



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

Dopady šikany na ranou dospělost z pohledu psychosomatiky

Vypracovala: Veronika Bořová
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jiří Kressa, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4 .7. 2024

.....

Veronika Bořová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala panu Mgr. et Mgr. Jiřímu Kressovi, Ph.D. za vstřícný přístup při vedení této práce, za jeho cenné poznatky a za čas, jež mi při psaní této práce věnoval. Dále bych ráda poděkovala všem participantům účastnícím se výzkumné části za jejich čas a ochotu hovořit na toto téma. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a přátelům, jež mi byli při psaní této práce a rovněž po celou dobu studia velkou podporou.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zaměřuje na psychosomatické dopady šikany na oběti v rané dospělosti. Práce zkoumá dané téma z pohledu obětí šikany a soustředí se na jejich následné prožívání a vnímání dopadů šikany na jejich fyzické a také duševní zdraví. Teoretická část zahrnuje analýzu literatury zabývající se především psychosomatikou a šikanou. Dále je využita metoda tematické analýzy pro rozhovory s bývalými oběťmi šikany v rané dospělosti. Cílem této práce je přispět k lepšímu pochopení psychosomatických dopadů šikany a taktéž poskytnout možná doporučení pro prevenci této problematiky.

Klíčová slova: šikana, psychosomatika, dopad, raná dospělost, oběti

Abstract

This bachelor thesis focuses on the psychosomatic effects of bullying on victims in early adulthood. The thesis explores the topic from the perspective of the victims of bullying and focuses on their subsequent experiences and perceptions of the impact of bullying on their physical as well as mental health. The theoretical part includes an analysis of the literature dealing mainly with psychosomatics and bullying. In addition, a thematic analysis method is used to interview former victims of bullying in early adulthood. The aim of this thesis is to contribute to a better understanding of the psychosomatic effects of bullying and also to provide possible recommendations for the prevention of this issue.

Keywords: bullying, psychosomatics, impact, early adulthood, victims

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ŠIKANÁ	10
2 PSYCHOSOMATIKA	15
3 VZTAH MEZI ŠIKANOU A PSYCHOSOMATIKOU	19
3.1 Prolongované/přetrvávající trauma	24
4 PREVENCE	26
5 RANÁ DOSPĚLOST	28
PRAKTICKÁ ČÁST	29
6 METODOLOGIE	29
6.1 Výzkumný cíl	29
6.2 Metoda výzkumu	29
6.3 Výběr participantů	29
6.4 Metoda sběru dat	30
6.5 Průběh polostrukturovaných rozhovorů	31
6.6 Metoda analýzy dat	32
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	33
7.1 Zdravotní komplikace v důsledku šikany	33
7.1.1 Bolesti břicha	33
7.1.2 Problémy se spánkem	34
7.1.3 Nevolnost	35
7.1.4 Srdeční potíže	36
7.2 Duševní komplikace v důsledku šikany	36
7.2.1 Deprese	37
7.2.2 Úzkosti	37
7.3 Emocionální prožitky	38
7.3.1 Strach	38
7.3.2 Úzkost	39
7.3.3 Agrese	39
7.3.4 Smutek	39

7.4	Dopady šikany na současný život bývalých obětí	40
7.4.1	Negativní dopady	40
7.4.2	Pozitivní dopady.....	43
7.5	Odpovědi na výzkumné otázky	45
8	DISKUSE	47
	ZÁVĚR.....	49
	ZDROJE	50
	INTERNETOVÉ ZDROJE	51
	PŘÍLOHY	53

ÚVOD

Šikana je poměrně známé slovo, ve společnosti často skloňované a mnoho lidí se s ním v určité části svého života setkalo, ať už jako aktéři, či pouze jako pozorovatelé. Pro své oběti šikana představuje mnohdy velký stres a náročnou životní lekci. Znesnadňuje jim jejich každodenní život, a to v mnoha případech i poté, co samotný proces šikany skončí. Oběti si nesou rány, které je mohou provázet po zbytek jejich života. Ovlivňuje v mnoha případech jejich sebevědomí, důvěru v lidi, zdraví, vztahy a má mnohdy velký dopad na celkovou kvalitu jejich života. Na to, jakým způsobem působí šikana na člověka především z psychosomatického hlediska je právě tato práce zaměřena.

Mnohdy si člověk nedokáže spojit, že jeho zdravotní stav může být podmíněn i tím, co zrovna prožívá, jaká jsou jeho přesvědčení, vnitřní konflikty a potlačené emoce. Tyto skutečnosti spolu ovšem velmi úzce souvisejí.

Oběti šikany v dětství či dospívání mohou být často nemocné a může u nich probíhat celá řada zdravotních komplikací, jakými jsou především bolesti břicha, bolesti hlavy, problémy se spánkem, úzkosti, či deprese. Při vyhledání lékařské pomoci se ale často stává, že se nezjistí důvod těchto symptomů a po zdravotní stránce jsou pacienti zdraví a posláni domů s tím, že si s nimi lékař neví rady. V takovýchto případech je nutno zamyslet se právě nad psychickými prožitky, či možnými konflikty. Tato práce cílí především k lepšímu pochopení tohoto vzájemného vztahu dvou sfér, těla a duše, a následně poukazuje, jak intenzivní dopady na tyto sféry může šikana mít a to i mnoho let po jejím ukončení.

Téma bylo zvoleno především na základě zájmu autorky o tuto problematiku. Vzhledem k autorčině zaměření, kterým je učitelství na druhém stupni, byla tato práce pro samotnou autorku velmi přínosnou a obohacující, protože je to právě druhý stupeň základní školy, kde k šikaně velmi často dochází. V těchto situacích hraje i pedagog velmi důležitou roli a měl by vědět, jak se v takovýchto situacích zachovat, poskytnout potřebnou podporu, či v nejlepším případě šikaně a jejím následkům efektivně předcházet.

Práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část, je zaměřena především na šikanu, psychosomatiku a na jejich vzájemný vztah. Také navrhuje možnou prevenci předcházející této problematice.

Ve druhé části proběhl výzkum. Data byla získána formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s šesti participanty nacházejícími se aktuálně v rané dospělosti. Prostřednictvím těchto rozhovorů vzpomínali na období v jejich mládí či dospívání, kdy byli obětmi šikany. Důraz byl věnováván na dopady objevující se i v jejich současném dospělém životě. Data byla následně zanalyzována za pomoci designu tematické analýzy, který byl vzhledem k vlastnostem dat a tématu zvolen jako nejvhodnější. V poslední části byla témata interpretována.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ŠIKANANA

České slovo šikana původně pochází z francouzského slova *chicane*, kterým lze označit různé formy obtěžování, týrání, či jiné způsoby sužování a trýznění (Říčan & Janošová, 2010). Definice tohoto pojmu je však poměrně náročnou záležitostí. Především díky rozšíření škály jednání, která lze za šikanu považovat, zvýšené informovanosti a s tím zároveň větší citlivosti veřejnosti na tuto problematiku se v posledních letech objevuje časté nadužívání tohoto pojmu (Janošová et al., 2016). Je proto zásadní rozlišit, co lze za šikanu považovat a co naopak nikoli.

Dle metodického pokynu ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních lze za šikanu považovat následující: Agresivní chování ze strany žáka/ů vůči žákovi nebo skupině žáků či učiteli, které se jednak v čase opakuje (avšak nikoli nutně) a taktéž je podmíněno vědomou, záměrnou snahou ublížit ať fyzicky, emocionálně, sociálně a/nebo v případě šikany učitele také profesionálně. (MŠMT, 2016)

Podstatná pro definici šikany je tedy přítomnost agresivního chování, nevyváženost sil mezi aktéry a jistá opakovanost tohoto jednání (Janošová et al., 2014).

Přesto, že je o šikaně hovořeno jako o opakovaném jednání a definuje se na základě kritéria opakovanosti, lze nalézt i některé velice závažné případy, při kterých lze jako šikanu označit i jednání jednorázové, které je podmíněno hrozbou možného opakování (Říčan & Janošová, 2010).

Při definování šikany je hovořeno o ubližování mezi těmi, kteří se nacházejí ve stejném postavení a šikanu tedy lze nalézt nejen ve školním prostředí, ale lze se s ní setkat téměř kdekoliv. Mimo školní prostředí, kde se nejčastěji jedná o šikanu mezi žáky, lze šikanu nalézt například ve sportovním oddíle mezi jednotlivými sportovci, na pracovišti mezi spolupracovníky, nebo také ve vězení mezi spoluvězni. (Říčan & Janošová, 2010)

Mezi agresorem (tím, kdo ubližuje) a obětí (ten, komu je ubližováno) existuje jistý osobní asymetrický vztah moci, což lze vysvětlit tím, že oběť si je dobře vědoma toho, kdo jí

ublíží, této osoby se bojí a lze říci, že je odkázána na její rozmary a nálady (Říčan & Janošová, 2010).

Za šikanu bývá často chybně označované i tzv. škádlení, probíhající formou popichování, či různého pokoušení. To má však na rozdíl od šikany jinou podstatu. Cílem zmiňovaného škádlení je především posílení vzájemného vztahu mezi aktéry, navození vzájemné dobré nálady a oboustranné zábavy. Ve školním prostředí hraje poměrně důležitou roli v rámci sociální komunikace, vzájemného poznávání a sblížování mezi jednotlivými aktéry (Říčan & Janošová, 2010). Stejně jako šikana, má i škádlení mnoho podob a lze jej sledovat, jak na přátelské úrovni, tak i na úrovni více bolestivé. (Zvírotsky, 2023)

Při vymezování definice školní šikany je především soustředěno na tři základní kritéria, na nichž se odborníci na tuto problematiku zpravidla shodují. Tato kritéria jsou:

1. Záměrnost
2. Opakovanost
3. Nerovnováha sil mezi aktéry

První kritérium, tedy záměrnost, je chápáno jako úmyslný útok osoby, která jedná agresivně. Tuto podmínku lze v definicích šikany nalézt vyjádřenou jak přímo, například jako formu agresivního chování za účelem sužování oběti (Hawkins et al., 2001 in Janošová et al., 2016), či jako určité nevyprovokované útoky, jejichž záměrem je opět ublížení oběti (Manesini et al., 2003a in Janošová et al., 2016). Mnohdy však záměrnost bývá pouze naznačena formou nepřímého odkazu na agresivní jednání (Salmivalli et al., 2006 in Janošová et al., 2016). Právě toto kritérium je bezpochyby jedním z nejvíce diskutovaných a rozhoduje nejvíce o tom, co lze za šikanu považovat a co naopak nikoli (Janošová et al., 2016).

Druhým kritériem je kritérium opakovanosti útoků. Většina zdrojů uvádí přímo podmínku opakování útoků (Hawkins et al., 2001; Salmivalli et al., 1996; Ttofi et al., 2008 in Janošová et al., 2016), nebo naznačují, že agresivní jednání vůči oběti je časté a má tendenci trvat delší dobu (Janošová et al., 2016). Přestože šikana probíhá zpravidla dlouhodobě (po dobu týdnů, měsíců a někdy dokonce i let) může nastat situace, kdy dojde k jednotlivým útokům ve velmi rychlém sledu za sebou, například na školním výletě (Zvírotsky, 2023).

Důležité je si uvědomit, že osoby vystavené šikaně pociťují hrozbu nejen při jednotlivých útocích, ale strach z nich vnímají i v časových intervalech mezi nimi (Dumská, 2014 in Janošová et al., 2016). Oběti často prožívají pocity zranění a ohrožení ještě dlouhou dobu poté, co konkrétní útoky přestaly (Janošová et al., 2016). V některých závažných situacích lze navzdory kritériu opakovanosti považovat jednorázový útok jako formu šikany. V takovýchto případech jde především o brutální výbuch skupinové agrese s prvky tzv. lynče. (Naylor et al., 2006; Kolář, 2001; 2011 in Janošová et al., 2016) Stejně tak lze za šikanu označit jednorázový útok v rámci kyberšikany, kdy zraňující obsah zůstává na internetu veřejně dostupný a kdokoliv se na něj může kdykoliv podívat i přesto, že samotní agresori již v takovém jednání nepokračují (Janošová et al., 2016). Při definování kyberšikany je tedy toto kritérium opakovanosti splněno zveřejněním obsahu (Ševčíková, 2014 in Janošová et al., 2016).

Posledním kritériem je kritérium nerovnováhy sil mezi jednotlivými aktéry. Lze jej definovat jako jistou výhodu v převaze síly na straně osoby, jež šikanuje, ale zároveň také jako nevýhodu z perspektivy oběti šikany, a to zvýšenou obtížností této osoby ubránit se konkrétním útokům (Swearer et al., 2010 in Janošová et al., 2016). V tomto případě není myšlena nerovnováha sil pouze fyzických, i když ty hrají často velmi zásadní roli, ale také verbální zdatnost aktérů, pohotovost jejich jednání nebo extraverté oproti nadměrné plachosti (Tupý, 2011 in Janošová et al., 2016). Dále mnohé žádoucí kompetence (např. sportovní či akademické) a taktéž mnohé kvality, především vzhled. V neposlední řadě příslušnost k etnické většině, či členství v nějaké zvýhodněné skupině. (Felix, Green, 2010 in Janošová et al., 2016) Šikanující osoby si často vybírají oběti, u nichž se domnívají, že je z nejrůznějších důvodů malá pravděpodobnost, že by se jich ostatní významní členové dané skupiny zastali, což poté odráží skupinový proces šikany. Je to právě kritérium nerovnováhy sil, jež odlišuje šikanu od obecné agrese, při níž si aktéři mohou být v ohledu sil rovni. Nicméně některé zdroje uvádějí kromě zmíněných kritérií záměrnosti, opakovanosti a nerovnováhy sil ještě čtvrté kritérium, a to kritérium intenzity, jež odlišuje šikanu od škádlení či rvaček. (Kaufman et al., 2020)

V rámci klasifikace šikany je nejčastěji hovořeno a šikaně přímé a nepřímé. Pod šikanu přímou se řadí násilí vůči oběti v nejrůznějších formách a tato široká škála obsahuje jakékoliv působení bolesti oběti, jakožto bití, kopání a mnohé další. Dále se sem řadí pro

oběť nepříjemná a ponižující tělesná manipulace, kdy je oběť například nucena se obnažovat, nebo v některých případech nucena pozřít něco nechutného. Dále se sem řadí vědomé ničení a zabavování osobních předmětů oběti, slovní útoky ve formě nadávek, posměchů a urážek. V neposlední řadě je hovořeno a takzvaném zotročování, při němž dochází k přinucení oběti pod nátlakem hrozeb a slovních výhrůžek nebo fyzickým ubližování, „sloužit“ agresorovi. Oběť je nucena konat proti své vůli něco pro ni ponižujícího nebo dokonce zakázaného a nezákonného, a to velmi často ve prospěch agresora. Naopak šikana nepřímá spočívá především ve vědomém oddělení oběti od nějaké skupiny a držení tohoto jedince v sociální izolaci. Projevuje se nejčastěji vylučováním jedince z aktivit dané skupiny, ignorováním, přehlížením a nekomunikováním s touto osobou. Nepřímou šikanu lze nalézt častěji než v chlapeckém kolektivu v kolektivu dívčím a paradoxně je mnohdy trýznivější než šikana přímá. Oběť nepřímé šikany se často snaží zavděčit svým agresorům a přizpůsobit se mnohdy až zoufalými činy. Tyto dva druhy šikany se povětšinou nevyskytují odděleně, ale naopak dochází k jejich časté kombinaci. (Říčan & Janošová, 2010)

Kromě rozdělení šikany na přímou a nepřímou lze také podle Koláře (Kolář, 2001) zohlednit, zda se jedná o formu fyzickou či verbální a také aktivní či pasivní. Toto klasifikování se nazývá trojdimensionální „mapa“ a kombinací těchto tří dimenzí se vytvoří osm druhů šikanování, které jsou následující:

Druhy šikanování

Příklady projevů

Fyzické přímé aktivní

Útočníci oběť věsí do smyčky, škrtí, kopou, fackují.

