má žiť v mieri a v spoločnosti, ktorá je v duchu dôstojnosti, znášanlivosti, slobody, rovnosti a spolupatričnosti. Tak to uvádza Deklarácia práv dieťaťa, ktorá bola prijatá Spojenými národmi v roku 1959 (SNSLP, 2010). Tieto hodnoty sú narušané, ak je žiakovi spôsobovaná *sociálna bolesť* (Panksepp a Biven, 2012) necitlivou kritikou, výsmechom, ponižovaním alebo vylučovaním zo spoločenstva, teda ak sú deti / mladiství vystavení šikanovaniu, ktoré dokonca môže mať aj podobu fyzického týrania. Termín šikanovanie a diskusia o tejto problematike už našťastie nie je tabuizovaná a objavuje sa v rozhovoroch medzi rodičmi, učiteľmi a žiakmi. Rovnako o ňom môžeme počuť v médiách. Často však dochádza k jeho nesprávne použitiu. Rosová (2018) uvádza, že by mali byť splnené určité spoločné znaky: úmysel ublížiť druhému, nepomer síl medzi útočníkom a obeťou, správanie by sa malo opakovať (nie jednorazové bitky a hádky), obeť zažíva psychické ujmy a pocity nespravodlivosti. Keď hovoríme o šikanovaní, nemáme na mysli len fyzické útoky ale aj psychickú manipuláciu, vydieranie, ponižovanie, vylúčenie z kolektívu alebo ničenie vecí, ktoré majú pre obeť emocionálnu alebo inú hodnotu. O šikanovaní môžeme hovoriť ako o traumatickom zážitku v detstve, ktorý môže mať dlhotrvajúce nepriaznivé následky do dospelosti. Ukazuje sa, že skúsenosť so šikanovaním v detstve je negatívne prepojená s kvalitou duševného aj fyzického zdravia (Allison et al., 2009). Významnú úlohu ako protektívny faktor zohráva rodinné zázemie, pocit istoty a dôvery, čo môžeme zahrnúť pod pojem bezpečná vzťahová väzba (Chrysanthou a Vasilakis, 2020).

Považujeme za dôležité otvárať tému šikanovania a edukovať v tejto oblasti laickú aj odbornú verejnosť, keďže už aj to môže mať preventívne účinky. Na mechanizmus, ktorý

súvisí s dopadom šikanovania na život človeka sa dá nazerať ako na „bludný“ kruh. Šikanovanie a psychopatológia sa navzájom ovplyvňujú v rôznych smeroch. Prejavy v správaní u dieťaťa či mladistvého poukazujúce na psychopatológiu môžu byť príčinou (inakosť jedinca v skupine) pre ubližujúce správanie voči takémuto človeku (Kim et al., 2006; Lumeng et al., 2010) a/alebo zároveň šikanovanie môže v budúcnosti viesť k zvýšenému výskytu psychopatológie (Kim et al., 2006; Salmon a West, 2000; Sandoval et al., 2014).

1.1. Šikana v škole a súvislosti so zlým zaobchádzaním v detstve v rodine

Podľa rozsiahlej americkej štúdie s 37 000 školákmi (Forster et al., 2020) sa zistil silný vzťah medzi prítomnosťou týrania, zneužívania alebo zanedbávania v rodinnom prostredí a pravdepodobnosťou, že dieťa/mladistvý bude šikanovaný v školskom prostredí. Zároveň aj páchatelia šikany v zvýšenej miere uvádzajú násilie v rodine, zanedbávanie a problémy s abúzm látok či závislosťou u rodičov (Hsieh et al., 2020).

1.2. Šikana v detstve na školách a jej pokračovanie v dospelosti

Šikanovanie v školskom veku úzko súvisí s prežívaním stresu a výrazne ovplyvňuje fyzické aj duševné zdravie jedinca ako v detstve tak aj v dospelosti. Deti, ktoré zažívajú šikanovanie sú častejšie úzkostné, majú nízke sebavedomie, cítia sa osamelo alebo sa u nich môže rozvinúť depresia (Hawker a Boulton, 2003). V štúdiu na vzorke 14 603 adolescentov, z ktorých 17,7 % malo za posledných 12 mesiacov samovražedné myšlienky, bolo 9,1 % obeťou šikanovania a kyberšikanovania (Baiden a Tadeo, 2020). Výskumníčky Brendgen a Poulin (2018) si kladli otázku, či existujú súvislosti medzi šikanovaním v detstve a šikanovaním v dospelosti na pracovisku. Vysoká miera depresívnych symptómov vo veku 19-20 rokov korelovala s vysokým výskytom šikanovania a viktimizácie v pracovnom prostredí vo veku 22 rokov. Zistenia tejto štúdie potvrdzujú výsledky predchádzajúcich bádání, že ak sú ľudia šikanovaní na strednej škole, s veľkou pravdepodobnosťou boli šikanovaní aj na základnej škole (Brendgen et al., 2016). Tí, ktorí sú šikanovaní v školskom prostredí, často zažívajú šikanovanie aj v pracovnom prostredí od kolegov alebo šéfov (Smith et al., 2003). Veľmi silným ochranným faktorom pred šikanovaním môže byť ro-

¹Institut sociálneho zdravia, Univerzita Palackého, Olomouc, ČR

²Psychiatricko-psychotherapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava

³Katedra sociálnej práce, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce, Bratislava

⁴Psychiatrická klinika Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava

Adresa pre korešpondenciu:

Martina Petříková, Institut sociálneho zdravia, Univerzita Palackého, Olomouc, ČR

E-mail: martina.petrikova@oushi.upol.cz

Julia Švecová, Psychiatricko-psychotherapeutická ambulancia, Pro mente sana, Bratislava

E-mail: julia.svecova@oushi.upol.cz

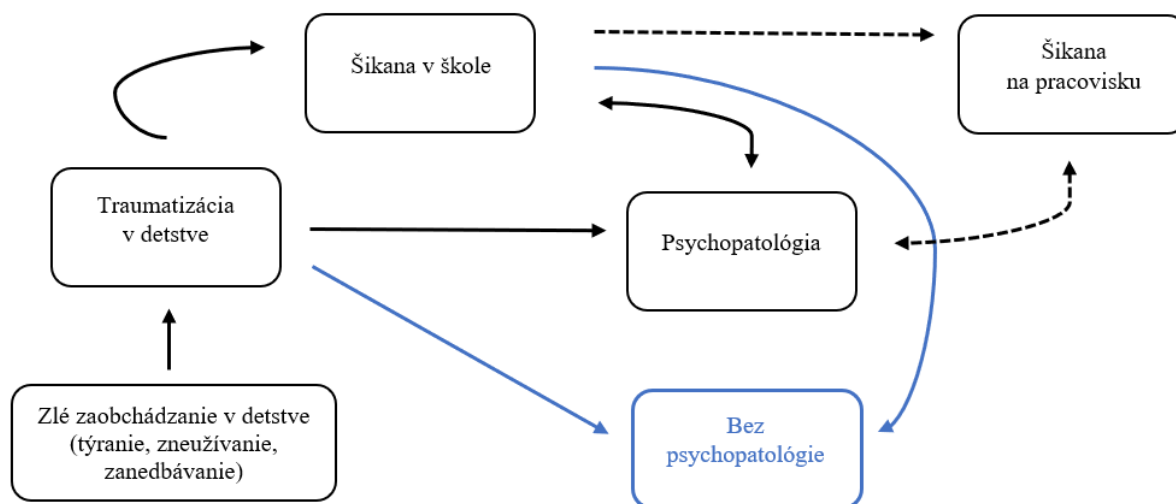
dinné zázemie a podpora, zatiaľ čo ekonomické znevýhodnenie rodiny sa javí ako významný rizikový faktor (Chrysanthou a Vasilakis, 2020). Dôležitú úlohu predstavujú preventívne programy a aktivity poradiť a školských psychológov, ktorí môžu zachytiť šikanovanie v počiatočnom štádiu a rýchlo konať. Rueger a kol. (2011) považujú za nevyhnutné vedieť šikanovanie na školách rýchlo identifikovať a okamžite intervenovať, predtým než by sa situácia v danom prípade vystupňovala do bodu, kedy by bolo priam nemožné ju zvrátiť.