Fyzické aktivní nepřímé

Kápo pošle nohsledy, aby oběť zbili. Oběti jsou ničeny vůdci.

Fyzické pasivní přímé

Agresor nedovolí oběti, aby si sedla do lavice (fyzicky brání oběti v dosahování jejích cílů).

Fyzické pasivní nepřímé

Agresor odmítne oběť na její požádání pustit ze třídy na záchod (odmítnutí splnění požadavků).

Verbální aktivní přímé

Nadávání, urážení, zesměšňování.

Verbální aktivní nepřímé

Rozšiřování pomluv. Patří sem, ale i tzv. symbolická agrese, která může být vyjádřena v kresbách, básních apod.

Verbální pasivní přímé
Verbální pasivní nepřímé

Neodpovídání na pozdrav, otázky apod.

Spolužáci se nezastanou oběti, je-li nespravedlivě obviněna z něčeho co udělají její trýznitelé.

(Kolář, 2001)

2 PSYCHOSOMATIKA

Slovo psychosomatika je odvozeno ze dvou slov – psyche a soma. Slovo psyche lze vysvětlit jako duševno či psychično a v konkrétních případech pak životní situaci člověka a způsob, jakým tato osoba reaguje na různé situace. Slovo soma, pocházející z řečtiny, lze jednoduše přeložit jako tělo. Psychosomatika se tedy soustředí na vzájemný vztah a fungování těchto dvou sfér, duševnem a tělesnem, které nechápe jako oddělené celky, ale naopak mezi nimi nachází a vysvětluje vztahy a principy jejich vzájemného fungování a vnímá je jako vzájemně silně propojené systémy. (Poněšický, 2002)

Interakce mezi těmito dvěma systémy je neustálá a velmi intenzivní. Jakákoliv porucha nebo dysbalance jednoho ze systémů tedy znamená následnou nerovnováhu nebo poruchu systému druhého. Samotný pojem psychosomatika lze užít v mnoha významech. Může se jednat o psychosomatický postoj k nemocnému člověku, k jeho diagnostice a poté následné léčbě této osoby, jakožto osoby bio-psycho-sociální. Pod pojmem psychosomatická se také označují různá onemocnění, u nichž sice dochází k tělesným projevům a symptomům, ovšem bez existujícího nálezu organické příčiny jejich možného zrodu. (Ratislavová & Bednářová, 2018) Psychosomatika nehodlá přisuzovat menší význam faktorům tělesným, ale chce zdůraznit význam faktorů, které lze označit za duševní (Morschitzky & Sator, 2007). Na lidskou bytost je v rámci oboru psychosomatiky pohlíženo jako na takzvanou integrální bytost, která disponuje svými bio-eko-psycho-sociálními potřebami, ale také potřebami duchovními (Ratislavová & Bednářová, 2018).

Pokud je pohlíženo na psychosomatickou medicínu v jejím nejširším pojetí, lze tvrdit, že je stará jako samotné lékařství (Baštecký et al., 1993). Na vzájemný vztah mezi tělem a duší bylo ovšem v průběhu mnoha staletí pohlíženo různými způsoby. Základy psychosomatiky a tvrzení, že pocity a emoce výrazně ovlivňují konkrétní orgány, lze nalézt již v dobách starověkého řeckého lékaře Hippokrata, jenž byl o tom přesvědčen. Jeho tvrzení například obsahovalo vztah mezi orgánem srdce a lidskými emocemi. Tvrdil, že pokud je osoba veselá a projevuje radost, její srdce se rozšiřuje. Naopak při pocitech negativních, především pak zlosti, se lidské srdce stahuje. (Morschitzky & Sator, 2007) Poprvé se s termínem psychosomatika lze setkat již počátkem devatenáctého století. Konkrétně v roce 1818, kdy jej poprvé užil německý lékař Johann Heinroth. Později došlo k doplnění o termín somatopsychický, jakožto jeho opakem. Psychosomatika tak, jak ji dnes chápeme, vznikla

na začátku dvacátého století, a to především díky vlivu psychoanalýzy. (Baštecký et al., 1993) Zrod moderní psychosomatiky tedy nastal především díky pracím rakouského neurologa Sigmunda Freuda a jeho žáků. V důsledku těchto prací bylo jednoznačně ukázáno na významnost, jakou duševno disponuje při vzniku tělesných poruch a následném rozvíjení těchto poruch (Morschitzky & Sator, 2007). Sám Sigmund Freud ovšem pojem psychosomatika nikdy neužil. Přispěl především uvedením problematiky konverze, jakožto symbolického vyjádření konfliktu na intrapsychické úrovni v rámci tělesné sféry a dále ve vyobrazeních vzniku tělesných a vegetativních reakcí jakožto vegetativního doprovodu emoční reakce na vnější podnět. Na jeho koncepci konverze navázal Georg Groddeck a dále ji rozšířil do monistické psychogenní etiologie tělesných nemocí. (Baštecký et al., 1993) Další významnou osobností, která přispěla k rozvoji psychosomatiky je německý internista a psychoanalytik Franz Alexander, který v roce 1950 vydal dílo s názvem *Psychosomatische Medizin* (Psychosomatické lékařství). Toto dílo je považováno za nejvýznamnější psychoanalytickou koncepci psychosomatických poruch a je v něm popsáno takzvané svaté sedmero psychosomatických onemocnění. Mezi tato onemocnění disponující údajnou specifickou psychodynamikou je zařazen peptický vřed, asthma bronchiale, revmatická artritida, migréna, vysoký krevní tlak, colitis ulcerosa a neurodermitis. I navzdory tomu, že sám Alexander považoval pojem psychosomatické nemoci jako specifické diagnostické jednotky za v podstatě bezcenný a psychosomatiku chápal spíše jako diagnostickou metodu, jeho práce výrazně napomohla vývoji psychosomatiky a jejímu osamostatnění jakožto disciplíny v rámci medicíny. V rámci své teorie nazývané jako teorie specifičnosti tvrdí, že ke vzniku určitých chorob dochází v důsledku specifických konfliktů. Tyto konflikty na psychické úrovni jsou nevědomé a dochází k nim při rozporu mezi dvěma žádostmi, či žádostí a zákazem. Konkrétně lze zmínit například žádost neboli touhu po opoře, závislosti a jistém zaopatření v rozporu se zároveň existující touhou osoby po tom být nezávislá a samostatná. Dnes je ovšem tato teorie pokládána za již překonanou a výzkumem nepotvrzenou. (Morschitzky & Sator, 2007)

Od Alexandrových dob se lze setkat s rozdělením psychosomatických nemocí ve svém nejobecnějším smyslu do čtyřech hlavních kategorií. Toto rozdělení je založeno na míře závažnosti jednotlivých nemocí (Morschitzky & Sator, 2007).

Jedná se o:

- Poruchy celkového tělesného schématu
- Funkční poruchy
- Psychosomatické poruchy v užším smyslu
- Somatopsychické poruchy

První kategorií jsou poruchy celkového tělesného schématu, dříve známé pod termínem neurotické. Řadí se sem nejrůznější tělesné obtíže, jejichž vznik je podmíněn psychicky, či psychosociálně. V rámci těchto nemocí nedochází ke vzniku chronických poruch vegetativního nervového systému, ani k žádné změně tkání a k poruchám orgánů. Řadí se sem nejčastěji bolesti hlavy a jedná se také o problémy se žaludkem. U 80 % lidí dojde během týdne k výskytu nějakého tělesného symptomu, aniž by si kvůli tomu připadali nemocní. Ovšem dle individuálního způsobu vnímání nemoci a subjektivní teorie nemoci může dojít k vyústění těchto symptomů v omezující trápení a tyto symptomy mohou pozvolna přecházet až v poruchy funkční nebo somatoformní, které již jako nemoci brány jsou. (Morschitzky & Sator, 2007)

Jako o funkčních poruchách je hovořeno v případě, kdy již dochází k narušení a poškození tělesných funkcí, ovšem bez jakékoliv organické příčiny. Obvykle roli při vzniku funkčních poruch hrají poruchy psychické, ale poměrně často bývají zapříčiněny zneužíváním návykových látek a léků. K jejich zapříčinění může také dojít v případě tělesného či duševního přepínání bez psychiatrické diagnózy. Zpravidla spočívají ve vzniku poruchy autonomního nervového systému. K jejich projevu dochází nejběžněji symptomy jako jsou bušení srdce, žaludeční a střevní obtíže, dýchací potíže, ale i nadměrné pocení. Známé jsou také případy, při nichž dojde k narušení volního nervového systému, což se projevuje především pohybovými, řečovými, zrakovými nebo sluchovými vadami. Funkční poruchy se dále dělí na poruchy somatoformní a disociativní. Při somatoformních poruchách, tedy poruchách tělesného poškození bez zjištění chorobných tkáňových změn dochází u pacientů často k výskytům deprese, úzkostných poruch nebo k poruchám osobnosti. Pod pojmem somatoformní ovšem označit i poruchy, kde je sice organická příčina zjištěna a prokázána, ale absolutně neodpovídá stavu pacienta. Tedy neodpovídá míře tíživosti, s jakou ji pacient prožívá, ani škále projevů, délce jejího trvání či míře psychosociálního poškození. Podstatné je, že pacienti jsou v tomto případě naprosto přesvědčeni o tom, že disponují fyzickou chorobou. Tedy nejde jen o prokázání psychického podmínění, ani

o vyloučení organické příčiny, ale spíše o detailnější popis vzorce chování, při kterém dochází kromě symptomů v rámci diagnostické medicíny obvyklých také ke specifickým mentálním přesvědčení pacientů a charakteristickým interakčním zákonitostem. Tyto choroby mohou vyústit v psychosomatické poruchy, kde již k chorobným změnám tkání dochází či v organické funkční choroby. Druhou podskupinou funkčních poruch jsou vedle somatoformních poruch poruchy disociativní, které se od nich odlišují neorganickými poškozeními v oblasti volní motoriky a smyslového vnímání. Lze je charakterizovat specifickou částečnou či úplnou dezintegrací vnímání osoby jimi trpící. Pacient má obtížnost s kontrolou svých tělesných pohybů a koordinací, dochází u něj k poruchám vybavování si vzpomínek na minulost a problematické je také vědomí své vlastní identity. Dochází k rozlišení disociativních poruch na kognitivně disociativní a tělesně disociativní, které z psychosomatického hlediska pocházejí z psychogenního původu, což znamená, že na jejich vznik mohly mít vliv nějaké konkrétní traumatizující události, které pacient ve svém životě prožil, nebo neřešitelné či z jakýchkoliv důvodů nezvladatelné konflikty a neshody v mezilidských vztazích. (Morschitzky & Sator, 2007)

Psychosomatické poruchy v užším slova smyslu jsou v podstatě určité tělesné choroby, u nichž bylo prokázáno buďto poškození orgánů, nebo organicky zapříčiněná porucha tělesných funkcí a na jejichž vzniku a pozdějším udržování či zhoršování stavu se do určité míry podílejí faktory psychické či sociální. U těchto onemocněních nestačí běžná diagnóza, nýbrž je potřeba ideálně takzvané dvojí diagnózy, jež zahrnuje jeden kód pro faktory psychologické a druhý pro konkrétní organickou poruchu. V případě výskytu výraznějších psychiatrických symptomů dostává pacient kromě již zmíněných diagnóz ještě diagnózu třetí, a to psychiatrickou. (Morschitzky & Sator, 2007)

Poslední skupinou jsou onemocnění nazývána jako somatopsychická, v jejichž důsledku dochází u pacienta ke vzniku duševních symptomů a různým psychosociálním poškozením. Do této kategorie se řadí onemocnění vyžadující intenzivní psychické zpracování. (Morschitzky & Sator, 2007)

3 VZTAH MEZI ŠIKANOU A PSYCHOSOMATIKOU

Důkazů o vzájemné integraci mezi tělesnem a duševnem lze nalézt velmi mnoho v naprosto běžných každodenních zkušenostech. Nejčastěji vyskytujícím se příkladem tohoto vzájemného vztahu dvou sfér je například pocit svírání žaludku dostavující se před nějakou stresovou situací, či pocení, zvýšení krevního tlaku a zrychlení pulsu v situacích, které lze z jistých důvodů považovat za napjaté. Tuto skutečnost popisuje i mnoho známých úsloví, jako například, že člověku praskne hlava z nějakého problému, zlomení srdce z nešťastné lásky nebo úsloví, že člověk pod tíhou nějakého problému ohýbá záda. (Poněšický, 2002)

Psychosomatická reakce je zcela zdravou a přirozenou formou prožívání. Obecně lze říci, že každý pocit vyvolá v člověku nějakou tělesnou reakci a stejně tak i každá tělesná reakce se v osobě promítne formou nějakého pocitu. (Morschitzky & Sator, 2007)

V současné době dochází ke stále většímu porozumění závažnosti šikany a míře jejich negativních dopadů na děti. Šikana představuje bezpochyby rizikový faktor jak pro psychickou pohodu šikanovaného dítěte, tak pro jeho sociální adaptaci. Následky šikany lze nalézt u aktérů šikany na obou stranách, tedy jak mezi agresory, tak mezi oběťmi šikany. Dle mnoha studií jsou děti, které jsou v tomto vztahu agresory, často vystaveny riziku psychiatrických poruch a mají často tendenci k projevení negativního, nebo asociálního chování během jejich dospívání. Příkladem toho chování je záškoláctví, různé formy delikvence či zneužívání návykových látek. Co se týče obětí šikany je hovořeno především o problémech s nízkým sebevědomím a sebehodnocením. U častých obětí šikany se dále vyskytují ve velké míře deprese a v závažných případech u nich dochází k sebevražedným myšlenkám. Mezi nejčastější psychosomatické problémy vznikající v důsledku šikany patří především bolesti hlavy, bolesti zad, bolesti břicha, problémy se spánkem, špatný apetit nebo noční pomočování. (Gini & Pozzoli, 2009)