1.3. Šikanovanie v detstve a súvislosti s duševným zdravím v dospelosti

Za najčastejší kontext násilia v detstve sa považuje šikanovanie medzi rovesníkmi a súrodencami. Toto tvrdenie je podporované skutočnosťou, že dieťa je či už v rodine alebo v škole v prostredí, ktoré nemôže len tak opustiť ak sa tam trápi a zažíva nejakú formu psychického či fyzického násilia (Dantchev et al., 2019). Deti, ktoré v štúdiách uvádzajú šikanovanie od súrodencov bývajú častejšie obeťami šikanovania aj v školskom prostredí. Tie, ktoré udávajú šikanovanie súrodencom alebo rovesníkmi, sú náchylnejšie na rozvoj klinickej depresie, častejšie sa u nich vyskytuje sebaškodzovanie alebo myšlienky na samovraždu. Štúdia Dantchev et al. (2019) zdôrazňuje, že spojenie domáceho šikanovania so ši-

kanovaním v školskom prostredí spôsobuje, že tieto deti nemajú šancu pred násilím uniknúť do bezpečného prostredia.

Sandoval et al. (2014) uvádzajú varianty, ako sa školská šikana a psychopatológia môžu vzájomne ovplyvňovať. Je možné, že psychopatológia je príčinou budúcej šikany, alebo šikana bude viesť k budúcej psychopatológii a tá bude opäť spúšťať šikanovanie. Tieto kauzality sa teda môžu vzájomne ovplyvňovať v zmysle „bludného kruhu“. Takéto vzájomné vplyvy sa pokúšame zobraziť na obrázku 1. V ňom znázorňujeme, ako zlé zaobchádzanie v detstve vrátane zo strany rodičov, zanecháva traumatizáciu spôsobené následky a tie môžu byť predispozíciou k šikane v školskom prostredí. Zážitky šikanovania v detstve súvisia s výskytom psychopatológie v dospelosti, a podľa vzoru modelu od Sandoval et al. (2014), aj psychopatológia prítomná v detstve, adolescencii či dospelosti môže ovplyvňovať výskyt šikany. Ďalšie línie znázorňujú riziko výskytu šikany na pracovisku v dôsledku prítomnosti šikany na škole a možnú súvislosť medzi šikanou na pracovisku a výskytom psychopatológie. Naznačujeme aj možný vzťah výskytu psychopatológie v dôsledku traumatizujúcich zážitkov z detstva, aj bez zážitkov šikany. V tomto modeli sme načrtli aj líniu priaznivého vývinu. Táto možnosť zahŕňa zážitky traumatizácie či šikany bez neskoršieho výskytu psychopatológie, napr. pri malom výskyt iných rizikových faktorov a dostatočne silných protektívnych faktorov, ako je o.i. kvalitný a pevný blízky vzťah.



Obrázok 1. Vzájomné vplyvy traumatizácie v detstve, šikany a psychopatológie

Následky šikanovania siahajú ďaleko do dospelosti a vo výskumoch sa potvrdzuje významná súvislosť medzi zážitkami šikany a psychickými ťažkosťami v dospelosti (Norrington, 2020; Sigurdson et al., 2015; Sweetink et al., 2020). U obeť šikany je vyššie riziko vzniku závislosti od alkoholu a fajčenia, depresie a celkovo vyššie riziko vzniku duševných porúch (Sandoval et al., 2014). Skúsenosť so šikanovaním v detstve sa často prejaví aj rozvojom depresie a úzkostí v ranej dospelosti (Sandoval et al., 2014; Lee, 2020), môžu sa vyskytnúť problémy v oblasti sociálneho fungovania, postoje spojené s očakávaním ohrozenia, depresívne poruchy, samovražedné myšlienky a rôzne psychosomatické symptómy (Sandoval et al., 2014). Podľa zistení longitudinálnej štúdie

z roku 2008 realizovanej u dánskych mužov sa potvrdzujú súvislosti medzi zážitkami šikanovania v detstve a depresiou v dospelosti vo veku 31-51 rokov (Lund et al., 2009). Jedinci s psychotickým ochorením dvakrát častejšie než tí bez ochorenia uvádzali, že boli v detstve šikanovaní (Trotta et al., 2013) a preukázal sa priamy vzťah medzi šikanovaním a výskytom paranoidného myslenia (Moffa et al., 2017). Storch a kol. (2005) uvádzajú vo svojej štúdií prípad 14-ročného chlapca, u ktorého sa negatívna skúsenosť so šikanovaním stala spúšťačom obsedantne-kompulzívnej poruchy, zrejme spolu s určitou predispozíciou k ochoreniu. Aj symptómy posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP) sa môžu spájať so skúsenosťou so šikanovaním. Idsoe, Dyregrov a Idsoe (2012)

uvádzajú, že šikanovanie v detstve výrazne zvyšuje pravdepodobnosť výskytu symptómov PTSP medzi študentmi, pričom najviac ohrození boli šikanovaní, ktorí sa aj sami zapájali do šikanovania (tzv. „agresívni šikanovaní“ - bully-victims/aggressive victims).

Holubcikova et al. (2015) poukazujú na súvislosti medzi zážitkami šikany a negatívnym vnímaním seba. Zistili, že častejšími obeťami šikany sú adolescenti, ktorí sa vidia ako obézni, alebo v prípade chlapcov príliš chudí. U obeť sa tak zhoršuje kvalita psychického zdravia, môže sa pokriviť ich vnímanie vlastného tela a sebahodnoty, čo môže v dospelosti súvisieť napríklad s poruchami príjmu potravy (Gattario et al., 2020).

Metaanalytická štúdia autorov Ttofi et al. (2008) podporuje zistenie, že páchanie šikany zvyšuje riziko neskoršej trestnej činnosti. Súvislosti medzi šikanovaním v detstve, kriminalitou, rizikovým správaním a suicidálnym správaním v dospelosti spomína aj Sandoval et al. (2014). V procese šikanovania je dôležité rozlišovať *agresora*, *obeť* a *svedka* šikanovania. Nie všetky realizované štúdie zohľadňujú aj kategóriu svedka. Analýza výsledkov štúdií v danej téme od roku 1960 do roku 2015 ukázala, že obeť šikanovania sú náchylnejšie na samovražedné správanie a psychické ochorenia, zatiaľ čo agresori sú skupinou, ktorá v dospelosti vykazuje známky kriminálneho správania (Klomek et al., 2015). Samovražedné správanie spája so šikanovaním aj štúdia McCallops (2020). V rodinách, kde mladiství pocítovali podporu od rodičov, šikanovanie nebolo asociované so samovražednosťou. Podpora v rodine sa tak ukazuje byť ako dôležitý protektívny faktor.

Výsledky HBSC štúdie (Úrad verejného zdravotníctva SR, 2019), ktorá mapovala výskyt šikany na Slovensku v rokoch 2013-2014 u 9836 žiakov vo veku 11, 13 a 15 rokov uvádzajú, že viac ako polovica chlapcov sa zúčastnila fyzickej bitky. Obeťou šikanovania sa stal približne každý desiaty školák a školáčka. Najčastejší dôvod šikany bol výsmech z postavy (21 % dievčat a 15 % chlapcov z tých, ktorí uviedli, že boli šikanovaní), približne 6 % uviedlo, že boli šikanovaní kvôli rase alebo farbe pleti. 7 % dievčat a 4 % chlapcov zažili výsmech kvôli zlej situácii v rodine (peniaze, choroba, iné problémy). Takmer polovica účastníkov šikany (46 %) sa o tom nikomu nezdôverila (HBSC – Slovensko 2013/2014, 2015). Podľa Úradu verejného zdravotníctva na Slovensku (2019), ktorý uvádza výsledky HBSC štúdie mapujúcej aj výskyt šikany na Slovensku v rokoch 2017/2018 na 8 902 žiakov sa ukazuje klesajúca tendencia šikany v porovnaní s minulými rokmi. Aktérmi fyzických bitiek bolo približne 40 % chlapcov. Obeťou šikanovania bolo približne 8 % žiakov.

Pokiaľ klesajúci trend šikany na slovenských školách môžeme považovať za hodnoverný (otázka metodiky zberov dát a vyhodnocovania), naznačoval by pozitívny vplyv prevencie šikany, ktorej je už na školách zrejme venovaná o niečo väčšia pozornosť. V roku 2018 vydalo MŠVVaŠ SR (Ministerstvo školstva vedy, výskumu a športu) smernicu č. 36/2018 k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov v školách a školských zariadeniach. Povinnosťou každej školy je vychádzať z danej smernice, ktorá okrem iného uvádza aj možnosti preventívneho pôsobenia a metódy riešenia šikanovania žiakov (MŠVVaŠ, 2018). Zistenie skutočnej prevalencie šikany na školách je však náročné a v mnohých prípadoch je

možné, že sa z rôznych dôvodov nezachytia všetky prípady šikany. Vzhľadom na závažné dosahy zažívania šikany v detstve na duševné zdravie v dospelosti považujeme za dôležité venovať sa tejto oblasti, v prvom rade opakovane v odstupoch monitorovať kvalitnou metodikou danú problematiku na Slovensku a následne dlhodobo zamerať pozornosť na prevenciu.

Cieľ štúdie

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť výskyt retrospektívne udávaných zážitkov šikanovania u dospelých obyvateľov Slovenska, s ohľadom na:

- 1) posúdenie rozdielov v udávaní šikanovania v rôznych sociodemografických skupinách;
- 2) posúdenie asociácií medzi udávaním šikanovania a neskorším výskytom psychopatológie v dospelosti a
- 3) posúdenie vzťahu medzi výskytom šikanovania a výskytom iných nepriaznivých zážitkov z detstva v rodinnom prostredí.

Výskum bolo možné zrealizovať vďaka podpore Národného koordinačného strediska pre riešenie problematiky násillia na deťoch (NKS pre RPNnD) a Inštitutu sociálneho zdravia na Univerzity Palackého Olomouc (OUSHI UPOL).

Metódy

Výskumný súbor

Zber dát prebiehal v apríli roku 2019. Individuálne rozhovory boli zaznamenávané prostredníctvom elektronického dotazníka CAPI (Computer-Assisted Personal Interviewing). Výskumná vzorka predstavuje reprezentatívnu slovenskú vzorku dospelých respondentov, ktorá bola vybraná na základe kvótnych znakov: pohlavie, vek, národnosť, vzdelanie, veľkosť miesta bydliska a kraj bydliska. Výskumnú vzorku tvorilo 1018 respondentov, vo veku od 18 do 85 rokov, priemerný vek 46,24 rokov, 48,7 % mužov.

Nástroje merania

Dotazník Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) posudzuje nepriaznivé zážitky z detstva, pozostáva z 31 otázok a radí ich do 13 oblastí: fyzické a emočné týranie, sexuálne zneužívanie, násillie medzi členmi domácnosti, starostlivosť o člena rodiny, ktorý je fyzicky alebo psychicky chorý, mal samovražedné sklony, bol odsúdený do väzenia, dysfunkcie rodiny ako je smrť jedného alebo oboch rodičov, rozvod alebo odlúčenie rodičov, emočné a fyzické zanedbávanie, zneužívanie alkoholu a návykových látok v rodine, kolektívne násillie, šikanovanie (Kidman et al., 2019). ACE-IQ možno vyhodnotiť dvomi spôsobmi: binárne alebo frekvenčne. V prípade binárneho kódovania konečné skóre zodpovedá súčtu každého uvedeného typu nepriaznivého zážitku z detstva, bez ohľadu na frekvenciu (či už respondent odpovedal že sa udial raz, niekoľkokrát alebo viackrát). Pri frekvenčnom kódovaní konečné skóre pozostáva zo súčtu typov, ktoré sa vyskytli v určitej frekvencii. Frekvenčné kódovanie tak

umožňuje rozlišovať medzi viac a menej závažnými formami negatívnych zážitkov z detstva (WHO, 2018). Vzhľadom k cieľu našej práce sme sa zamerali na časti, ktoré sa venujú zážitkom šikanovania v detstve a nepriaznivým zážitkom z rodinného prostredia (uvedené v prílohe 1).

Dotazník BSI-53 (Brief Symptom Inventory) je inventár, ktorý sleduje výskyt symptómov psychopatológie za posledné 4 týždne. BSI-53 predstavuje kratšiu verziu dotazníka SCL-90 a pozostáva z 53 položiek, ktoré sú hodnotené na 5 bodovej škále od „vôbec nie“, po „veľmi silne.“ V dotazníku je možné sledovať výskyt 9 psychopatologických symptómov/syndrómov: somatizácia, obsesie a kompulzie, interpersonálna senzitivita, depresia, úzkosť, hostilita, fobická úzkosť, paranoidné myslenie, psychotizmus. Vypočítaním celkovej miery závažnosti príznakov (General Severity Index, GSI) je možné usudzovať o súčasnom psychickom stave respondenta (Kabát et al., 2018).

Štatistické spracovanie dát

Štatistická analýza dát bola robená v softvare IBM SPSS 21. Využili sme deskriptívnu analýzu, priemerné hodnoty a štandardné odchýlky (SD). Proporcionálny z-test s Bonferroniho korekciou bol využitý na porovnanie percentuálneho zastúpenia výskytu šikany v jednotlivých skupinách. Korelácie medzi škálami boli posúdené Spearmannovým korelačným koeficientom. Na porovnanie priemerných hodnôt výskytu psychopatológie medzi dvomi skupinami bol použitý neparametrický Mann-Whitney test.

Výsledky

Deskripciu výskumného súboru a výskyt šikanovania vzhľadom na jednotlivé sociodemografické rozdiely uvádzame v tabuľke 1.

Tabuľka 1. Deskriptívna tabuľka výskumného súboru a percentuálny výskyt zážitkov šikanovania.