Na základě kvantitativní metaanalýzy byl proveden výzkum zkoumající, zda tvrzení, že děti zapojené do procesu šikany disponují zvýšeným rizikem psychosomatických problémů. Tento výzkum proběhl v roce 2009 na univerzitě v Padově v Itálii. Došlo k provedení třech samostatných metaanalýz z důvodu rozdělení dětí a adolescentů na tři skupiny dle jejich působení v procesu šikany. Konkrétně šlo tedy o děti a adolescenty ve věku 7-16 let, kteří byli oběťmi šikany, agresory, nebo jak oběťmi, tak agresory. Jejich celkový počet byl 152 186 a zkoumáno bylo celkem 11 studií, jež splňovala následující kritéria: 1) zahrnutí

měření šikany a psychosomatických syndromů 2) obsažení dostatečného množství informací umožňující výpočet velikosti efektu (například uvedením srovnání hodnot mezi aktéry šikany a kontrolní skupinou, tedy nezapojených vrstevníků). Bylo zjištěno, že šikanování ve škole značně souvisí se zvýšeným rizikem výskytu psychosomatických problémů a může mít závažné důsledky na psychické zdraví dětí. (Gini & Pozzoli, 2009)

V dalším dostupném výzkumu pocházejícím ze stejné univerzity byla taktéž potvrzena přímá souvislost mezi šikanou a psychosomatickými obtížemi u dětí. Dále v rámci tohoto výzkumu, kde vzorek tvořilo celkem 565 dětí v mladším školním věku vybraných náhodně, došlo k prokázání spojitosti mezi šikanou a širokou škálou problémů behaviorálních, emociálních a také sociálních. Metoda použita v rámci tohoto výzkumu měla podobu sebehodnotících dotazníků a následně jejich učitelé hodnotili jednotlivé děti pomocí dotazníku Strengths and Difficulties Questionnaire. Ze zmíněného vzorku 565 dětí bylo 11,2 % dětí klasifikováno jako šikanující agresori, 7,1 % jako oběti šikany a 10,4 % jako oběti, které jsou zároveň i agresory. V porovnání s dětmi, které do procesu šikany nebyly zapojeny docházelo u obětí šikany k mnohem vyššímu riziku jak v oblasti problémů s chováním, hyperaktivitou a problémy s vrstevníky. Dopady šikany, jak již bylo zmíněno, se v jisté míře projevují i u agresorů, nebo u skupiny dětí jež jsou jak agresory, tak oběti. U všech těchto skupin došlo k potvrzení zvýšeného rizika psychosomatických poruch oproti dětem v procesu šikany nezúčastněným. Nejmarkantnější dopad je ovšem pozorován mezi oběti šikany. Tato zjištění poukazují na nutnost existence preventivních a intervenčních strategií a dále nutnost zvýšené pozornosti těmto zranitelným skupinám dětí do budoucna. (Gini, 2008)

V roce 2014 došlo k výzkumu asociace mezi šikanou a potížemi se spánkem. Výzkum byl proveden Hunterem a kolegy na vzorku 5 420 dětí. Obtíže se spánkem byly definovány jako problémy s usínáním, problémy s udržení spánku, nebo pocit přílišné únavy pro normální každodenní fungování a zvládnání běžných situací. Došlo se k závěru, že u mladistvých, kteří byli zapojeni do procesu šikany, byla skoro dvakrát větší pravděpodobnost na výskyt těchto problémů než u mladistvých procesu šikany nezúčastněných. Nutno ovšem podotknout, že může dojít ke zkreslení výsledků například z důvodu chybného uvedení časové délky nutné pro usnutí ze strany mladistvých. Také nutno zmínit, že byl výzkum proveden mezi mladistvými nacházejícími se v různých fázích dospívání a jisté spánkové vzorce se

v konkrétních fázích dospívání od sebe odlišují. (Hunter et al., 2014; van Geel et al., 2014 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016)

Dle metaanalýzy z roku 2013 se dospělo k závěru, že mladistvé oběti šikany disponují až dvakrát větším rizikem výskytu psychosomatických poruch oproti mladistvým, kteří nebyli obětmi šikany. V tomto případě oběti hlásily především obtíže jako jsou bolesti hlavy, bolesti břicha, závratě a noční pomočování. (Gini & Pozzoli, 2013 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016)

Existují také studie zkoumající v této problematice rozdíl mezi pohlavími. Bylo prokázáno, že dívky, které jsou obětmi šikany častěji trpí úzkostmi a obecně lze říci, že u nich dochází k častějšímu výskytu zdravotních komplikací než u chlapců, kteří jsou také obětmi šikany. (Kowalski a Limber, 2013 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016)

Šikana jakožto stresor aktivuje stresový systém, který je soustředěn na osu hypotalamus-hypofýza-nadledvinky (HPA) (Dallman et al., 2003; McEwen a McEwen, 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016). Funkcí HPA a dalších hormonů v lidském těle je podporovat přežití a adaptaci na různé situace. Ovšem chronicky zvýšená hladina hormonů může vést k výskytu řady problémů, jelikož stres mění hladiny mnoha hormonů a biomarkerů čímž také ovlivňuje chování osob. Prokázáno je, že se hladina kortizolu u obětí časté šikany mění a dochází k takzvanému otupení reakce kortizolu. (Booth et al., 2008; Kliewer, 2006; Knack et al., 2011b; Ouellet-Morin et al., 2011; Vaillancourt et al., 2008 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) V případě dlouhodobého stresu (kterým šikana pro mnoho obětí bezpochyby je) dochází k hypofunkci stresových hormonů a následnému otupení reakce na stres, což znamená, že nedojde ke zvýšení hladiny kortizolu, jako by tomu mělo být v rámci přirozené reakce na stres. Přesto, že se tato skutečnost může zdát na první pohled prospěšná a pozitivní, opak je pravdou, jelikož kortizol má mnoho funkcí a jeho role při regulaci mnoha biologických systémů je velmi významná. (Knack et al., 2012a; McEwen, 2014; Vaillancourt et al., 2013a in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Při zmiňovaném otupení stresové reakce dochází k ohrožení celkové koordinace biologických funkcí kortizolu. Velmi nadměrná aktivace stresového systému způsobující toto otupení je klinicky velmi významná z důvodu, že je spojena s posttraumatickou stresovou poruchou a dalšími psychiatrickými poruchami

a je tak důležitá pro pochopení neschopnosti jedince zvládnout stres a neschopnost jeho seberegulace (Heim et al., 1997 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016).

Dlouhodobý stres má také za následek narušení cirkadiálního rytmu kortizolu, jež vede k obtížnému rannímu probouzení, a naopak obtížnému večernímu usínání. Tato skutečnost může vést k rozsáhlému narušení spánkového režimu, jež pak může vyústit v množství dalších problémů v rámci emoční regulace, učení, poruchy nálad i zvýšená detekce a reakce na různé sociální hrozby. (McEwen a Karatsoreos, 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Zajímavé je, že charakteristika kortizolové odezvy u dětí je oproti dospělým zdlouhavá. Než hormony opustí krev a mozek, trvá to téměř dvakrát déle než u dospělých jedinců. (Romeo, 2010; 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Hladiny kortizolu se také zvyšují s věkem a s pubertálním vývojem (Barra et al., 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016).

Obecně emoční regulace, zahrnující i schopnost člověka překonat traumatické a stresové události, zahrnuje schopnost člověka regulovat hladiny stresových hormonů a uvádět jejich míru do normálních hodnot. Dětem s regulací jejich stresových reakcí mohou významně pomoci osoby jim blízké, ať už jde o rodiče, učitele, nebo jiné jejich pečovatele. Tento proces se nazývá jako sociální buffering. Citlivá důvěryhodná osoba, jež o danou osobu pečuje, nebo jiný silný podpůrný systém mohou snížit množství uvolňovaných stresových hormonů a také zkrátit dobu jejich působení v těle. (Hostinar et al., 2014; Ouellet-Morin et al., 2011; 2013 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016)

U obětí šikany dále z fyziologického hlediska může docházet vlivem stresu k aktivaci imunitního systému (Copeland et al., 2014; McCormick a Mathews, 2007 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) a k otupení kardiovaskulárního systému (Newman, 2014 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016).

Existují důkazy, jež naznačují změnu ve fungování mozku u obětí šikany. Výzkum, který poskytl tyto důkazy, naznačuje, že oběti dlouhodobé šikany disponují neurálním podpisem v mozku. Na základě této skutečnosti pak může docházet k jistému vzorci chování spojeného se šikanou. (Bradshaw et al., 2012 ; Vaillancourt et al., 2013a in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Přes nedostatek studií přímo zkoumajících dopady šikany na mozek, existuje několik studií zkoumající aktivitu mozku při zpracovávání

sociální bolesti. Zmiňovanou sociální bolest lze popsat jako pocity bolesti spojené s odmítnutím skupiny vrstevníků či ostrakizací a je v souladu s tím, jaké pocity pramenící ze zkušenosti se šikanou popisují její oběti. (Vaillancourt et al., 2013a in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Prokázáno je, že u osob pociťujících sociální bolest dochází k zaktivování podobným oblastem jako při pocitech bolesti fyzické (Eisenberger, 2012 ; Eisenberger a Lieberman, 2004 ; Eisenberger a kol., 2003 ; Kross a kol., 2011 ; Vaillancourt a kol., 2010a in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016). Předpokládá se, že právě skutečnost, že fyzická i sociální bolest mají navzájem překrývající se nervové systémy, by mohla vysvětlit proč mají lidé ve zvyku užívat jisté metafory fyzické bolesti při interpretaci jejich zkušeností s ponižováním či odmítáním. Jako příklad lze uvést tvrzení „Zlomilo mi to srdce, když mě nazvala ošklivým“. (Eisenberger, 2012 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016)

U obětí šikany dochází kromě fyziologických problémů také k nízkému sebevědomí a pocitům úzkosti a deprese. Často se tito mladí lidé také cítí osamělí. (Juvonen a Graham, 2014 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Dle výzkumů pocházejících z vývojové psychopatologie vychází najevo, že právě stresující životní události mohou zapříčinit vznik a následné udržení deprese, úzkosti, nebo dalších psychiatrických symptomů. Právě šikana představuje pro velkou část mladých lidí primární životní stresor. (Swearer a Hymel, 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Výzkum probíhající formou několika metaanalýz zkoumal vztah mezi oběťmi šikany a depresí. Konkrétně se jednalo o oběti kyberšikany, která je jednou z mnoha forem šikany. Oběti kyberšikany prokazovaly zvýšenou úroveň deprese, větší výskyt sebevražedných myšlenek a zvýšenou úroveň emočního stresu oproti vrstevníkům v procesu šikany nezúčastněným (Patchin, 2006 ; Ybarra et al., 2006 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) a závažnost jejich deprese v podstatě korelovala se závažností a stupněm kyberšikany (Didden et al., 2009 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016).

Z dlouhodobých studií šikany u dětí došlo ke zjištění, že v důsledku šikany dochází k dlouhodobým následkům u obětí i dávno po jejím skončení. Dlouhodobé následky šikany přetrvávají mnohdy až do dospělosti jedinců. (Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) Například Bowes a kolegové (Bowes et al., 2015 in Committee

on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) provedli výzkum deprese u širokého vzorku osob, jež uvedli, že ve věku svých třinácti let byli obětmi šikany. Ve věku osmnácti let měly tyto osoby mnohem vyšší míru deprese než stejně staré osoby, které obětmi šikany nikdy nebyly. Konkrétně autoři uvedli, že až 14,8 % osob, jež se ve věku třinácti let staly obětmi časté šikany, byly v osmnácti letech diagnostikovány s klinickou depresí. Tento výzkum také naznačil, že až třetina osob trpící depresí byla v dětství šikanována.

Stejně jako deprese může být dlouhodobým projevem šikany například i úzkostná porucha. Konkrétně Stapinski a jeho kolegové (Stapinski et al., 2014 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) došli ke zjištění, že u osob ve věku osmnácti let, jež byly v dětství obětmi časté šikany, dochází ke dvakrát až téměř třikrát větší pravděpodobnosti rozvinutí úzkostných poruch a četných internalizačních problémů než u jejich vrstevníků, kteří šikanováni v minulosti nebyli. Šikana a internalizační problémy, jako je deprese nebo úzkost, se vzájemně posilují a ovlivňují ve smyslu toho, že zkušenost s jednou touto problematikou zvyšuje riziko zkušenosti s druhou (Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016).

Dle výzkumu zkoumajícího oběti šikany v dospělosti, byly u těchto osob zjištěny dopady na všechny oblasti jejich životů. Ve věku 23 a 50 let disponovaly tyto osoby větší mírou depresí a obecně psychických potíží než osoby, které nikdy šikanovány nebyly. Oběti časté šikany v dětství měly obecně také vyšší riziko úzkosti. Ve věku 45 let tyto osoby měly častěji sebevražedné myšlenky než ti, u kterých k šikaně nedošlo. V jiných oblastech života těchto osob například docházelo k nižšímu vzdělání. Konkrétně ve věku 50 let disponovaly obecně nižší mírou vzdělanosti a pracovní kvalifikace než osoby nešikanované. Dalšími rozdíly mezi těmito dvěma skupinami byla nižší pravděpodobnost soužití s partnerem ve věku 50 let. Obecně oběti šikany uváděly oproti nešikanovaným osobám nižší spokojenost s jejich životy. (IOE, UCL's Faculty of Education and Society)

3.1 Prolongované/přetrvávající trauma

Oběti šikany si svá traumata z dětství často mohou nést i do období dospělosti a může u nich docházet k takzvané posttraumatické stresové poruše neboli PTSD, která se projevuje například vracením se k traumatizujícím zážitkům ve formě myšlenek, nebo ve snech. Tato skutečnost se označuje jako „flashback“. Tyto flashbacky se většinou projevují neústupnými a otravnými myšlenkami trýznící oběť, nebo formou nočních můr. Osoby

trpící PTSD se dále vyznačují vyhýbavým chováním, nebo nadměrnou vznětlivostí. V rámci zmiňovaných flashbacků se osoby vyhýbají situacím, které jim připomínají dané situace, jež je traumaticky zasáhly, ať už jde o vyhýbání se konkrétním místům či typům osob. Poměrně důležitým faktorem, který vede ke vzniku PTSD, je pocit ztráty kontroly. (Národní zdravotnický informační portál, 2024).