	N	%	Výskyt zážitkov šikanovania (%)	Rozdiely medzi skupinami
Celkovo	1018	100	13,5	
Pohlavie				
1. Mužské	496	48,7	14,1	
2. Ženské	522	51,3	12,8	
Vek				
1. 18-24 r.	110	10,8	13,6	
2. 25-34 r.	187	18,4	13,9	
3. 35-44 r.	199	19,5	13,1	
4. 45-54 r.	166	16,3	15,7	
5. 55-64 r.	168	16,5	16,5	
6. 65 a viac	188	18,5	14,9	

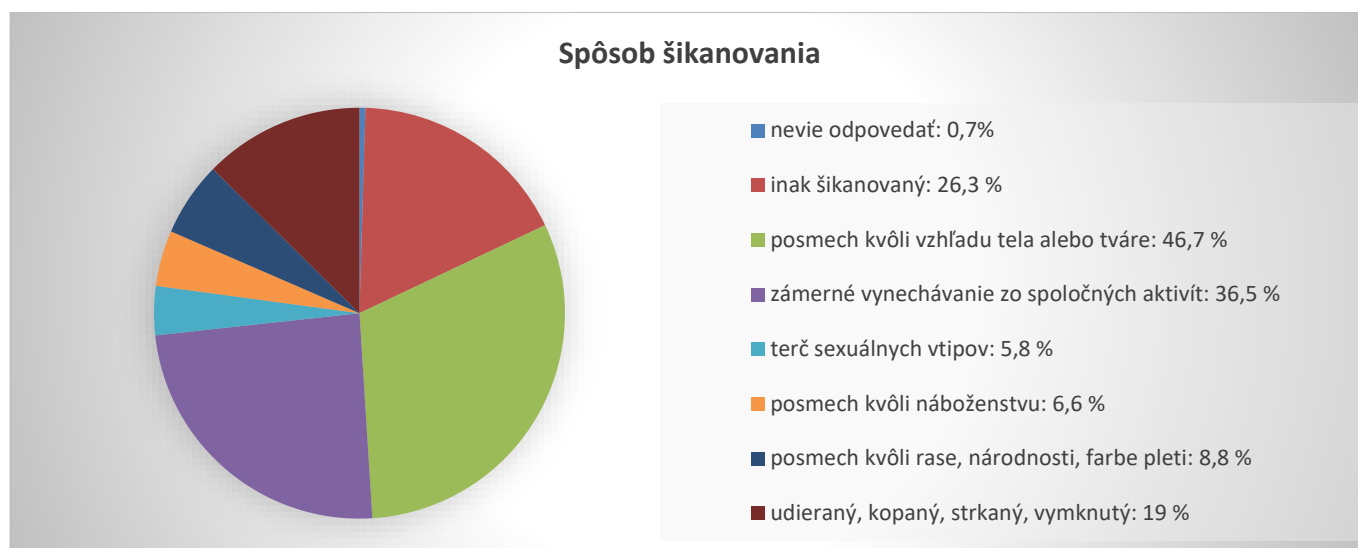
Spôsob života				
1. V manželstve	551	54,1	10,9	
2. S partnerom/partnerkou	120	11,8	21,7	2-1*
3. Sám/sama	162	15,9	14,8	
4. S rodičmi	185	18,2	14,6	
Dosiahnuté vzdelanie				
1. Základné	137	13,5	19,7	1-4*
2. SOU bez maturity	272	26,7	15,8	
3. Stredná škola s maturitou	382	37,5	11,8	
4. Vysokoškolské	227	22,3	9,7	

Viac zážitkov šikanovania uvádzali muži, no štatisticky významný rozdiel medzi pohlaviami vo výskyte šikany v našej výskumnej vzorke nie je. Najviac zážitkov šikany sa vyskytovalo vo vekovej kategórii 55 – 64 rokov (16,5 %), nasledované vekovou kategóriou 45-54 rokov (15,7 %) a 65 a viac rokov (14,9 %). Najmenej zážitkov šikany uvádzali respondenti vo vekovej kategórii 35-44 rokov (13,1 %). Štatisticky významný rozdiel vo výskyte šikany medzi vekovými kategóriami sa nepotvrdil. Vzhľadom na spôsob života najviac zážitkov šikanovania uvádzali respondenti žijúci s partnerom / partnerkou bez manželského zväzku. Rozdiel sa potvrdil medzi touto skupinou a skupinou respondentov žijúcich v manželstve. Podľa najvyššieho ukončeného vzdelania sa najviac zážitkov šikany vyskytovalo u respondentov s ukončeným základným vzdelaním (19,7 %) a stredoškolským vzdelaním bez maturity (15,8 %). Rozdiel vo výskyte šikany sa potvrdil medzi skupinou s ukončeným základným a vysokoškolským vzdelaním. Na grafe 1 uvádzame percentuálny výskyt šikany v celej výskumnej vzorke.



Graf 1. Výskyt šikany (n=1018).

V našej výskumnej vzorke až 13,5 % respondentov zažilo šikanovanie. 84,5 % respondentov šikanu nezažilo a 2,0 % respondentov sa vyjadriť nevie. V skupine respondentov, ktorí zažili šikanovanie (13,5 %) sme zisťovali ako často boli šikanovaní. 8,2 % z nich uviedlo, že šikanovaní boli párkrát, 0,9 % respondentov častokrát. Jedenkrát bolo šikanovaných 4,4 % z nich. Výskyt rôznych spôsobov šikanovania uvádzame v grafe 2.



Graf 2. Spôsob šikanovania (n=1018).

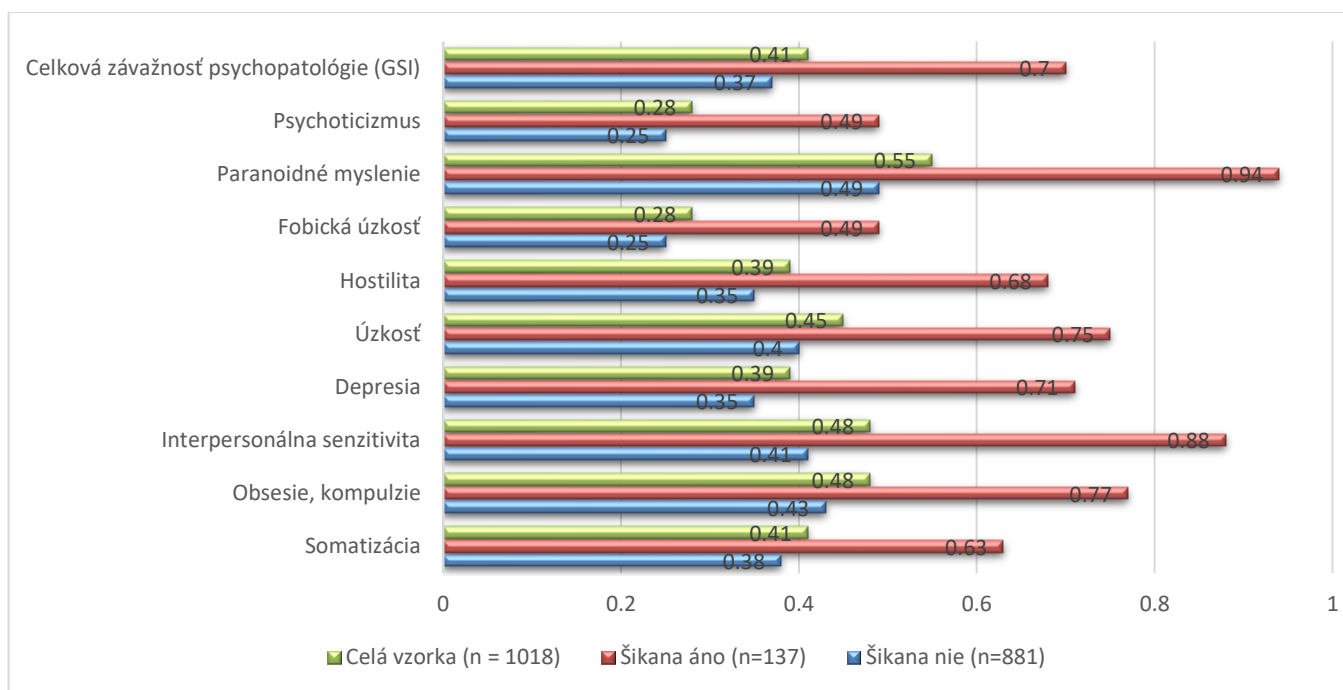
Ako najčastejší spôsob šikanovania sa vyskytoval posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre (46,7 %) a zámerné vynechávanie zo spoločných aktivít (36,5 %).

V ďalšom kroku sme zisťovali, či existuje rozdiel medzi respondentmi, ktorí zažili a nezažili šikanovanie v jednotlivých subškálach dotazníka BSI-53 a v celkovej závažnosti príznakov psychopatológie (tab. 2, graf 3).