4 PREVENCE

V rámci prevence šikany a omezení jejích dopadů na psychosomatiku jde o poměrně složitý a komplexní úkol. V ideálním stavu jde o spolupráci škol, rodin i zájmových organizací. Jejich vzájemná spolupráce a dobrá vzájemná komunikace je klíčovým předpokladem pro účinnou prevenci proti šikaně. Ve školním prostředí hraje klíčovou roli třídní učitel, který je v každodenním kontaktu se žáky a jeho vliv významně ovlivňuje celkové klima třídy. Důležitou roli hrají samozřejmě i další pedagogové, kteří by měli být schopni žákovi nacházejícím se v obtížné situaci neprodleně pomoci. Naopak by pedagogové měli být také schopni agresorům vysvětlit, proč je jejich chování nepřijatelné a jaké může mít následky. (Fórum pro prožitkové vzdělávání, 2020)

Ve školním prostředí může být důležitým aspektem v prevenci šikany také kvalitně organizovaný a dostatečný dozor o přestávkách. Podstatná je také etická výchova aplikovaná na šikanu, jež se snaží žákům vštěpovat základní společenské hodnoty, jako jsou úcta k ostatním lidem, nebo soucit. Škola by měla o problematice šikany a jejích důsledků řádně informovat, jak své žáky, tak jejich rodiče. Prevenci na úrovni jednotlivých tříd může zprostředkovat například anonymní dotazník a sociogram zjišťující výskyt šikany v dané třídě, nebo diskuse na téma charty třídy. Další možností je takzvaná pedagogická komunita, nebo víkendové rekreačně-zážitkové pobyty. V rámci pedagogické komunity dochází k pravidelným schůzkám žáků a pedagoga, při kterých se řeší důležité skutečnosti zahrnující i konflikty. Mohou se při nich uskutečňovat různé poučné hry a aplikují se principy zážitkové pedagogiky, jejich cílem je zlepšení a posílení vztahů ve skupině vrstevníků. K víkendovým rekreačně-zážitkovým pobytům bývají přizváni kromě dětí a pedagogů také rodiče a v některých případech i zkušení externisté. Na úrovni jednotlivců pak slouží jako prevence individuální sledování potenciálních obětí (především dětí, které již obětmi byly), nebo pravidelné rozhovory se všemi žáky probíhající individuálně. V rámci těchto rozhovorů se učitel táže žáka například na skutečnosti, které mu způsobují starosti nebo naopak radosti, na jeho plány a na vztahy s jeho spolužáky. Tyto rozhovory, ačkoliv jsou časově náročnější, rozhodně nejsou ztrátou času, jelikož se díky nim dá předejít celé řadě problémů, jejichž řešení by zabralo daleko více času. (Říčan & Janošová, 2010)

Školní prevence proti šikaně obecného charakteru probíhající formou přednášek nebo diskusí, při kterých jsou žákům předkládány teoretické poznatky o šikaně, jsou většinou

méně efektivní. Často spíše poskytnou důležité informace pro některé oběti, které si díky nim uvědomí, že to, co se jim děje, je šikana a měly by vyhledat pomoc. (Menclová 2012 in Janošová et al., 2016) Větší efektivnosti nabývá prevence, jež je danému kolektivu a vztahům v něm probíhajícím přizpůsobena (Janošová et al., 2016). Prevencí šikany a jejích dopadů může být také již zmiňované sociální bufferování, které může obětem pomoci tuto skutečnost lépe zvládat.

Důležitou roli zde hrají také zdravotníci. Mnoho dětí kvůli šikaně a se šikanou souvisejících zdravotních komplikací zameškává školu a zkušenost se šikanou mnohdy ovlivňuje jejich životy i dlouhodobě. Z důvodu prevence násilí na sobě samém a snížení zdravotních i duševních problémů, je více než na místě, aby se i zdravotníci zabývali šikanou a vrstevnickými vztahy svých pacientů. (Wolke a Lereya, 2015)

5 RANÁ DOSPĚLOST

Raná neboli mladá dospělost je obdobím, ve kterém člověk vstupuje do dospělosti a vyznačuje se především velkou řadou proměn a výzev v oblasti psychosociální. Věkové vymezení mladá dospělosti, především její horní hranice je velmi nejednotné a pohybuje se mezi třicátým až čtyřicátým rokem života. V tomto období života nedochází k přílišným fyzickým změnám. Pokud se nějaké fyzické změny v tomto období objevují, tak souvisejí spíše s individuálním způsobem života daného jedince. Toto období je charakterizováno vrcholem mnoha kognitivních schopností, tedy s fluidní inteligencí a velkou intenzitou a variabilitou emočního prožívání, které souvisí především se zásadními změnami v rámci sociálního postavení a sociálních vztahů. V tomto období je velmi důležité, jakým způsobem na sebe osoba nahlíží. Úroveň sebehodnocení se v průběhu života mění. V období adolescence a mladá a střední dospělosti narůstá a maxima dosahuje většinou ve věku šedesáti let. Ve stáří pak opět postupně klesá. Pozitivní sebehodnocení může podpořit například dobré pracovní postavení a pracovní spokojenost, dostatečný plat, nebo příznivé sociální vztahy. (Orth, Maes, Schmitt 2015 in Blatný, 2016) V tomto období dochází k tvarování osobnosti především vnějšími vlivy, jakými mohou být například partnerské či přátelské vztahy, nebo zaměstnání a mohou vést ke změně charakteristiky osobnosti. Důležitou roli hrají také rodinné vztahy, v rámci kterých dochází k navazujícímu pokračování transformace vztahu s rodiči, která započala v období adolescence. Člověk se v tomto období osamostatňuje od své rodiny ať už finančně nebo emočně. Právě proces osamostatnění je jedním z klíčových úkolů v tomto období. (Morton, Markey 2009 in Blatný, 2016)

PRAKTICKÁ ČÁST

První část se soustředí na metodologii sběru dat a jejich následného zpracování. Ve druhé části jsou získané výsledky podrobně rozebrány a interpretovány.

6 METODOLOGIE

6.1 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem této práce je popsání a objasnění dopadů šikany na psychosomatiku v rané dospělosti. Soustředěno je na psychické a duševní zdraví obětí šikany a na jejich emocionální prožitky v době šikany, jelikož emoce s psychosomatikou velmi úzce souvisí. Dále jsou rozebrány dopady šikany na současný život bývalých obětí. Přesto, že se tato problematika vyskytuje poměrně velmi často, není ve společnosti příliš známá a často dochází k oddělení fyzického zdraví od psychických prožitků, jež jej ale významně ovlivňují. Hlavním cílem této práce je tedy objasnit a přiblížit tento vztah a poukázat, jak významný dopad může mít šikana (jakožto významný stresor pro její oběti) na život jedince v jejím průběhu i po jejím ukončení.

Byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. K jakým zdravotním komplikacím dochází v důsledku šikany?
2. K jakým duševním komplikacím dochází v důsledku šikany?
3. Jaké jsou nejčastější emocionální reakce obětí šikany na šikanu?
4. Jaké jsou dopady šikany na současný život obětí šikany v rané dospělosti?

6.2 Metoda výzkumu

Pro tento výzkum byla využita kvalitativní metoda, díky níž lze zachytit podrobný popis a porozumění při zkoumání jednotlivce, skupiny, události, či fenoménu, jakým šikana je. Umožňuje podrobné zkoumání problémů a zobrazuje je i v rámci jejich kontextu. Výzkumník může v průběhu výzkumu otázky doplňovat nebo modifikovat podle situace a kontextu. (Hendl, 1947)

6.3 Výběr participantů

Celkem se tohoto výzkumu účastnilo 6 participantů nacházejících se v rané dospělosti. V tomto případě se všichni nacházeli kolem dvacátého roku života. Konkrétně v pěti

případech byl věk participantů 22 a v jednom případě 23. Zastoupena byla obě pohlaví a to rovnoměrně. Byli tedy vybráni 3 muži a 3 ženy, kteří byli oběťmi šikany v dětství, či dospívání, a byli ochotni o této problematice otevřeně mluvit. Taktéž u nich došlo ke splnění kritéria ochoty hovořit o dopadech šikany na jejich současný dospělý život. Osloveno bylo celkem 8 osob, z nichž se tedy 2 osoby (1 muž a 1 žena) výzkumu neúčastnily. Důvodem neúčasti byla v obou případech časová indispozice.

6.4 Metoda sběru dat

Zvolena byla metoda sběru dat formou polostrukturovaných rozhovorů. Celkem 13 otázek se soustředilo především na zkušenosti se šikanou, délku a průběh šikany, psychosomatické a sociální dopady, zvládnutí šikany, podporu a v neposlední řadě celkovou reflexi.

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

- 1) Můžete popsat svou zkušenost se šikanou během dětství nebo dospívání? Jakým způsobem u vás šikana probíhala?
- 2) Jak dlouho a jak často jste byl/a šikanován/a?
- 3) Měl/a jste během šikany nebo po ní nějaké fyziologické problémy, jako jsou bolesti hlavy, břicha, problémy se spánkem nebo jiné zdravotní potíže?
- 4) Vyhledal/a jste během tohoto období lékařskou pomoc kvůli těmto symptomům? Pokud ano, jaké byly výsledky?
- 5) Přetrvávají některé z těchto fyziologických problémů dodnes? Pokud ano, jaké konkrétní problémy máte?
- 6) Jaké byly vaše nejčastější emocionální reakce na šikanu (strach, úzkost, deprese...)?
- 7) Jak šikana ovlivnila vaše sebevědomí a sebeúctu během dospívání a nyní v rané dospělosti?
- 8) Měl/a jste v důsledku šikany problémy, jako jsou deprese, úzkostné poruchy nebo jiné duševní potíže?
- 9) Jak šikana ovlivnila vaše vztahy s vrstevníky během školy a později?
- 10) Máte nyní problémy s důvěrou vůči ostatním lidem kvůli minulým zkušenostem se šikanou?

11) Kdo vám během období šikany poskytoval podporu (rodina, přátelé, učitelé, psycholog, terapeut...)? Jaký byl přínos této pomoci?

12) Jaké strategie jste používal/a k zvládnání šikany a jejích následků?

13) Jak si myslíte, že vás tato zkušenost ovlivnila jako osobu? Vidíte v ní nějaké pozitivní aspekty nebo lekce?

6.5 Průběh polostrukturovaných rozhovorů

Před každým rozhovorem byl každý z participantů seznámen s účelem jejich výpovědí a byla jim slíbena anonymita. Participantů bylo označeno čísly od 1 do 6. Dále jim byla poskytnuta možnost nahlédnutí na dotazované otázky, kterou využili 4 participantů. Participantům byla nabídnuta jak osobní, tak online forma. Většina preferovala online formu v rámci hovoru. Volba této formy byla odůvodněna časovou náročností a možné větší komfortnosti participantů z důvodu choulostivosti tématu. Online formu využilo tedy 5 participantů a pouze v jednom případě došlo k osobní schůzce. Hovor byl vždy nahráván na diktafon mobilního telefonu z důvodů následného doslovného přepsání do textové podoby a zachování autentičnosti výpovědí. S tímto faktem byli všichni participantů předem obeznámeni a byl udělen jejich souhlas. Dále byli všichni obeznámeni s možností nevyjádření se k nějaké otázce, která by pro ně byla příliš nekomfortní. K této situaci ovšem nedošlo v žádném případě.

Nejprve byl zjištěn věk participantů a proběhlo obeznámení s průběhem rozhovoru. Tazatelka postupně kladla předem stanovené stěžejní otázky a participant vždy dostal prostor potřebný k vyjádření. V případě nejasnosti výpovědí se tazatelka doptávala na doplňující otázky vedoucí ke srozumitelnější výpovědi.

Na diktafon byly nahrávány pouze stěžejní části rozhovorů, tedy konkrétní otázky tazatelky a výpovědi participantů. Celková délka rozhovorů se pohybovala mezi 30–40 minutami.

Na závěr byla položena otázka, zda by k tématu chtěli participantů ještě něco doplnit nebo sdělili vše, co chtěli a rozhovor je tedy v pořádku.

Z důvodu věkové blízkosti tazatelky a participantů bylo tazatelkou nabídnuto tykání, které bylo ve všech případech vřele uvítáno. Tato skutečnost vedla také k přátelštějšímu průběhu celého rozhovoru a nabudila příjemnější atmosféru. Bylo důležité, aby se dotazovaní cítili

v průběhu celého rozhovoru komfortně a dotazování jim nezpůsobovalo žádné nepříjemnosti.

Všech šest participantů účast na tomto výzkumu uvítalo přívětivě a byli rádi, že mohli přispět k lepšímu porozumění této problematice.

6.6 Metoda analýzy dat

Data získaná polostrukturovanými rozhovory byla následně analyzována designem tematické analýzy, jež byla zvolena jako nejvhodnější možnost. Výhodou tematické analýzy je především její flexibilita v rámci výzkumných otázek, velikosti a složení vzorku a také metody sběru dat. (Clarke a Braun, 2016)

Zjištěná data byla přepsána do textové podoby a proběhlo jejich následné kódování, tedy byly z nich vyčteny zájmové kódy, které byly následně sdruženy do smysluplných skupin na základě jejich podobností. Následně došlo ke kontrole správného pochopení a zařazení jednotlivých kódů do sdružených skupin, ze kterých byla vytvořena a pojmenována jednotlivá témata. Poslední částí bylo interpretování zjištěných témat.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Z rozhovorů vyplynula 4 hlavní zájmová témata s řadou podtémat. Hlavními tématy jsou zdravotní komplikace v důsledku šikany, duševní komplikace v důsledku šikany, emocionální prožitky a dopady šikany na současný život bývalých obětí.

7.1 Zdravotní komplikace v důsledku šikany

Prvním tématem zjištěným pomocí tematické analýzy jsou zdravotní komplikace v důsledku šikany. U většiny participantů došlo v důsledku šikany k více, či méně závažným zdravotním komplikacím, z nichž v některých případech mnohé přetrvávají až do dnešního dne, tedy do doby, kdy jsou participanty v období rané dospělosti. Mezi nejčastější zdravotní komplikace patřily bolesti břicha. Dále problémy se spánkem, zvracení a srdeční komplikace. Tyto problémy tázané participanty omezovaly v mnoha případech i v každodenním životě. „*Prostě od žaludku taková bolest, nevolnost neustále. Z rána pořád, než jsem šla do školy, tak jsem se z toho několikrát opravdu jako pozvracela z toho stresu*“ (3). Naopak v některých případech se tyto komplikace objevily pouze občasně. „*Měl jsem nevysvětlitelný křeče v podbřišku. Měl jsem to třeba desetkrát s tím, že to fakt hodně bolelo*“ (1). Co se týče lékařské pomoci, v některých případech byla vyhledána, ovšem pomoci se participantům ze strany lékařů příliš nedostalo, jelikož nenašli pro jejich symptomy žádného původce a jejich stav povětšinou neuměli odůvodnit. „*Dokonce jsem byl i v nemocnici na vyšetření a tam mi teda jako nic nenašli no*“ (1).

7.1.1 Bolesti břicha

Bolesti břicha si v rámci důsledků šikany prožili participanty v různých podobách. V prvním případě šlo o křeče v podbřišku, kvůli kterým byla vyhledána odborná lékařská pomoc, ovšem bez výsledku. „*Měl jsem nevysvětlitelný křeče v podbřišku. Měl jsem to třeba desetkrát s tím, že to fakt hodně bolelo. Dokonce jsem byl i v nemocnici na vyšetření a tam mi teda jako nic nenašli no*“ (1). Tyto problémy, které se vyskytovaly v období šikany, do dnešního dne nepřetrvávají.

V druhém případě participantka 3 popisuje bolesti břicha a velmi častou nevolnost, především z rána před školou. „*No nejvíc mě bolelo teda břicho. Prostě od žaludku taková bolest, nevolnost neustále*“ (3).

Bolesti břicha se objevily také u participantky 6. Tyto bolesti se objevovaly v období šikany a byly velmi intenzivní. „*Já jsem měla v to období dost velký potíže s břichem*“ (6). Lékařská

pomoc kvůli nim vyhledána byla, ovšem bez diagnózy a participantce byly pouze doporučeny léky na bolest. „... na břicho řekli, že při bolestech prostě brát klasika Ibalgin, nebo tyhle ty prášky na bolest“ (6). Řešeny tedy byly následujícím způsobem: „To jsem prostě měla křeče v břiše, že jsem potřebovala prostě ležet, než to ustane v klubíčku, nahřívát si břicho a fakt nemluvit na nikoho a jenom takhle přečkávat tu bolest, protože nějaký jakoby účinný prášky, co by mi na to zabíraly, jsme úplně jako nenašli“ (6). V současnosti, tedy v rané dospělosti, kdy šikana již nepřetrvává nepřetrvávají ani bolesti břicha. Skončily společně s ukončením základní školy, kde šikana probíhala. „Myslím si, že do konce základky to jako přetrvávalo a břicho doteď jakoby nemám. Takže myslím si, že kolem té devátý třídy až prvák na gymplu to ustalo no“ (6).