Tabuľka 2. Priemerné hodnoty a štandardné odchýlky v subškálach dotazníka BSI-53 a ich porovnanie medzi skupinami.

PSYCHOPATOLÓGIA	Celá vzorka	Výskyt šikany	
	(N=1018)	0.Nie (N=881)	1.Áno (N=137)
	Priemer (SD)	Priemer (SD)	Priemer (SD)
Somatizácia	0,41 (0,61)	0,38 (0,58)	0,63 (0,74)***
Obsesie, kompulzie	0,48 (0,60)	0,43 (0,56)	0,77 (0,75)***
Interpersonálna senzitivita	0,48 (0,66)	0,41 (0,60)	0,88 (0,83)***
Depresia	0,39 (0,61)	0,35 (0,56)	0,71 (0,74)***
Úzkosť	0,45 (0,57)	0,40 ((0,53)	0,75 (0,70)***
Hostilita	0,39 (0,55)	0,35 (0,51)	0,68 (0,69)***
Fobická úzkosť	0,28 (0,53)	0,25 (0,50)	0,49 (0,67)***
Paranoidné myslenie	0,55 (0,66)	0,49 (0,61)	0,94 (0,83)***
Psychoticizmus	0,28 (0,53)	0,25 (0,51)	0,49 (0,63)***
Celková miera závažnosti	0,41 (0,53)	0,37 (0,50)	0,70 (0,64)***
NEPRIAZNIVÉ ZÁŽITKY V DETSTVE			
Celkové skóre ACE z rodinného prostredia	2,09 (1,63)	1,87 (1,48)	3,47 (1,88)***

Pozn. ***p<0,001 – rozdiel medzi skupinou 1 (s výskytom šikanovania) a 0 (bez výskytu šikanovania)



Graf 3. Priemerné hodnoty v subškálach dotazníka BSI-53 v jednotlivých skupinách.

Výsledky analýzy dát potvrdili signifikantne vyššie priemerné skóre vo všetkých subškálach dotazníka BSI-53 u skupiny respondentov, ktorí boli šikanovaní. Najvyššie priemerné hodnoty dosiahli v subškálach paranoidné myslenie, interpersonálna senzitivita, obsesie a kompulzie, úzkosť a depresia. Vo všetkých subškálach sa signifikantne líšili od respondentov, ktorí neudávali šikanovanie. Celková závažnosť psychopatológie (GSI) bola tiež významne vyššia u respondentov, ktorí boli šikanovaní.

Výskyt šikanovania stredne silno koreloval s celkovým skóre nepriaznivých zážitkov z detstva a dospievania, ktoré boli zisťované otázkami zameranými na rodinné prostredie (ACE -IQ) (Spearmanov korelačný koeficient $\rho = 0,299$, $p < 0,001$) a respondenti, ktorí boli šikanovaní, mali významne vyššie celkové skóre nepriaznivých zážitkov z detstva a dospievania v rámci rodinného prostredia (pozri tab 2).

Diskusia

V článku uvádzame výskyt retrospektívne zisťovaného šikanovania v detstve a dospievaní v reprezentatívnej vzorke dospelého obyvateľstva SR a hľadáme súvislosti medzi referovaním šikanovania v školskom prostredí, zlým zaobchádzaním v rodine a výskytom psychopatologických symptómov v dospelosti.

Naše zistenia naznačujú súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami z detstva v rodine, šikanovaním a výskytom psychopatológie v dospelosti. Zistili sme, že respondenti, ktorí referovali zlé zážitky z detstva v rodine, majú aj viac zážitkov šikanovania, podobne ako sa uvádza v nedávnych štúdiách (Forster et al., 2020; Hsieh et al., 2020). Môžeme uvažovať o kauzálnom zreťazení, že zlé zaobchádzanie v detstve v rodine môže u niektorých jedincov viesť k zastrášenému správaniu a k deficitom v asertivite a ľahšie sa potom môžu stať obeťami šikany.

Rozdiel medzi mužmi a ženami vo výskyte šikany sa v našej výskumnej vzorke nepotvrdil. Rodové rozdiely v šikanovaní sa nepotvrdili ani v medzinárodnej štúdiu HBSC, ktorá zisťovala výskyt šikany u viac ako 220 000 mladých vo veku 11, 13 a 15 rokov z viac ako 45 krajín v rokoch 2016-2018 (WHO, 2020).

V našej štúdiu sa potvrdil významne vyšší výskyt v uvádzaní šikanovania u ľudí žijúcich v dospelosti v partnerstve bez manželského zväzku oproti ľuďom žijúcim v manželstve. Dané zistenia môžu súvisieť s faktom, že šikanovaní ľudia majú tendenciu menej dôverovať ľuďom a môže byť pre nich náročné uzavrieť manželský zväzok. Korelácia medzi šikanovaním a spokojnosťou v romantických vzťahoch sa však v štúdiu Jantzer et al. (2006) nepotvrdila. Sandoval et al. (2014) uvádzajú zistenia viacerých autorov, ktorí taktiež upozorňujú na negatívny dopad šikany v detstve najmä na schopnosť začleniť sa do kolektívu a nadväzovať vzťahy vo všeobecnosti. V štúdiu Kretschmer a kol. (2018) výskumníci zistili, že obeť šikanovania horšie zvládajú úlohy typické pre ranú dospelosť ako napríklad fungovať v romantickom vzťahu, vzdelávať sa, pracovať, narábať s financiami a niečo riadiť.

Zážitok šikanovania výrazne ovplyvňuje aj dosiahnuté vzdelanie. Najviac šikanovaní boli respondenti, ktorí ukončili len základnú školskú dochádzku. Oproti tomu vysokoškolsky vzdelaní ľudia sa so šikanovaním v detstve stretli menej často. V štúdiu, ktorá skúmala rovesnícke násilie u adolescentov s ADHD sa v súvislosti s učením potvrdilo, že šikanovanie má negatívny vplyv na dosahované študijné výsledky, ovplyvňuje zhoršenú mienku o škole a celkovú schopnosť vzdelávať sa (Zendarski et al., 2020).

Najčastejším spôsobom šikanovania býva posmech zo vzhľadu tváre alebo tela, čo sa potvrdilo aj v slovenskej HBSC štúdiu (Kancelária SZO v SR, 2015). Čerešník (2014) uvádza, že najčastejšie rizikové správanie u detí školského veku (10-

15 rokov) je fyzické násilie voči niekomu, urážanie spolužiakov/ spolužiačok a zosmiešňovanie. Je preto pochopiteľné, že skúsenosť so šikanovaním má negatívny dopad na vnímanie vlastného tela a môže spôsobiť pokrivenie obrazu jedinca o sebe samom, tak ako uvádza aj Holubcikova et al. (2015). Longitudinálna štúdia vykonávaná počas 14-tich rokov dokázala, že väčšina šikanovaných detí si so sebou nesie cez adolescenciu naprieč celým životom až do dospelosti pocity nespokojnosti s vlastným telom a neskôr sa môže rozvinúť aj porucha súvisiaca s príjmom potravy (Gattario et al., 2019). Druhým najčastejším spôsobom šikanovania v uvedenej štúdií bolo vylúčenie z účasti na kolektívnych aktivitách. Môžeme konštatovať, že ak dieťa nemá vo svojej rodine uspokojovanú základnú potrebu niekam patriť a cítiť sa v bezpečí, a následne sa mu táto frustrácia opakuje v škole a medzi rovesníkmi, prípadne neskôr zamestnaní, pocity osamelosti môžu vyústiť až do depresie (Ringdal et al., 2020).