7.1.2 Problémy se spánkem

Problémy se spánkem probíhaly především obtížným usínáním, které mnohdy trvalo i více jak dvě hodiny. Neschopnost usnout byla způsobena především strachem z toho, co na oběť šikany druhý den ve škole čeká, nebo vracení se v myšlenkách k nepříjemným událostem spojených se šikanou. „Než jsem šla spát, tak mi trvalo strašně dlouho, než jsem usla. Třeba 2 hodiny, protože jsem jako přemýšlela nad tím, co zase ten druhý den bude ve škole, nebo co se mi v tej škole zase ten den stalo“ (3).

Kromě znesnadněného a zdlouhavého usínání se objevovalo také časté buzení v průběhu noci. „Takže jsem nemohla usnout a pak jsem se čtyřikrát, pětkrát vzbudila přes noc“ (3). V druhém případě byl průběh obtíží se spánkem velmi podobný. „... že jsem jako fakt kolikrát nespala jako celou noc a když jsem usnul, tak to bylo třeba jenom na pár hodin a pak jsem se probudil úplně jako ve stresu, v nervech“ (4).

U jedné participantky došlo také k velmi nepříjemným a poměrně častým zážitkům se spánkovou paralýzou, která probíhala hlavně v nejintenzivnějším období šikany. „No a v tej páté třídě to jsem měla hodně, i v šestce, sedmičce, během těch jako tří let, tak to jsem měla opravdu třeba třikrát do měsíce takovou tu spánkovou paralýzu a nevím, jestli to bylo z toho, že jsem si to jako vyvolávala tím stresem, ale bylo to jako hrozný. A potom třeba jako v šestce, sedmičce jsem to mívala kolikrát i třeba dvakrát do týdne“ (3). Tato skutečnost byla pro participantku opravdu velmi nepříjemná a velmi ji omezovala v každodenním životě.

Ani v jednom ze zmiňovaných případů nebyla lékařská pomoc vyhledána. Řešeno to taktéž ani v jednom případě nebylo prakticky nijak. Participantů se snažili usnout i přes velké trápení, které jim usínání i samotný spánek mohli přinášet. Celkově problémy se spánkem výrazně ovlivňovaly kvalitu jejich života.

V případě participanta 4 problémy se spánkem stále přetrvávají i nyní v ranné dospělosti, když se nachází v nějaké stresové situaci, kterou pro něj i šikana v dětství bez pochyby byla. Dále přidává, že v současnosti se u něj kromě buzení ze spaní objevuje v reakci na stres také třesení rukou. *„Ty problémy se spánkem jako tam jsou občas, už to není takový, ale občas je to, a hlavně když jsem třeba ve stresu, tak se jako celej klepu, hodně se mi klepou ruce, takže pak mám problém třeba i něco jako dělat“* (4).

7.1.3 Nevolnost

Dalším zmiňovaným zdravotním problémem byla nevolnost, především poté zvracení. U participantky 3 se vyskytovala nevolnost v nejintenzivnějším období šikany, kdy jí nevolno bylo téměř každý den. Ke zvracení docházelo především ráno před školou, z důvodu strachu z toho, co se zase ve škole stane a jak jí bude opět ublíženo. *„... nevolnost neustále. Z rána pořád, než jsem šla do školy, tak jsem se z toho několikrát opravdu jako pozvracela z toho stresu“* (3). Kvůli těmto problémům byla vyhledána lékařská pomoc, která ovšem nebyla pro participantku nápomocná a nedošlo k žádné diagnóze, či zjištění příčin. Participantka též uvádí, že ze své vlastní vůle by lékařskou pomoc nevyhledala, jelikož příčinu znala a věděla dobře, že nevolno jí je ze strachu jít do školy, ovšem tato skutečnost byla podezřelá jejím rodičům. *„Tak já bych tu pomoc nevyhledávala, protože já jsem věděla z čeho to mám, že mi je blbě, ale skrz to, že to bylo divný rodičům, hlavně mamce, tak jsme prostě šli k mojí doktorce a tu prostě nenapadlo, aby mě poslala k psychologovi nebo na nějaký vyšetření. Prostě ji nepřišlo vůbec divný, že třeba každé den mi je na zvracení, nebo se i pozvracím. Takže to neřešila, řekla, že neví, z čeho to je. Že je to možná ze špatného počasí. No neřešila to a poslala nás pryč“* (3).

Tyto problémy do dnešního dne stále přetrvávají v případě, že se participantka dostane do stresové situace. *„Když jsem jakoby ve stresu nějakým, nebo když mi takhle někdo něco řekne jako špatného na mě, tak jakoby v tu chvíli to moc neřeším, ale když po tom o tom přemýšlím tak jsem schopná fakt jakoby... že se mi z toho prostě udělá blbě a pozvracím se no“* (3).

7.1.4 Srdeční potíže

Zmiňovaným zdravotním problémem bylo též projevení srdečních potíží, hlavně v rámci nestálého tlaku a zrychleného tepu. Tyto symptomy se u participantky 6 začaly objevovat souběžně s výskytem šikany. Před zkušeností se šikanou se žádné takovéto obtíže nevyskytovaly. „*Měla jsem problémy jakoby i srdeční, že jsem musela chodit s maminou na kardiologii, kde mi dávali věčně měřit holter a celkově i tlak byl u mě takovej dost nahoru a dolů. Měla jsem taky prostě jakoby v těch situacích, a i po tom jako dost zrychlenej tep, že jsem to měla fakt mimo nějaký optimum no*“ (6). Lékařská pomoc tedy byla vyhledána a byl zjištěn původce této skutečnosti, jímž byl stres, který dle participantky pramenil právě ze šikany. „*Jakoby oni mi řekli, že velký vliv na to podle těch všech příznaků co jsem jim řekla má stres*“ (6). K žádnému závěru se však nedošlo. „*Dostala jsem na krátkou dobu nějaký prášky, abych vyzkoušela, protože to všechno souviselo jako se srážlivostí krve, takže se mi dělaly hodně modřiny prostě samovolně a tak. Takže já jsem dostala vlastně jenom léky na tu krev, ale na srdce jako takový mi nic nedali. Prostě mě změřili, zjistili, řekli mi, že na 80 procent je tam příčina stres, ale vlastně jakoby se s tím nic nedělo dál no*“ (6).

Tyto problémy pokračují i do dnešního dne, tedy do rané dospělosti participantky, především opět ve stresových situacích. Tyto zdravotní problémy vedou mnohdy až k pocitu na omdlení, což je bez pochyby pro participantku velmi nepříjemná skutečnost. „*To s tím srdcem a celkově tlakem mám doteď hodně často. Hodně mám kolísavěj tlak a celkově ve stresových situacích, ať už je to prostě zkouška, nebo je to nějaký nový kolektiv, tak to přesně pociťuju jako... nevím v té třídě mám prostě takový to hnusný bušení srdce, fakt zrychlenej tep, že mi je kolikrát fakt jako až na omdlení no*“ (6).

7.2 Duševní komplikace v důsledku šikany

Šikana bez pochyby způsobila i řadu duševních komplikací. „*... strach jsem měla jako velkej a s tím ta tělesná stránka i s tím jakoby... jak to říct... spolupracovala s tím strachem, tak se to všechno tak nějak jako navzájem podporovalo. Že mi prostě nebylo fyzicky, ani psychicky v těch chvílích dobře no*“ (6).

U participantů došlo v období šikany ke špatnému psychickému stavu, při kterém popisovali především deprese, či úzkosti. V jednom případě participantka popsala bohužel i velmi závažné sebevražedné myšlenky, pramenící ze skutečnosti, že nepříjemnosti způsobené agresory si dávala za svoji vinu. Docházelo u ní k pocitu, že si to všechno

zaslouží. „Prostě jsem měla různé myšlenky, i jako sáhnout si na život. Že jsem jako viděla hodně tu vinu v sobě, takže si myslím, že určitá forma depresí tam jako proběhla“ (6). Vzhledem k citlivosti této problematiky si většinou participanti nechávali tuto skutečnost sami pro sebe, a kromě jednoho případu nedošlo k vyhledání odborné pomoci. Ve zmiňovaném jednom případě došlo i k diagnostikování úzkostné poruchy.

7.2.1 Deprese

U participantů došlo k hlášení depresivních myšlenek pramenících ze skutečnosti, že byli šikanováni. Nutno podotknout, že v žádném případě nebyla vyhledána odborná pomoc a deprese nebyly ani v jednom z případů diagnostikovány. „Deprese, jako nevím no, ty jsem možná měl taky, ale nemám to prokázány.“ (4). „Myslím si, že jako ta deprese tam byla určitě, i ty úzkostné poruchy“ (3). „Myslím si, že tam byly prostě i deprese, protože jsem se fakt stranila lidem jako celkově“ (6).

Pouze v jednom případě sice k depresím došlo, ale nebyly dle slov participanta způsobeny šikanou, ale spíše jinými událostmi v osobním životě, o kterých se dále participant nechtěl bavit.

7.2.2 Úzkosti

Vedle depresí se nejčastěji vyskytovaly úzkosti ruku v ruce s pocitem strachu ze šikany a jednání agresorů. Participant 1 odpovídá na dotaz, zda u něj došlo v následku šikany k nějakým duševním potížím, zda pociťoval deprese, úzkosti, či jiné, následovně: „Převážně asi jako úzkost a možná občas strach jako z toho co se bude dít, ale hlavní byla asi ta úzkost. Nic diagnostikovaného, že jsem vlastně nevyhledal takhle jako psychologa nebo tak, ale myslím, že ty úzkosti jsem měl“ (1).

Pocit úzkosti prožívala i participantka 3. Tyto pocity zažívala především ve škole, kde byla obětí šikany na fyzické i slovní bázi. Svou zkušenost popisuje následovně: „No vždycky, když jsem byla prostě ve škole, tak aniž by mi třeba v tu chvíli nadávali, nebo něco dělali, tak jsem prostě jakoby se bála. Celej den jsem měla takovej hnusnej pocit, jako tíhu na hrudi. To bylo jako pořád, takže nějaká úzkost určitě“ (3).

Participantka 5 pociťovala v období šikany velkou úzkost. „No tak hlavně to byl teda ten strach a ta úzkost. Ty byly asi nejvíc v popředí, a celkově pak asi i vztek jsem měla“ (5). Tyto pocity ji omezovaly a znepríjemňovaly život natolik, že v tomto případě vyhledala odbornou

lékařskou pomoc. Výsledkem této pomoci byla diagnostikovaná úzkostná porucha a byla potvrzena příčina pramenící právě z problémových vztahů s vrstevníky, hlavně spolužáky, a především jednou konkrétní spolužačkou, která participantku šikanovala slovně na každodenní bázi. „... ale ta šikana na tom měla jako výraznej podíl, což jsem si taky uvědomila až po tom. Takže jsem vyhledala tu lékařskou pomoc a výsledkem prostě byla potom ta úzkostná porucha a vlastně mi sami jako řekli, že to je prostě tím kolektivem, kterým jsem obklopena. Prostě tím chováním, hlavně tý spolužačky, těch lidí. To tam hrálo roli“ (5).

7.3 Emocionální prožitky

S psychosomatickými problémy jdou ruku v ruce emoce. Ne jen tak bezdůvodně je často hovořeno o psychosomatických obtížích jako o nemocích způsobených emocemi. Identifikovány byly především emoce strachu, úzkosti, agrese a smutku. Ve většině případů docházelo především ke strachu.

7.3.1 Strach

Jak již bylo zmíněno, právě emoce strachu byla nejčastěji popisována jako reakce na šikanu. Oběti šikany pociťovaly strach z toho, co jim jejich agresoři udělají, jakým způsobem jim ublíží. „Tak ten strach tam byl rozhodně. Vždycky když jsem šel do školy, tak jsem měl strach, co přijde ten den jako dál, na co se mám jako připravit“ (4). „Měla jsem strach. Měla jsem velkej strach. Úzkost ne, ale strach jsem měla jako velkej“ (6).

Strach také probíhal z důvodu obav, co jsou schopni o participantech agresoři zjistit, aby je následně měli za co šikanovat. „Člověk má strach z toho, že někdo o něm odhalí něco, co třeba dobře schovává, nebo si bude dělat srandu z něčeho na co je prostě citlivější“ (2). Zde je pro kontext vhodné doplnit, že participant 2 prožíval šikanu v rámci posměšek na jeho vzhled a dle jeho slov neměl zdravý vztah se svým tělem. „... poslouchal jsem si poznámky na to, jak jsem vypadal. Takže si myslím, že jsem neměl úplně zdravej vztah se svým tělem a prostě styděl jsem se za sebe dost často. Byla třeba doba ve čtrnácti letech, kdy si myslím, že jsem celý léto nosil mikinu, jenom kvůli tomu, že jsem nechtěl, aby někdo viděl prostě třeba moje ruce, břicho nebo tak podobně“ (2).

7.3.2 Úzkost

Emoce úzkosti již byla popsána v rámci části s dopady na duševní obtíže v důsledku šikany. Nutno ji zde ovšem zmínit, jelikož byla druhou nejčastěji se vyskytující hned po pocitu strachu.

7.3.3 Agrese

Někteří participanti na šikanu reagovali pocitem naštvaní a agresí vůči jejich agresorům. Jednání z jejich strany jim ve většině případů nepřišla pochopitelně férová a na agresory byli naštvaní a pociťovali vůči nim jistou zášť. *„Samozřejmě jako držely se nějaké pocity, řekněme trochu jako zášti vůči těm lidem, že jsem na ně byl docela dost naštvanej a chtěl jsem jim ukázat zač je toho loket jakýmkoliv způsobem“* (2).

Participant 1 své pocity agrese řešil přihlášením se do zájmového kroužku karate, kde si dle jeho slov mohl své emoce zdravě vybit. *„... po nějaké době jsem dokonce i začal chodit na karate, abych nějak ukočíroval emoce, nebo tak něco“* (1).

Pocity agrese se spíše vyskytovaly u mužské části tázaných. U dívek docházelo spíše k pocitům strachu, nikterak k nějaké zášti vůči agresorům. Participantka 6 popisuje své emoce ve chvíli, kdy šikana na chvíli polevila, následovně: *„... takže když to v tý půlce tý sedmý třídy začalo tak nějak ustávat, tak jsem byla ráda, že už nejsem ten střed toho zájmu, toho ukazování a že si mě jakoby nevšíkali. Takže já jsem jakoby v sobě neměla nějakým způsobem jako třeba zášť. Já jsem cítila jenom strašnou úlevu, že to jako už ulevuje a nijak jsem na sebe neupozorňovala a nesnažila jsem se jim nějakým způsobem nutit“* (6).

Pouze v jednom případě došlo i u ženy k pocitu agrese. Participantka 5 uvádí následující: *„No tak hlavně to byl teda ten strach a ta úzkost. Ty byly asi nejvíc v popředí, a celkově pak asi i vztek jsem měla“* (5).

7.3.4 Smutek

Posledním zmiňovaným pocitem je pocit smutku, který zmínil především participant 2. Pociťoval smutek a lítost především vůči tomu, jak jsou schopni se k sobě lidé chovat. Podotkl, že nemuselo jít pouze o šikanování jeho samotného, ale i jiných obětí. Tato skutečnost šla ve velkém rozporu s jeho pohledem na to, jak by se k sobě lidé měli chovat. *„Myslím si, že jsem spíš byl jako smutnej člověk, protože mi bylo líto, že se k sobě takhle lidi“*

chovají a vlastně víceméně to neladilo s tím, jak já si myslím, že se k sobě lidi mají chovat a jak mě to hlavně učili doma“ (2).

7.4 Dopady šikany na současný život bývalých obětí

Kromě již zmíněných zdravotních a duševních obtíží došlo k dopadům šikany i v jiných sférách. Zkušenost se šikanou ovlivnila všechny participanty v různých mírách i do současnosti, tedy období, kdy se všichni nacházejí v rané dospělosti, konkrétně ve věku okolo 22 let. Šikana u většiny proběhla před přibližně osmi až deseti lety.

Dopady byly rozděleny na dvě hlavní skupiny, a to na pozitivní a negativní. Nutno podotknout, že negativní dopady se vyskytovaly v daleko větší míře než pozitivní. Přesto, že oběti vnímají svou zkušenost se šikanou jako negativní období svého života a nemají na ni pochopitelně dobré vzpomínky, většina z nich dokázala i na tomto nepříjemném období najít řadu pozitiv, nebo spíše lekcí, které jim v jisté míře pomáhají i v jejich současných dospělých životech.

7.4.1 Negativní dopady

Vedle všech zdravotních a duševních komplikací popsaných v předešlých částech, které bezpochyby negativními dopady jsou, se nejčastěji jednalo o problémy se sebevědomím a sebeúctou, které se objevily již v období šikany, ale do značné míry převládají i v současnosti. Participant 1 popisuje tuto zkušenost až do takové míry, že se v novém kolektivu lidí necítí dobře a bojí se vyjádřit jakýkoliv svůj názor. *„Tak sebevědomí mi to rozhodně jako vzalo a nevím no, s tím se vlastně potkávám asi dodnes, že se necítím v novém kolektivu lidí jako hodnej slova, nebo něco takového. Úplně se nerad vyjadřuju prostě před skupinou lidí, třeba co neznám“ (1).*

Podobné pocity pociťuje do dnešního dne i participantka 5, která v rámci odpovědi na dotaz, jakým způsobem ji zkušenost se šikanou ovlivnila jako osobu, zmiňuje následovně: *„No tak myslím si, že ovlivnila v tom, že se člověk pořád prostě jakoby bojí a musí se hrozně nutit, když má vystupovat před lidma. Bojí se přesně, že někde na tebe někdo zvýší hlas, nebo prostě nějak s tebou nesouhlasí a hned, když ty utečeš od toho tématu... že si myslím, že díky tomu se jakoby nedokážu projevovat tak jak bych mohla, ale že na tomhle jako musím pracovat. Že tu osobnost, že jsem tichá, že jsem si srazila to sebevědomí, všechno... celkově i v nějaký tý komunikaci je to znát“ (5).*

Špatné sebevědomí především ohledně svého vzhledu si prožívá participantka 3, která si v rámci šikany prošla mimo jiné velmi častými poznámkami na svou visáž. „Většinou prostě oni jako nemohli komentovat třeba moje známky, nebo něco takového, protože jsem většinou měla ze třídy jako nejlepší prospěch já. Jeden z nejlepších. Takže prostě tohle komentovat oni nemohli, ale vždycky jeli do mě skrz ten vzhled. V tej třetí, čtvrté třídě to byly prostě jenom narážky jako vzhled, prostě ty vypadáš tak a tak, seš tmavá, máš já nevim takovejhle původ, tyhle ty věci.“ (3). Tato skutečnost participantku velmi zasáhla a trpěla dle svých slov nízkým sebevědomím po velmi dlouhou dobu. „Tím, jak mi oni nadávali a komentovali ten vzhled, tak já jsem si jako vždycky říkala, vždyť oni mají pravdu a pak třeba když jsem byla starší, že jo, tak mi někdo říkal ať už jako... buď jako kamarádi, nebo rodiče, nebo mamka, mi řekla jako proč se nepřimaluju, nebo něco a já jsem vždycky říkala jako proč bych to dělala, když jsem jako stejně hnusná, že jo“ (3). V současnosti je tato situace výrazně lepší, ovšem sama si uvědomuje, že k ideálnímu stavu má stále daleko. „Trvalo to hodně dlouho prostě jako až v těch devatenácti, ale bylo to od té třetí třídy, od devíti let, takže to trvalo prostě skoro deset let, než jsem si jakoby dala trochu to sebevědomí prostě do kupy, ale stejně si myslím, že to není úplně tak, jak by to mělo bejt no“ (3).

Participantka 6 popisuje v návaznosti se současným sníženým sebevědomím v důsledku šikany v dětství problém s důvěrou sama v sebe. V dětství si pravidelně vyslechla řadu poznámek především na svoje schopnosti a také na svůj vzhled. „No nevěřila jsem si samozřejmě, když mi bylo vtloukaný do hlavy, že prostě jsem k ničemu a že jsem nula a nevím, že nikdy nic nedokážu a podívej se na ní, jak vypadá. Slyšet dennodenně takovýhle věci na tvoje schopnosti a tvůj vzhled, tak jsem si nevěřila jako absolutně“ (6). V současnosti popisuje také obtíže se zkoušením jakýchkoliv nových věcí. Nevěří si a velmi se bojí zklamání. „Takže jsem si jako nevěřila a doted' mám problém v tom si v něčem věřit. Zkoušet nový věci. Hrozně mě to jakoby stresuje, protože se bojím toho zklamání a že jakoby neuspěju. Ačkoliv to může bejt jakoby cokoliv, jakákoliv činnost. Která prostě... no tak prostě si jí vyzkoušej, když ti půjde, tak ti půjde, ale prostě nemám na to úplně jako si říct, no zkusím to a uvidím“ (6).

Kromě sníženého sebevědomí byla velmi často popisována nedůvěra v druhé lidi. V některých případech tuto ostražitost vnímají participanté z části jako pozitivní, ovšem

povětšinou jim způsobuje hlavně problémy v navázání nových vztahů. „*Je pro mě jako složitější se někomu otevřít, nebo celkově jako i navázat nějaký kontakt nebo tak něco*“ (1).

K takovému zjištění došlo například u participanta 2, který má velký problém s důvěrou vůči ostatním lidem, vůči svému okolí je ostražitý a podezřívavý, a tvrdí, že v současnosti neexistuje jediný člověk, kterému by byl schopen opravdu důvěřovat. „*Tak obecně vůči lidem si myslím, že jsem takovej, že si ověřuju ze začátku minimálně, když se bavíme, s kým se vlastně bavím a trvá mi, než si k tomu člověku vybuduju to pouto na to, abych mu dostatečně věřil a myslím si, že ani nevěřím nikomu na sto procent už dlouho*“ (2).

Participantka 3 si skrze nedůvěru vůči ostatním lidem v současnosti všímá především jistých vzorců chování, které se objevovaly u jejích agresorů na základní škole. V takovémto případě se může jednat i o částečně pozitivní dopad, ovšem chování svého okolí nemusí vždy správně odhadnout a tato obezřetnost může vést k chybnému odsouzení určitých osob. „*U jedny spolužačky, ona hodně manipulovala lidma, prostě manipulátorka, šikanátorka, takže jako teďka dýl, když se prostě seznamuju s novými lidma a už z nich jako cítím ty signály, co vyvolávala i ta holka, tak to prostě poznám, že už je něco špatně a od takových lidí jdu prostě dál. Protože už to prostě vím, že teď si třeba hrajou na to, že jsou kamarádi, že jsou hodný, ale jak už jsem to znala jako z dřívějšíka to, co mi potom jako začli dělat, tak už vím, jaký budou a jdu prostě od nich pryč*“ (3).

S poměrně zásadním problémem s nedůvěrou vůči ostatním se setkávala participantka 6 i po dlouhou dobu od skončení šikany. V tomto případě se jednalo o nedůvěru v ženy, jelikož velká většina jejích agresorů na základní škole bylo právě ženského pohlaví. Tuto nedůvěru pociťovala ještě mnoho let od skončení šikany, tedy až do počátku rané dospělosti. V současnosti se tato skutečnost výrazně zlepšila, především díky nalezení přátelství i mezi ženami, kterým je schopna důvěřovat a neklamaly ji. „*Určitě nevěřím novým cizím lidem, abych si s nima hned sedla a třeba se jim otevřela, tak to úplně jako nedokážu. Obzvláště to mám k těm holkám. Mám jakoby hroznou nedůvěru k těm holkám, protože jak jsem říkala, většina těch, co na mě útočila byly holky. Takže já jsem vlastně důvěru našla až pak na gymplu v jedny spolužačce, jinak jsem se bavila s klukama, nebo jak to říct a prostě jsem nedokázala se holkám podívat úplně z přímá do očí*“ (6). V tomto případě si je participantka více než jista, že současná nedůvěra v okolí pramení z nepříjemné zkušenosti se šikanou. Jak sama uvádí, dříve se u ní takovéto problémy vůbec

nevyskytovaly, ba naopak. „Fakt mi jako trvalo hrozně dlouho, než se otevřu a než budu cítit nějaký bezpečí. A to mám doted. To jsem si jistá, že je dopadem té základky, protože tohle jsem třeba do té páté, šesté třídy neměla, to jsem je (nové žáky, kteří ji následně začali šikanovat) taky přijala, byli pro mě noví a od té doby jsem takhle jako srdce na dlani, nebo jak bych to řekla, nedala“ (6).

Participant 4 popisuje taktéž velké problémy s důvěrou vůči novým lidem, které pociťuje a jsou na výjimky prakticky vždy, když se seznámí s někým novým. „Mám jako problém důvěřovat cizím lidem, když je poznávám. Jako trvá mi strašně dlouho, než tomu člověku začnu věřit. Jako najdou se výjimky, kterým věřím hned a jako musím říct, že takhle jsem se jako poznal s přítelkyní, že tý jsem věřil hned jako na první dobrou a jsem za to rád. Ale jako jinak, když potkám jiného, cizího člověka, tak mám problém důvěřovat hrozně“ (4).

7.4.2 Pozitivní dopady

Vedle převládajících negativních dopadů byla schopna většina participantů popsat i dopady pozitivní. Především se jednalo o jisté lekce, které si z nepříjemného období odnášejí do současného života.

Již zmiňované problémy s důvěrou vůči svému okolí vnímá řada participantů i jako pozitivum. Jsou více ostražití a věří, že tím předcházejí opakování nepříjemných situací. Participantka 3 vidí právě tuto skutečnost z části jako pozitivní aspekt a vyhýbá se určitému typu osob, u kterých se projeví podobné chování, jakým disponovali i její agresoři v době šikany na základní škole. „Možná z jedné strany to jako bylo pozitivní v tom, a to už jsem tam jednou zmiňovala, že už teďka jakoby později v životě, nebo teďka v tej dospělosti si na ty lidi dávám hodně pozor, protože už vím, jaký typ lidí, nebo jakým typem lidí se nemám jako, jak to mám říct... manipulovat.“ (3).

Podobný případ popisuje i participant 4. „No tak asi jako lekce, nevěřit všem lidem co okolo sebe člověk má. Že prostě důvěřovat, ale prověřovat, jak se říká“ (4).

Participantka 5 i přes zdůraznění, že šikana ji mnohé vzala a dopady na její život byly převážně velmi negativní, dokázala popsat možnou lekci v tom, že není tak důvěřivá a dokáže nyní prosadit mnohem lépe svůj názor, než jak tomu bylo v minulosti, jelikož už se sebou nenechá tak zemetat. Popisuje také nynější schopnost lépe odolávat podobným skutečnostem a nepřipouštět si jisté věci tolik k tělu. „A jako, že by mě to ovlivnilo nějak

pozitivně, to si úplně nemyslím. Jako lekce asi jako v tom, ale to nevím, jestli je jako lekce... spíš, že v tom, že těm lidem nemůžu úplně věřit, nemyslím si, že je to teda pozitivní. Spíš jako, že člověk, se tak jako obrnil, když si tohle prožil, tak už tak nějak věděl, jak v tom chodit, když něco takového nastalo. Už si jako třeba nějak uměl říct svůj názor, což bylo na tý střední a tak. Že už nenechal ze sebe dělat vola, ale v tomhle asi jako jediný no“ (5).

Pozitivní dopad v podobě motivace měla šikana i na participanta 2, který se v průběhu šikany setkával s posměšky na svůj vzhled. Tato situace ho namotivovala k tomu s tím něco začít dělat. Své pocity v následku šikany popisuje následovně: *„Byl jsem docela dost naštvanej a chtěl jsem jim ukázat zač je toho loket jakýmkoliv způsobem. Třeba když si dělali srandu z mého vzhledu, tak jsem jim chtěl ukázat, že prostě budu vypadat daleko líp a podobně“ (2).* Hovoří především o motivaci ohledně starání se o sebe, především v rámci cvičení, které se dle jeho slov částečně přeneslo až v obsesi se cvičením a participant mu propadl možná až do nezdravé míry. *„Každopádně jako osobu mě to asi ovlivnilo i částečně pozitivně. Dalo mi to dost velkou motivaci do života si myslím v některých věcech. Donutilo mě to vlastně se o sebe starat i cvičit. I potom prostě když mi docházela motivace ke cvičení, tak jsem se dokázal díky tomu si myslím posunout ještě dál, protože jsem šel prostě na konec svých sil, jenom kvůli tomu, že jsem si říkal, potřebuju být lepší ještě, potřebuju to dotáhnout dál a tady ty věci. Pak vlastně se to přehouplo i možná v trochu obsesi se cvičením, kdy vlastně jako jsem cvičil třeba řekněme šestkrát v týdnu, běhal do toho a prostě řekněme, že svoje tělo tlačil až jako na limit, kterej taky nebyl úplně už potom zdравej si myslím“ (2).*

Podobný případ s motivací se o sebe více starat popisuje i participantka 3. V době koronaviru, kdy dle jejích slov měla více času se nad celou situací, při které si procházela šikanou, více zamyslet se naučila o sebe více starat. *„No možná teď jako když jsem starší, nebo po tom, když mi to došlo během tý korony, jak jsme jakoby prostě měli hodně času pro sebe, tak mi jako možná došlo to, že jako měli třeba pravdu v tom, jak komentovali ten vzhled, ale zase prostě, když ti tohle řeknou ve třetí třídě, tak jako promiň, ale holky v devíti letech se jako nemalujou, ani nic takovýho. Ale myslím si, že jako tím, jak mi tohle řekli, a potom jsem během tý korony byla sama a přemýšlela jsem nad tím tak jako možná mi pomohli v tom, že jsem si řekla jako, že bych třeba i když nejsem pěkná, že bych s tím třeba mohla něco dělat. Jako nějak se upravit, přemalovat, udělat si nějak vlasy, a tak prostě. Takže možná jako trochu možná pozitivní v tom něco bylo, ale ne moc“ (3).*

Pozitivní lekci zmiňuje i participant 4, který se především naučil spoléhat se sám na sebe. Se svým problémem se šikanou se svěřil rodičům, kteří se rozhodli jít tuto situaci řešit do školy, ve které k šikaně docházelo. Bohužel to celou situaci spíše zhoršilo. *„Pak jsem to říkal tatkoví, ten tam byl ve škole, řešilo se to tam nějak ve škole, ale pak se to chvílku po tom, co jsem to řešil, tak se ta šikana ještě zhoršila, protože de facto jsem byl jako práskač no“* (4). To participant vnímá jako zklamání v řešení tohoto problému ze strany školy a od té doby si vše nechával pro sebe. *„Naučil jsem se žít sám na sebe bez cizí pomoci, i když jsem jako za cizí pomoc rád. Víím, že mě to změnilo, že jsem úplně jako jinej člověk“* (4).