Sandoval et al. (2014) sumarizujú zistenia viacerých štúdií, ktoré sa zhodujú, že deti, ktoré boli šikanované majú významne vyššie riziko vzniku sociálnych úzkostí, depresie, nízkeho sebavedomia a porúch príjmu potravy. Naše výsledky poukazujú na podobne vyšší výskyt psychopatológie u šikanovaných respondentov. Šikanovaní vykazovali významne vyššie skóre vo všetkých subškálach dotazníka psychopatológie, najmä v subškálach paranoidné myslenie, interpersonálna senzitivita, obsesie a kompulzie, úzkosť a depresia. Typická pre paranoidné myslenie je nedôvera voči druhým ľuďom, viera v to, že druhí ľudia či inštitúcie im chcú ublížiť a nesprávne spracúvanie reality. Je pomerne jednoduché predstaviť si, že dieťa ktoré sa pravidelne stretáva s fyzickými či psychickými útokmi na svoju osobu, si vybuduje nedôveru voči druhým ľuďom. Obsedantné myšlienky (obsesie) sa môžu týkať rôznych obsahov. Môžu to byť napríklad vtieravé myšlienky s témou ohrozenia svojho života alebo so strachom, že človek sám niekomu ublíži. Toto napätie sa potom uvoľní kompulzívnym správaním, ktoré však poskytuje iba iluzórnú ochranu, kontrolu a len dočasné, chvíľkové úľavy. V prípade 14 ročného Maxa v štúdií Storch a kol. (2005) používal Max ako svoju zvládaciú stratégiu to, že sa po tom ako bol v škole šikanovaný po príchode domov hneď osprchoval. Sprcha predstavovala akýsi očistný rituál od stôp po šikanovaní. Postupne sa Max začal vyhýbať oblečeniu, ktoré mal, keď ho šikanovali, to sa ďalej rozšírilo na vyhýbanie sa konkrétnym situáciám a miestam. Vždy keď mal Max myšlienku spojenú so šikanovaním, zbavoval sa pocitov úzkostí očistným rituálom (sprchou, čistením rúk, vyhýbaním sa určitým miestam, noseniu oblečenia, ktoré sa mu so šikanovaním spájalo, čistil si hrdlo...).

Naše zistenie zvýšeného výskytu psychotocizmu u šikanovaných je v súlade so štúdiou Trotta a kol. (2013), v ktorej poukazujú na dvojnásobný výskyt šikanovania v minulosti u ľudí s výskytom aspoň jednej psychotockej epizódy oproti kontrolnej skupine. Podľa rozsiahlej britskej štúdie s pacientmi s paranoidným myslením (Moffa et al., 2017) šikanovanie priamo ovplyvňovalo vznik obavných a perzekučných myšlienok, nestabilnej nálady a užívanie drog. Nepriamo cez paranoidne-perzekučné myslenie a depresiu vplývalo aj na rozvoj halucinácií (Moffa et al., 2017).

Záver

Zážitky šikanovania v detstve a dospievaní udávalo 13,5 % dospelých respondentov reprezentatívnej vzorky Slovenska. Nami použitá metodika neumožňuje diferencovať, aká časť šikany sa odohrávala priamo v školskom prostredí, vieme len, že sa odohrávala mimo rodiny. Ako najčastejší spôsob šikanovania bol uvádzaný posmech kvôli vzhľadu tela alebo tváre a zámerné vynechávanie zo spoločných aktivít. Vysoké percentuálne zastúpenie zážitkov šikany u respondentov s dosiahnutým základným vzdelaním, a bez manželského zväzku poukazuje na jej negatívny vplyv na školskú výkonnosť, dosiahnuté vzdelanie a nepriame dôsledky na vzťahy a sociálnu oblasť. Okrem toho sa u časti šikanovaných zrejme môže uplatňovať aj primárne nižšia intelektová kapacita. U šikanovaných respondentov bol významne vyšší výskyt psychopatologickej symptomatológie v porovnaní s vrstovníkmi, ktorí neuvádzali šikanu. Tento záver podporuje vyššie uvedené zistenia o riziku vzniku psychických problémov v dospelosti v dôsledku šikany v detstve a adolescencii. Akékoľvek prejavy šikany by sa nemali bagatelizovať a už vôbec nie brať ako „povinná súčasť dospievania,“ pretože nepriaznivé zážitky v detstve neovplyvňujú len samotné detstvo a dospievanie, ale ich dôsledky majú presah aj do dospelosti. Hoci trend šikany podľa HBSC správ na Slovensku klesá (Úrad verejného zdravotníctva SR, 2019), je potrebné venovať sa tejto problematike so zreteľom na prevenciu a ciele riešenie aj náznakov konkrétnych prípadov všetkých foriem šikany na školách. Keďže medzi aktérmi aj obeťami šikany sa zvýšene vyskytujú deti, ktoré sú zároveň traumatizované v domácom prostredí, týmto deťom by mala byť poskytovaná zvýšená vzťahová a komunikačná opora, zvlášť deťom a mladistvým, ktorí majú určité nápadnosti vo vzhľade a majú znaky určitej inakosti.

Nazdávame sa, že voči šikanujúcim je potrebné energickým a prítomným empatickým spôsobom rozvíjať a podporovať rešpekt, úctu a prosociálne správanie voči odlišným ľuďom. To platí aj voči pasívnej prizerajúcej sa väčšine. A na druhej strane, šikanovaní jedinci potrebujú pomoc pri rozvíjaní svojej asertivity, potrebujú energickú oporu od dospelých a tiež od časti rovesníkov, ktorá dokáže byť empatická a súcitná a môžeme predpokladať, že má bezpečný štýl vzťahového správania. Vieme si predstaviť aj preventívne využitie edukačného potenciálu hrania rolí.

Na Slovensku od roku 2019 prebieha v Ústave Psychológie zdravia v Košiciach štúdia Care4Youth (<https://care4youth.com/about/>), ktorá sa zameriava na deti a adolescentov, ktorí sú v systéme starostlivosti kvôli emocionálnym problémom a problémom v správaní a orientuje sa na možnosti ako im v spolupráci s odborníkmi pomôcť dosiahnuť zdravý vývin. Ďalším prospešným projektom, ktorý sa realizuje už v predškolských zariadeniach a na prvom stupni, je projekt Zippyho kamaráti, venovaný rozvíjaniu schopnosti empatie a súcitu spojeného so starostlivým správaním u detí (Bražinová, 2019).

Metodické príručky zameriavajúce sa na prevenciu, rozvoj asertivity, emocionálnej inteligencie, podporu zdravej medziľudskej komunikácie a osvojenie si iných jemných zručností, majú k dispozícii aj odborní zamestnanci na školách alebo v poradniach. Za úvahu by stálo prepracovanie

niektorých z nich, aby vyhovovali aktuálnym požiadavkám moderného sveta. Školy potrebujú školských psychologov.

Je vhodné, aby sa rozvíjala aj schopnosť u učiteľov a vychovávateľov ku komplexnej empatii v zmysle mentalizovania (Hašto a Tavel, 2015) a schopnosť byť vzorom v primeranom asertívnom správaní (Alberti a Emmons, 2011). Ide okrem iného o schopnosť vžívať sa do svetov žiakov / študentov a zároveň byť v kontakte so svojim vnútom. Mentalizačný prístup majú dostupný deti s bezpečnou vzťahovou väzbou a podporením ich statusu v triede by mohlo prispieť k zdravšiemu fungovaniu žiackeho kolektívu.