Souběžně si tentýž participant uvědomuje pozitivum, že každý problém má své řešení. *„...zkusit to prostě řešit furt dokola, než se to prostě vyřeší. Že takhle jako už jsem vyřešil taky pár problémů, sice to trvalo dlouho, než jsem to vyřešil, ale vyřešil jsem to a měl jsem pak klid. Protože prostě všechny problémy mají svoje řešení, i když to trvá dlouho“* (4).

Přesto, že v období šikany si příliš nevěděl rady, jak s touto situací naložit a svěřením se rodičům mu moc nepomohlo, po letech si s většinou agresorů vše vyřikal a v jednom případě se z nich stali i přes jejich minulost dobří přátelé. *„A teďka momentálně už jsem jako s pár lidma z té školy, i s jedním klučinou co mě šikanoval, tak se normálně bavíme úplně v pohodě, že jsme si to jako vyříkali všechno na rovinu, takže tak“* (4).

7.5 Odpovědi na výzkumné otázky

Bylo zjištěno, že mezi nejčastější zdravotní komplikace vznikající v důsledku šikany patří především bolesti břicha. Tyto komplikace nepřetrvávají ani v jednom případě do dnešního dne. Druhou nejčastější zdravotní komplikací byly problémy se spánkem, konkrétně obtížné usínání, časté buzení se v noci, nebo dokonce spánková paralýza. Tyto komplikace převládají i do dnešního dne v moment, kdy se participant dostanou do stresové situace. Další identifikovanou zdravotní komplikací byl celkový pocit nevolnosti vedoucí ke zvracení. V tomto případě převládá tento pocit i do dnešního dne, kdy se oběť nachází v rané dospělosti. Dochází k němu opět v případě, že se participantka dostane do stresové situace. Posledním identifikovaným zdravotním problémem byly srdeční obtíže, konkrétně nestabilní tlak a zrychlený tep navozující pocit na omdlení. V tomto případě participantka popisuje, že tyto obtíže, které započaly společně se šikanou, přetrvávají i do dnešního dne.

Duševní komplikace se vyskytovaly taktéž ve velmi vysoké míře. Všichni participanti hlásili depresivní myšlenky, či v některých případech úzkosti. Pouze v jednom případě participantka 5 vyhledala kvůli těmto obtížím odbornou lékařskou pomoc, jejímž výsledkem byla diagnostikovaná úzkostná porucha. Ve zbytku případů nebyla lékařská pomoc vyhledána. V jednom případě participantka 6 hlásí, že v období šikany pociťovala dokonce sebevražedné myšlenky. V současnosti tyto problémy u participantů nepřetrvávají.

Na emocionální reakce obětí šikany na šikanu bylo zaměřeno především z důvodu provázanosti emocí a psychosomatických obtíží. Emoce, a právě ty potlačované mohou často vést k vnitřnímu konfliktu eskalujícímu v psychosomatické obtíže. Nejčastěji došlo k hlášení emoce strachu, jakožto přirozené reakce na fakt, že je člověku nějak ubližováno. Strach pociťovali v reakci na šikanu do jisté míry všichni participanti. Další častou reakcí byla reakce úzkosti, agrese a v jednom případě emoce smutku.

V rámci současných dopadů šikany na život bývalých obětí nacházejících se nyní v rané dospělosti došlo k rozdělení dopadů na pozitivní a negativní. Zcela převládaly dopady negativní, zahrnující kromě již zmiňovaných zdravotních a duševních komplikací, především snížené sebevědomí a velmi nízkou důvěru k lidem. V rámci pozitivních dopadů byly interpretovány především lekce v rámci prověřování si lidí, uvědomění si, že každý problém má své řešení či schopnost spoléhání se sám na sebe. Ve dvou případech byla také zmíněna jako pozitivní dopad motivace, pramenící z této zkušenosti, v rámci které na sobě oběti začaly pracovat a začaly se o sebe více starat.

V rámci těchto odpovědí je poukázáno na to, jak velkým dopadem ovlivňuje zkušenost se šikanou v dětství život i po několika letech.

8 DISKUSE

Cílem výzkumu v této práci je popsání a objasnění dopadů šikany na psychosomatické zdraví jejích obětí. Výzkumem byla prokázána řada negativních dopadů šikany na oběti šikany.

Existuje řada výzkumů zabývajících se psychosomatickými obtížemi u obětí šikany. Například metaanalýza pocházející z roku 2013 (Gini & Pozzoli, 2013) zabývajících se zdravotními komplikacemi u obětí šikany. Mezi nejčastěji identifikované zdravotní komplikace v rámci výzkumu této bakalářské práce patřily především bolesti břicha, potíže se spánkem, nevolnost a srdeční potíže. Na rozdíl od zmiňované metaanalýzy nedošlo překvapivě k hlášení bolestí hlavy, které bývají velmi častými psychosomatickými obtížemi u obětí šikany. Stejně tak nedošlo k hlášení závratí, či nočního pomočování. Otázkou je, zda k tomu opravdu u participantů tohoto výzkumu nedocházelo, či si nevezpomněli, nebo tyto skutečnosti nechtěli zmiňovat.

Ze zdravotních komplikací byly dále hojně hlášeny problémy se spánkem. Dle výzkumu provedeného Hunterem a kolegy v roce 2014 (Hunter et al., 2014; van Geel et al., 2014 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016), popisovaného podrobněji v teoretické části této práce, se došlo k velmi podobným závěrům. Participanti hlásili naprosto stejné obtíže s obtížným usínáním a častým buzením v průběhu spánku. Nedošlo k hlášení pocitu přílišné únavy pro normální každodenní fungování a zvládnání běžných situací. Navíc došlo ovšem k hlášení spánkových paralýz.

Bowes a kolegové (Bowes et al., 2015 in Committee on the Biological and Psychosocial Effects, 2016) v rámci svého výzkumu z roku 2015 zabývajících se zvýšenou mírou deprese u osob, jež byly v mládí šikanovány, došli k závěru, že tyto osoby trpí v dospělosti zvýšenou mírou depresí než osoby, které si v mládí šikanou neprošly. Toto zjištění s výzkumem v rámci této bakalářské práce příliš nesouhlasí, jelikož participanti v současné době, tedy v rané dospělosti depresemi netrpí. Přesto, že v období šikany pociťovali depresivní myšlenky, v současné době se s tímto problémem nepotýkají.

V rámci tohoto výzkumu proběhl sběr dat polostrukturovanými rozhovory s šesti náhodnými participanty nacházejících se v rané dospělosti, kteří byli v dětství či dospívání

šikanování. Nutno podotknout, že v případě, že by byl vzorek větší, mohlo by pochopitelně dojít k jiným a konkrétnějším závěrům a k identifikování většího spektra dopadů.

Dále také není jisté, zda participanti vypověděli všechny své symptomy a okolnosti vztahující se k jejich zkušenosti se šikanou, jelikož se jedná o velmi osobní téma, které je bez pochyby pro tyto oběti velmi citlivé a choulostivé. Přesto došlo k vypovězení podstatných skutečností, vedoucích k zodpovězení hlavních výzkumných otázek, umožňujících naplnění výzkumného cíle.

Doporučení pramenící z tohoto výzkumu dobře interpretoval i sám jeden z participantů slovy, že každý problém má své řešení. I šikana má bez pochyby své řešení a měla by jí být dána potřebná pozornost a snaha vedoucí k jejímu předcházení. Často dochází při zdravotních komplikacích k nedostatečné pozornosti na duševní složku pacienta. Na to by měl být brán samotným pacientem i lékaři rozhodně větší zřetel.

Pro další výzkum by bylo vhodné rozšíření zkoumaného vzorku, čímž by pravděpodobně došlo k rozšíření škály dopadů a jejich lepšímu pochopení. Tato problematika je vzhledem k častému výskytu šikany a jejích následných komplikací velmi důležitá.

Tato práce tedy přispívá k lepšímu pochopení důsledků šikany přetrvávajících u bývalých obětí šikany i v jejich pozdějším životě. Nutno podotknout, že tyto dopady jsou často poměrně intenzivní, jako je tomu například u přetrvávajících zdravotních komplikací, či sníženého sebevědomí, a bývalé oběti šikany omezují v jejich každodenním životě.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na dopady šikany na psychosomatiku v rané dospělosti. Práce je rozdělena na dvě části. První, teoretická část, se soustředí na popsání šikany a psychosomatiky a jejich vzájemného propojení. Popisuje také řadu výzkumů, které na toto téma proběhly a vysvětluje možné mechanismy vedoucí ke vzniku psychosomatických obtíží v návaznosti na šikanu. Druhá část se zaměřuje na samotný výzkum probíhající zpracováním dat získaných polostrukturovanými rozhovory s bývalými oběťmi šikany zanalyzovanými tematickou analýzou.

Šikana je bezpochyby velmi problematickou skutečností, která způsobuje svým obětem řadu nepříjemných zážitků a v mnoha případech výrazně ovlivňuje jejich životy. Pro mnoho obětí je to tak intenzivní záležitost, že její dopady pociťují i mnoho let po jejím skončení. Znesnadňují jim životy a omezují je do jisté míry v jejich každodenním životě. Snahou této práce je především upozornění na tuto problematiku, které je nutno se věnovat. Šikana by rozhodně neměla být brána na lehkou váhu.

ZDROJE

- Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Grada.
- Blatný, M. (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.
- Hendl, J. (1947). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Portál.
- Janošová, P., Kollerová, L., Zábrodská, K., Kressa, J., & Dědová, M. (2016). *Psychologie školní šikany*. Grada.
- Kolář, M. (2001). *Bolest šikanování: [cesta k zastavení epidemie šikanování ve školách]*. Portál.
- Morschitzky, H., & Sator, S. (2007). *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky* (Vydání třetí). Portál.
- Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Triton.
- Říčan, P., & Janošová, P. (2010). *Jak na šikanu*. Grada.
- Zvírotský, M. (2023). *Terminologický a výkladový slovník šikany*. Grada.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Clarke, V., & Braun, V. (2016). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297–298. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>.

Committee on the Biological and Psychosocial Effects of Peer Victimization: Lessons for Bullying Prevention; Board on Children, Youth, and Families; Committee on Law and Justice; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Rivara F, Le Menestrel S, editors. (2016, 14. září) *Preventing Bullying Through Science, Policy, and Practice*. Washington (DC): National Academies Press (US); Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390414/?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTAAAR3_nj_ofi0S3CLMXjsUPdUvHL6aanQm3m4BoTToYCyZxEju1ozvSqEDX6o_aem_ZmFrZWR1bW15MTZieXRlcw.

Fórum pro prožitkové vzdělávání (2020). *Prevence šikany: Metodika pro pedagogy*. Dostupné z: https://www.forumppv.cz/wp-content/uploads/2020/09/Metodika_Prevence-%C5%A1ikany.pdf.

Gini, G. (2008). Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of paediatrics and child health*, 44(9), 492-497. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1440-1754.2007.01155.x>.

Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123(3), 1059-1065. Dostupné z: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/123/3/1059/71629/Association-Between-Bullying-and-Psychosomatic>.

IOE, UCL's Faculty of Education and Society. (n.d). *Learning Hub. Research case studies: Scaring effects of childhood bullying*. Dostupné z: <https://learning.closer.ac.uk/researchcasestudies/long-term-effects-of-childhood-bullying/>.

Janošová, P., Kollerová, L., & Záborská, K. (2014). ŠKOLNÍ ŠIKANA V SOUČASNOSTI--JEJÍ DEFINICE A OPERACIONALIZACE. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*, 58(4), 368–377. Dostupné z: https://www.academia.edu/14715391/%C5%A0koln%C3%AD_%C5%A1ikana_v_sou%C4%8Dasnosti_jej%C3%AD_definice_a_operacionalizace.

Kaufman, T. M., Huitsing, G., & Veenstra, R. (2020). Refining victims' self-reports on bullying: Assessing frequency, intensity, power imbalance, and goal-directedness. *Social Development*, 29(2), 375-390. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/sode.12441>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. (2016). *Metodický pokyn ministryně školství, mládeže a tělovýchovy k prevenci a řešení šikany ve školách a školských zařízeních*. Dostupné z: <https://msmt.gov.cz/file/38988?highlightWords=prevence+%C5%A1ikany>.

Národní zdravotnický informační portál. (2024) *Posttraumatická stresová porucha: diagnóza*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/709-posttraumaticka-stresova-porucha-diagnoza>.

Ratislavová, K., & Bednářová, M. (2018). PSYCHOSOMATIKA, HOLISTICKÝ PŘÍSTUP A OŠETŘOVATELSKÁ PRAXE. *Ošetřovatelské perspektivy*, 1(1), 89-95. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/pdfs/osp/2018/01/10.pdf>.

Wolke D, Lereya S.T. (2015, 10. února) *Long-term effects of bullying*. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4552909/>.

PŘÍLOHY

ROZHOVOR Č. 6

Věk: 22

Pohlaví: žena

T = Tazatelka

I = Informant

T: Takže první otázka je ohledně osobní zkušenosti se šikanou. Poprosila bych tě, jestli bys mi dokázala popsat svojí osobní zkušenost se šikanou během dětství, nebo dospívání. Vlastně to, jakým způsobem u tebe ta šikana probíhala.

I: U mě šikana probíhala ze začátku slovně, jako urážky, pomluvy, pak psaný různý dopisy. Vzhledem k tomu, že jsem se pak už jakoby škole vyhýbala, tak mi chodily i vzkazy domů. Takže jakoby začalo to slovně a pak právě vzhledem k tomu, že ti, co mi to dělali, seděli hned za mnou, tak třeba o hodině do mě kopali, šťouchali a různě mě poštuchovali a brali tu mojí pozornost. Nebo na mě pokřikovali i během té hodiny a tak. Ale hlavně slovně. Urážky a pomluvy nejvíc.

T: Dobře, rozumím. Druhá otázka, jestli bys mi řekla, jak dlouho to trvalo a třeba jak často?

I: Ono to bylo jako na 2 etapy. Já jsem se ze začátku s nima kamarádila, takže ze začátku ten vztah byl super. Byli to noví žáci v naší třídě, takže prostě ze začátku všechno super a začalo to po nějaký první hádce. Myslím si, že takovej půlrok určitě. Začalo to právě těma pomluvama, poštváváním ostatních, takové to, že jsem si říkala, že se to třeba zlepší, ale pak to právě začalo jít do těch extrémů, kdy se z lidí 2 nebo 3 co to dělali, stala celá skupina šesti až osmi holek, který do mě pak šly. A vzhledem k tomu, že jedna z nich byla ze staršího ročníku, tak vlastně pak i lidi z těch starších ročníků na mě pokřikovali na chodbě, nebo jakoby schválně dávali najevo, abych viděla třeba že o mě mluví. Takže ze začátku to začalo slovně a pak se to stupňovalo víc a víc, protože se přidávalo víc a víc lidí a od pomluv a slovních urážek to začalo do toho poštuchování, házení papírků a přání smrti třeba.

T: A to byla jaká třída?

I: To bylo v šestý třídě. V šestý a pak i v sedmý.

T: A ta druhá etapa, jak jsi zmiňovala?

I: Ta druhá etapa, to bylo potom vlastně, že jo, vzhledem k tomu, že to začalo v půlce šesté třídy, tak pak byly jako prázdniny, klid, tak jsem tak nějak doufala, že to bude prostě už jako v pohodě, ale vlastně začátkem té sedmé třídy to zase začalo jako pozvolna. Že se se mnou jako nikdo moc ve třídě ne bavil, třeba jenom 1, 2 kamarádky, ale jinak jakoby furt se na mě

pohlíželo jako na tu černou ovci, nebo jak bych to řekla. Vlastně pak to začalo ustávat a ustávalo to taky tím, že ta starší holka, protože byla v devátý třídě, když já jsem byla v sedmičce, tak ona už nebyla. Takže to taky hodně pomohlo, že tam nebyl ten zdroj toho, kdo by poštvoval ty starší lidi. Takže jakoby ze začátku to začalo zase klasicky, prostě koukání na mě, urážky a prostě řeči. Pak se to postupně jako stupňovalo.

T: Rozumím. Tak jo. Další otázka je, jestli jsi měla během šikany, nebo po ní nějaké fyziologické problémy, jako jsou třeba bolesti hlavy, nebo bolesti břicha, nebo problémy se spánkem, nebo jiné zdravotní potíže.

I: Já jsem měla v to období dost velký potíže s břichem. Měla jsem bolesti břicha dost častý a měla jsem problémy jakoby i srdeční, že jsem musela chodit s maminou na kardiologii, kde mi dávali věčně měřit holter a celkově i tlak byl u mě takovej dost nahoru a dolů. Měla jsem taky prostě jakoby v těch situacích, a i po tom jako dost zrychlenej tep, že jsem to měla fakt mimo nějaký optimum no. Takže hlavně to srdce a to břicho. To jsem prostě měla křeče v břiše, že jsem potřebovala prostě ležet, než to ustane v klubičku, nahřívát si břicho a fakt nemluvit na nikoho a jenom takhle přečkávat tu bolest, protože nějaký jakoby účinný prášky, co by mi na to zabíraly, jsme úplně jako nenašli.

T: Dobře. Takže zmínila jsi, že si teda vyhledala i lékařskou pomoc. Dokázala bys říct, jestli se došlo k nějakým teda výsledkům, jestli třeba ti potvrdili, že to může by z toho jakoby stresu, z té šikany?

I: No, tam to bylo. Jakoby oni mi řekli, že velký vliv na to podle těch všech příznaků co jsem jim řekla má stres. Ale nerozvíjeli to jako nijak dál. Dostala jsem na krátkou dobu nějaký prášky, abych vyzkoušela, protože to všechno souviselo jako se srážlivostí krve, takže se mi dělaly hodně modřiny prostě samovolně a tak. Takže já jsem dostala vlastně jenom léky na tu krev, ale na srdce jako takový mi nic nedali a na břicho řekli, že při bolestech prostě brát klasika Ibalgin, nebo tyhlety prášky na bolest. Takže, jakoby že by to dostali do nějaký fáze... prostě mě změřili, zjistili, řekli mi, že na 80 procent je tam příčina stres, ale vlastně jakoby se s tím nic nedělo dál no.

T: Dobře, rozumím. Další otázka je, jestli nějaký z těchto symptomů ti vlastně přetrvávají do dneška.

I: To s tím srdcem a celkově tlakem mám doteď hodně často. Hodně mám kolísavej tlak a celkově ve stresových situacích, ať už je to prostě zkouška, nebo je to nějaký nový kolektiv, tak to přesně pociťuju jako.. nevím v té třídě mám prostě takový to hnusný bušení srdce, fakt zrychlenej tep, že mi je kolikrát fakt jako až na omdlení no.

T: A to břicho třeba, to s tou šikanou třeba přestalo?

I: No, to jsem vlastně měla do nějaký... nevím... myslím si že do konce základky to jako přetrvávalo a břicho doteď jakoby nemám. Takže myslím si, že kolem té devátý třídy až prvák na gymplu to ustalo no.

T: Dobře, další otázka je, jaký byly tvoje nejčastější emocionální reakce na šikanu. Jestli jsi spíš pociťovala strach, nebo úzkost, nebo třeba deprese?

I: Měla jsem strach. Měla jsem velkej strach. Myslím si, že tam byly prostě i deprese, protože jsem se fakt stranila lidem jako celkově. Prostě jsem měla různé myšlenky, i jako sáhnout si na život. Že jsem jako viděla hodně tu vinu v sobě, takže si myslím, že určitá forma depresí tam jako proběhla. Úzkost ne, ale strach jsem měla jako velkej a s tím ta tělesná stránka i s tím jakoby... jak to říct... spolupracovala s tím strachem, tak se to všechno tak nějak jako navzájem podporovalo. Že mi prostě nebylo fyzicky, ani psychicky v těch chvílích dobře no.

T: Jasný, rozumím. Další otázka je, jestli bys mi dokázala říct, jak šikana ovlivnila tvoje sebevědomí, nebo sebeúctu během dospívání a jak to máš třeba teď v té rané dospělosti?

I: No nevěřila jsem samozřejmě, když mi bylo vtoukaný do hlavy, že prostě jsem k ničemu a že jsem nula a nevím, že nikdy nic nedokážu a podívej se na ní, jak vypadá. Slyšet dennodenně takovýhle věci na tvoje schopnosti a tvůj vzhled, tak jsem si nevěřila jako absolutně. Snažila jsem se dělat všechno pro to, aby si třeba jeden den řekly, vzhledem k tomu, že to byla jako většina holek, aby si třeba řekly já ta je dneska hezky oblečená. Že jsem se snažila jim ty podmínky jako nedávat, ale vždycky se tam něco našlo. Takže jsem si jako nevěřila a doteď mám problém v tom si v něčem věřit. Zkoušet nové věci. Hrozně mě to jakoby stresuje, protože se bojím toho zklamání a že jakoby neuspěju. Ačkoliv to může být jakoby cokoli, jakákoliv činnost. Která prostě... no tak prostě si jí vyzkoušej, když ti půjde, tak ti půjde, ale prostě nemám na to úplně jako si říct, no zkusím to a uvidím. Že prostě nevěřím si. Co mi na té základce tenkrát dost pomohlo, byl florbal no. Tam jsem si to sebevědomí trošku zvedla, protože jsem se v tom jakoby našla, ale jinak to přetrvává doteď. I doma moje sebevědomí nebylo úplně nějak jako podporovaný, nebo jak to říct. Takže prostě věřit si v něčem, nebo jít do něčeho bez hlavy neumím no. Ten stres se mnou dělá jakoby hrozný věci no, doteď.

T: Rozumím. Tak další otázka je, jestli jsi měla v důsledku šikany problémy jako jsou deprese, úzkostné poruchy, nebo jiné duševní potíže. Takže to už jsme zmiňovaly, že možná si myslíš, že nějaký ty deprese tam byly, ale asi jsi to neměla diagnostikovaný.

I: Ne ne, to jsem neměla.

T: Dobře, další otázka. Jestli bys dokázala říct, jak šikana ovlivnila tvoje vztahy s vrstevníky během školy a později?

I: Jakoby, protože to prostě byla otázka potom už vlastně celý třídy, takže když to v té půlce té sedmý třídy začalo tak nějak ustávat, tak jsem byla ráda, že už nejsem ten střed toho zájmu, toho ukazování a že si mě jakoby nevšíkali. Takže já jsem jakoby v sobě neměla nějakým způsobem jako třeba zášť. Já jsem cítila jenom strašnou úlevu, že to jako už ulevuje a nijak jsem na sebe neupozorňovala a nesnažila jsem se jim nějakým způsobem nutit. Já jsem prostě hlavně jenom chtěla, aby mě nechali být a mohla jsem to do té deváté třídy nějakým způsobem dochodit. Bavily se se mnou třeba 2 holky ze třídy, jako že jsme si

pomáhaly, co se týče školy a co se se mnou jako fakt kamarádily. Ale s těma ostatníma, že bych měla úplně nějaký stoprocentní vztahy, tak to nikdy nebylo. Z mé strany tam byla dost velká jako uzavřenost a z jejich strany si myslím, že jako i nezájem. Pak v devátý třídy, když jsme už byli starší a museli jsme řešit třeba ukončení devátý třídy, tak to bylo asi jediný, kdy jsme fungovali jako třída, kdy nikdo jako nebyl úplně odstrkovanej, nebo že bych nesměla nic říct. Už mě jakoby akceptovali.

T: Jasný. Dobře. Dokázala bys říct, jestli máš nyní třeba nějaký problémy s důvěrou vůči ostatním lidem, kvůli té minulé zkušenosti se šikanou?

I: Určitě nevěřím novým cizím lidem, abych si s nima hned sedla a třeba se jim otevřela, tak to úplně jako nedokážu. Obzvlášť to mám k těm holkám. Mám jakoby hroznou nedůvěru k těm holkám, protože jak jsem říkala, většina těch, co na mě útočila byly holky. Takže já jsem vlastně důvěru našla až pak na gymplu v jedný spolužačce, jinak jsem se bavila s klukama, nebo jak to říct a prostě jsem nedokázala se holkám podívat úplně z přímá do očí. Jako obecně holkám jako kamarádkám. Fakt mi jako trvalo hrozně dlouho, než se otevřu a než budu cítit nějaký bezpečí. A to mám doted. To jsem si jistá, že je dopadem té základky, protože tohle jsem třeba do té páté, šesté třídy neměla, to jsem je taky přijala, byli pro mě noví a od té doby jsem takhle jako srdce na dlani, nebo jak bych to řekla, nedala.

T: Dobře. Další otázka. Kdo ti byl během toho období té šikany podporou? Jestli to byla třeba rodina, nebo přátelé, nebo jestli ses třeba svěřila nějakému učiteli, popřípadě psychologovi, nebo terapeutovi? A jestli někdo takový byl, tak jestli bys dokázala říct, jaký byl přínos této pomoci?

I: No tak samozřejmě ze začátku jsem to v sobě hodně tutlala, nechtěla jsem to řešit s nikým, měla jsem strach a furt jsem si říkala, že to ustane. Že to jakoby nebude v nějaký extrémní míře třeba. Takže jsem to jakoby tutlala, učitelům vůbec, to bych si netroufla, ale prostě když jsem chtěla bejt často doma a byla jsem často nemocná a nevím. Stalo se párkrát, že třeba mě mamka našla v pokoji v klubíčku ubrečenou, tak jsem to potom mamce řekla a myslím si, že tenkrát to bylo i tak, že jsem ji ukázala jeden z těch vzkazů. Protože jak jsem byla často nemocná, tak dřív bylo, že jsme si psali úkoly na papíry a posílali to. Takže já jsem dostávala seznam úkolů a na tom zároveň ty vzkazy prostě ať chcípnu a že doufají, že už se do školy nevrátím a tak. A to už právě byl pro mě takovej jako strop, kdy jsem to té mamce ukázala, s tím, že jsem ale nechtěla, aby to řešila dál, protože jsem se bála, že by to bylo tisíckrát horší. Takže mamka mi poskytla nějakou podporu, ale myslím si, že v tu chvíli to nebylo úplně něco, co by mi pomohlo tu situaci vyřešit. Vzhledem k tomu, že ona mi to nechtěla udělat horší, tak to prostě jakoby neřešila. A na třídních schůzkách, když se o tom zmínila, protože jsme měli docela fajn třídní, tak se s tím jakoby ale stejně nic nedělo. Takže já jsem měla podporu doma, že jsem to mohla ventilovat a nežít jen sama se svojí hlavou. Ale jinak jakoby nějakou zásadní pomoc, která by mi v té situaci pomohla jsem neměla.

T: Dobře a jaký si teda třeba používala strategie, abys to nějak zvládala, tu šikanu?

I: Tak já jsem se našla v tom florbale, takže to mi právě pomohlo i jakoby k nějaké sebedůvěře. To byla zrovna ta naše třídní, co to učila, která mi ukázala, že jsem v tom fakt dobrá. Zaměřila se prostě na to a pomohla mi se někam dostat, abych se zúčastnila soutěží, abych se toho nebála. Takže pro mě byl velkej únik ten florbal a docela mi pomáhalo i pak začít chodit na tenis. Tak jako spíš sporty a hudba. To jsem si jako pouštěla v tich slabších chvílích doma, kdy jsem neměla úplně třeba zaměstnanou hlavu, tak ještě z diskmanu jsem si pouštěla.

T: Dobře. Tak a poslední otázka, jak si myslíš, že tě tahle celková zkušenost se šikanou ovlivnila jako osobu a jestli by jsi třeba v tom dokázala najít nějaké pozitivní aspekty, nebo lekce.

I: No, tak říká se, že všechno špatný, je k něčemu dobrý a je to pravda. Víím, že mě to posílilo v tom nebýt všem tak strašně otevřená a náklonná a nápomocná a mít prostě trošku lokty, abych na to nedoplatila zase. Strašně mě to pochroumalo v tý sebedůvěře, to je ten mínus, že to moje sebevědomí mi to totálně pošlapalo. Ale v tomhleto mě to posílilo, že se snažím na sobě teď pracovat. Snažím se si věřit, chválit se za věci co udělám a mít ze sebe trošku lepší pocit, protože často se mi do hlavy dostávají takový ty myšlenky, že jsem k ničemu. I když něco zvednu, tak úplně neumím ze sebe mít radost. Co se týče i toho navazování přátelství, tak se snažím tomu úplně jako nepodlehout, abych na to zase nedoplatila no. Takže dopad negativní je to sebevědomí. Pozitivní, že jsem se naučila se za sebe trošku prát a trošku sama sebe jako bránit, tak.

T: Jasný. Rozumím. Tak jo, tak takhle je to ode mě všechno. Na závěr se zeptám, jestli by jsi k tomu třeba chtěla ještě něco doplnit, nebo je to takhle v pořádku?

I: Asi nemám nic. Asi jsem řekla všechno podstatný, si myslím, co jsem chtěla.

T: Tak jo, tak moc děkuji.

I: Já taky.