Keďže nepriaznivé zážitky v detstve v rodine a šikanovanie v škole a mimo školy má negatívne vplyvy aj na fungovanie a zdravie v dospelosti, je potrebné popri snahách o prevenciu, aby pre deti, adolescentov a dospelých boli dostupní psychoterapeuti kompetentní aj v spracovávaní traumy, vyšškolení v psychotraumatológii a príslušných technikách. Preventívne a psychoterapeutické intervencie sú najúčinnnejšie, čím sú včasnejšie, teda čím je dieťa mladšie a čím kratšie trvá traumatizácia. Ale aj obdobie puberty sa ukazuje byť senzitivne na pozitívnu zmenu, napr. keď sa mladistvý dostane do dobre, priateľsky fungujúcej skupiny rovesníkov, prípadne vedenej kompetentným dospelým (Grieser a Muller, 2020).

Literatúra

Alberti R., Emmons M.: Asertivita a rovnosť vo vašom živote a vzťahoch. Vaše plné právo! Trenčín: Vydavateľstvo F, 2011.

Allison S., Roeger L., Reinfeld-Kirkman N.: Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2009, 43(12): 1163-1170.

Baiden P., Tadeo S.K.: Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child Abuse and Neglect*, 2020, 102.

Bražinová A.: Program Zippyho kamaráti. In Zborník z odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou „Trauma v detstve... čo ďalej?“ v Piešťanoch 25.-26. septembra 2019. Piešťany, 2020. Warszawa, Collegium Humanum, 2020. ISBN 978-83-952951-4-0, s.11-14.

Brendgen M., Girard A., Vitaro F., Dionne G., Boivin M.: Personal and familial predictors of peer victimization trajectories from primary to secondary school. *Developmental Psychology*, 2016, 52, 1103-1114.

Brendgen M., Poulin F.: Continued Bullying Victimization from Childhood to Young Adulthood: a Longitudinal Study of Mediating and Protective Factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2018, 46(1): 27-39.

Čerešník M.: Sebapoňatie slovenských dospievajúcich vo vzťahu k rizikovému správaniu. PhD existence 2014. Czech and Slovak psychological conference (not only) for postgraduates and about postgraduates, 2014, (4): 204-214. Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/276224135_PHD_EXISTENCE_2014_czech_and_slovak_psychological_conference_not_only_for_postgraduates_and_about_postgraduates/citations

Dantchev S., Hickman M., Heron J., Zammit S., Wolke D.: The Independent and Cumulative Effects of Sibling and Peer Bullying in Childhood on Depression, Anxiety, Suicidal Ideation, and Self-Harm in Adulthood. *Frontiers in Psychiatry*, 2019, 10.

Forster M., Gower A.L., McMorris B.J., Borowsky I.W.: Adverse childhood experiences and school-based victimization and perpetration. *Journal of interpersonal violence*, 2020, 35(3-4): 662-681.

Gattario K.H., Lindwall M., Frisen A.: Life after childhood bullying: Body image development and disordered eating in adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 2020, 44(3): 246-255.

Grieser M.T.D., Muller R.: Mentalizovať s deťmi a mladistvými pri psychoterapii a prevencii. Prekonávanie zacyklení v traumatizáciách, konfliktoch a rizikách. Bratislava: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, 2020.

Hašto J., Tavel P.: Mentalizovanie ako výzva pre klinickú medicínu a špeciálne pre psychiatriu a psychoterapiu. *Psychiatrie*, 2015, 19: 97-103.

Hawker D.S.J., Boulton M.J.: Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 2003, 41: 444-455.

HBSC- Slovensko 2013/2014. Národná správa o zdraví a so zdravím súvisiacom správaní 11-, 13- a 15-ročných školákov. *Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku*. 2015. ISBN: 978-80-971997-1-5

HBSC- Slovensko 2017/2018. Sociálne determinanty zdravia školákov. Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky. 2019. ISBN: 978-80-7159-242-6

Holubcikova J., Kolarcik P., Geckova A.M., Van Dijk J.P., Reijneveld S.A.: Is subjective perception of negative body image among adolescents associated with bullying? *European journal of pediatrics*, 2015, 174(8): 1035-1041.

Hsieh Y.P., Shen A.C.T., Hwa H.L., Wei H.S., Feng J.Y., Huang S.C.Y.: Associations Between Child Maltreatment, Dysfunctional Family Environment, Post-Traumatic Stress Disorder and Children's Bullying Perpetration in a National Representative Sample in Taiwan. *Journal of Family Violence*, 2020, 1-10.

Chrysanthou G.M., Vasilakis C.: Protecting the mental health of future adults: Disentangling the determinants of adolescent bullying victimisation. *Social Science & Medicine*, 2020, 253.

Idsoe T., Dyregrov A., Idsoe E.C.: Bullying and PTSD symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2012, 40(6): 901-911.

Jantzer A.M., Hoover J.H., Narloch R.: The Relationship Between School-Aged Bullying and Trust, Shyness and Quality of Friendships in Young Adulthood: A Preliminary Research Note. *School Psychology International*, 2006, 27(2): 146-156.

- Kabát J., Kaščáková N., Fürstová J., Bartušková L., Glogar P., Poláčkova-Šolcová I., Tavel P.:** Psychometrické charakteristiky české verze stručného inventáře příznaků (BSI-53). *Československá psychologie*, 2018, 62 (Suppl. 1), 19-39.
- Kidman R., Smith D., Piccolo L.R., Kohler H.P.:** Psychometric evaluation of the Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 2019.
- 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*, 2006, 63: 1035–1041.
- Klomek A.B., Sourander A., Elonheimo H.:** Bullying by peers in childhood and effects on psychopathology, suicidality, and criminality in adulthood. *Lancet Psychiatry*, 2015, 2(10): 930-941.
- Kretschmer T., Veenstra R., Branje S., Reijneveld S.A., Meeus W.H.J., Dekovic M., Oldehinkel A.J.:** How Competent are Adolescent Bullying Perpetrators and Victims in Mastering Normative Developmental Tasks in Early Adulthood? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2018, 46(1): 41-56.
- Lee J.:** Pathways from Childhood Bullying Victimization to Young Adult Depressive and Anxiety Symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 2020.
- Lund R., Nielsen K.K., Hansen D.H., Kriegbaum M., Molbo D., Due P., Christensen U.:** Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *European Journal of Public Health*, 2009, 19(1): 111-116.
- Lumeng J.C., Forrest P., Appugliese D.P., Kaciroti N., Corwyn R.F., Bradley R.H.:** Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, 2010, 125: e1301–e1307.
- McCullops K., Aviles A.M., Earnshaw V.A., Palkovitz R.:** Homelessness and Suicidality: The Role of Bullying and Parental Support. *Family Relations*, 2020.
- Moffa G., Catone G., Kuipers J., Kuipers E., Freeman D., Marwaha S., Lennox B.R., Broome M.R., Bebbington P.:** Using Directed Acyclic Graphs in Epidemiological Research in Psychosis: An Analysis of the Role of Bullying in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 2017, 43(6): 1273–1279.
- MŠVVaŠ.:** Nová smernica k prevencii a riešeniu šikanovania detí a žiakov, (2018): Dostupné na: <https://www.minedu.sk/smernica-k-prevencii-a-rieseniu-sikanovania-deti-a-ziakov/>
- Norrington J.:** Adolescent Peer Victimization, Self-Concept, and Psychological Distress in Emerging Adulthood. *Youth & Society*, 2020.
- Panksepp J., Biven L.:** The Archeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions. New York, W.W. Norton & comp., 2012, ISBN 978-0-393-70531-7
- Ringdal R., Bjornsen H.N., Espnes G.A., Eilertsen M.E.B., Moksnes U.K.:** Bullying, social support and adolescents' mental health: Results from a follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2020.
- Rosová D.:** Stratégia riešenia šikanovania v školách. *EQUILIBRIA*, 2018, 6.
- Rueger S.Y., Malecki C.K., Demaray M.K.:** Stability of peer victimization in early adolescence: effects of timing and duration. *J Sch Psychol*, 2011, 49, 443–464.
- Salmon G., West A.:** Physical and mental health issues related to bullying in school. *Curr Opin Psychiatry*, 2000, 13: 375–380.
- Sandoval A., Praško J., Ocisková M., Kamarádová D., Jelenová D., Látalová K.:** Šikana v detsvtví jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2014, 110(6): 317-325.
- Sigurdson J.F., Undheim A.M., Wallander J.L., Lydersen S., Sund A.M.:** 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*, 2015, 9.
- Smith P.K., Singer M., Hoel H., Cooper C.L.:** Victimization in the school and the workplace: Are there any links? *British Journal of Psychology*, 2003, 94, 175–188.
- SNSLP.:** Slovenské národné stredisko pre ľudské práva, Dohovor o právach dieťaťa. 2010. Dostupné na: <http://www.snslp.sk/#page=1575>
- Storch E.A., Heidgerken A.D., Adkins J.W., Cole M., Murphy T.K., Geffken G.R.:** Peer victimization and the development of obsessive-compulsive disorder in adolescence. *Depression and anxiety*, 2005, 21(1): 41-44.
- Sweeting J.A., Garfin D.R., Holman E.A., Silver R.C.:** Associations between exposure to childhood bullying and abuse and adulthood outcomes in a representative national US sample. *Child Abuse and Neglect*, 2020, 101.
- Trotta A., Di Forti M., Mondelli V., Dazzan P., Pariante C., David A., Fisher H.L.:** Prevalence of bullying victimisation amongst first-episode psychosis patients and unaffected controls. *Schizophrenia Research*, 2013, 150(1): 169-175.
- Ttofi M.M., Farrington D.P., Lösel F., Loeber R.:** The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2011, 21(2): 80-89.
- Zendarski N., Breaux R., Eadeh H.M., Smith Z.R., Molitor S.J., Mulraney M., Sciberras E.:** Peer Victimization and Poor Academic Outcomes in Adolescents With ADHD: What Individual Factors Predict Risk? *Journal of Attention Disorders*, 2020.
- World Health Organization.:** Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. Guidance for analyzing ACE-IQ. 2018. Dostupné na: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/guidance_for_analysing.pdf?ua=1
- WHO.:** 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. Vol. 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. ISBN 978 92 890 5500 0

Príloha 1. Dotazník ACE-IQ

VYBRANÉ OTÁZKY Z DOTAZNÍKU NEPRIAZNIVÝCH ZÁŽITKOV Z DETSTVA, MAPUJÚCE RODINNÉ PROSTREDIE A ŠIKANOVANIE

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES INTERNATIONAL QUESTIONNAIRE (ACE-IQ)

https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/

Vážený respondent / Vážená respondentka

Nasledujúce otázky sa týkajú niektorých Vašich zážitkov a skúseností z detstva a dospelovania. Hoci sú tieto otázky osobné, pokúste sa, prosím, odpovedať tak úprimne, ako najviac dokázate. Zvoľte odpoveď, ktorá najlepšie vystihuje, čo cítite.

VZŤAH S RODIČMI / OPATROVNÍKMI

Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života.....:

2.1 Rozumeli Vaši rodičia / opatrovníci Vaším problémom a starostiam?

1) Vždy	2) Väčšinu času	3) Niekedy	4) Zriedkakedy	5) Nikdy	6.) Odmietol/a odpovedať
---------	-----------------	------------	----------------	----------	--------------------------

2.2 Vedeli **skutočne** Vaši rodičia / opatrovníci, čo robíte vo Vašom voľnom čase, teda keď ste neboli v škole alebo v práci?

1) Vždy	2) Väčšinu času	3) Niekedy	4) Zriedkakedy	5) Nikdy	6.) Odmietol/a odpovedať
---------	-----------------	------------	----------------	----------	--------------------------

3.1 Ako často Vám Vaši rodičia / opatrovníci **neposkytovali** dostatok jedla, dokonca aj keď tak mohli ľahko urobiť?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

3.2 Boli Vaši rodičia / opatrovníci príliš opití alebo nadrogovaní, aby sa mohli o Vás postarať?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

3.3 Ako často Vás Vaši rodičia / opatrovníci **neposlali** do školy, dokonca aj vtedy, keď to bolo možné?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

RODINNÉ PROSTREDIE

Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života.....:

4.1 Žili ste s členom domácnosti, ktorý/á bol/a problémový pijan alebo alkoholik, alebo zneužíval/a drogy alebo lieky?

1) áno	2) nie	3) Odmietol/a odpovedať
--------	--------	-------------------------

4.2 Žili ste v spoločnej domácnosti s osobou, ktorá trpela depresiami, bola duševne chorá alebo mala samovražedné sklony?

1) áno	2) nie	3) Odmietol/a odpovedať
--------	--------	-------------------------

4.3 Žili ste v spoločnej domácnosti s osobou, ktorá bola policajne zadržaná alebo poslaná do väzby?

1) áno	2) nie	4) Odmietol/a odpovedať
--------	--------	-------------------------

4.4 Boli vaši rodičia niekedy odlúčení alebo rozvedení?

1) áno	2) nie	3) nehodiace sa	4) odmietol/a odpovedať
--------	--------	-----------------	-------------------------

4.5 Umrela vaša matka, otec alebo opatrovník?

1) áno	2) nie	3) neviem/nie som si istý(á)	4) odmietol/a odpovedať
--------	--------	------------------------------	-------------------------

Nasledovné otázky sú o určitých záležitostiach, ktoré ste mohli počuť alebo vidieť U VÁS DOMA. Sú to veci, ktoré sa mohli stať aj nejakému inému členovi Vašej domácnosti, teda nie len Vám osobne.

Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života.....:

4.6 Videli ste alebo počuli, že na Vášho rodiča alebo člena domácnosti niekto kričal, vrieskal, zaprisahával ho, urážal alebo ponižoval ho?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

4.7 Videli ste alebo počuli, že by Váš rodič alebo člen domácnosti bol fackovaný, kopaný, udieraný alebo bitý?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

4.8 Videli ste alebo počuli, že by bol Váš rodič alebo člen domácnosti udretý alebo porezaný predmetom ako palica (alebo trstenica), fľaša, obušok, nôž, bič a pod.?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

Nasledovné otázky sa týkajú určitých záležitostí, ktoré STE možno zažili VY.

Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života.....:

5.1 Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti na Vás kričal, vrieskal alebo nadával, urážal alebo ponižoval Vás?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.2 Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti sa Vám vyhrážal alebo skutočne Vás opustil alebo vyhodil z domu?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.3 Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti Vám dal výprask, fackoval, kopal Vás, udieral päťou alebo Vás inak bil?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.4 Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti Vás udrel alebo porezal nejakým predmetom ako palica (alebo trstenica), fľaša, obušok, nôž, bič a pod.?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.5 Dotýkal sa Vás niekto alebo hladkal Vás sexuálnym spôsobom proti vašej vôli?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.6 Nútil Vás niekto dotýkať sa jeho tela sexuálnym spôsobom proti vašej vôli?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.7 Pokúsil sa mať niekto s Vami orálny, análny alebo vaginálny styk proti vašej vôli?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

5.8 Mal s Vami niekto orálny, análny alebo vaginálny styk proti vašej vôli?

1) Častokrát	2) Párkrát	3) Raz	4) Nikdy	5) Odmietol/a odpovedať
--------------	------------	--------	----------	-------------------------

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 zámerné 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 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 som terčom sexuálnych vtíпов, komentárov alebo gest.
5) Bol som zámerné vynechaný zo spoločných aktivít alebo úplne ignorovaný.
6) Robili si zo mňa posmech kvôli vzhľadu môjho tela alebo tváre.
7) Bol som šikanovaný nejakým iným spôsobom.
8) Odmietol/a odpovedať