

Lucia Záhorcová

Traumatizácia v detstve a odpustenie v dospelosti

súvislosti so subjektívnou pohodou, spánkom
a zdravím



Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v.v.i.
Bratislava, 2025

**Traumatizácia v detstve a odpustenie v dospelosti:
súvislosti so subjektívnou pohodou, spánkom a zdravím**

Lucia Záhorcová

**Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v.v.i.
Bratislava, 2025**



Lucia Záhorcová, Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v.v.i.

Vydavateľ:

© Centrum spoločenských a psychologických vied Slovenskej akadémie vied, v. v. i.

Recenzenti:

doc. PhDr. Michal Čerešník, PhD.

Mgr. Veronika Chlebcová, PhD.

Jazyková korektúra:

Mgr. Dana Šmatlíková

Obálka:

Ing. Lukáš Záhorec

Rozsah publikácie: 7,62 AH

ISBN: 978-80-8298-021-2

© Lucia Záhorcová

© Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v. v. i.

Obsah

Úvod	6
1 Traumatizácia v detstve	8
1.1 Súvislosti ranej traumatizácie s psychickým zdravím v dospelosti	9
1.2 Súvislosti ranej traumatizácie s well-beingom v dospelosti.....	11
1.3 Súvislosti ranej traumatizácie s fyzickým zdravím v dospelosti.....	13
1.4 Súvislosti ranej traumatizácie so spánkom v dospelosti	17
1.5 Súvislosti ranej traumatizácie s prežívaním hnevu v dospelosti	19
1.6 Pozitívne skúsenosti v detstve ako protektívny faktor	21
2 Odpustenie druhým v dospelosti	24
2.1 Druhy odpustenia	25
2.2 Mýty o odpustení.....	27
2.3 Proces odpúšťania	29
2.4 Odpustenie druhým v súvislosti s psychickým zdravím	32
2.5 Odpustenie druhým v súvislosti s well-beingom	33
2.6 Odpustenie druhým v súvislosti s fyzickým zdravím	34
2.7 Odpustenie druhým v súvislosti so spánkom	37
3 Odpustenie druhým a traumatizácia v detstve	40
3.1 Neurobiologické súvislosti traumatizácie v detstve a odpustenia	43
3.2 Porozumenie traumy a odpustenia z perspektívy polyvagálnej teórie	45
3.3 Výskumné ciele, hypotézy a otázky	48
4 Metóda	51
4.1 Výskumný súbor a priebeh zberu údajov	51
4.2 Metódy zberu údajov	53
4.3 Metódy analýzy údajov	58
5. Výsledky.....	59
5.1 Deskriptívna analýza	59
5.2 Korelačná analýza	61
5.3 Mediačná analýza	66
6 Diskusia.....	71

Záver	88
Zoznam použitej literatúry	91

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1: Vekové zloženie výskumného súboru	51
Tabuľka 2: Zloženie výskumného súboru podľa vzdelania	52
Tabuľka 3: Zloženie výskumného súboru podľa rodinného stavu	52
Tabuľka 4: Zloženie výskumného súboru podľa regiónu	52
Tabuľka 5: Zloženie výskumného súboru podľa veľkosti bydliska	53
Tabuľka 6: Zloženie výskumného súboru podľa vierovyznania	53
Tabuľka 7: Deskriptívna analýza všetkých premenných	59
Tabuľka 8: Výskyt jednotlivých druhov traumatizácie vo výskumnom súbore	61
Tabuľka 9: Korelačné koeficienty (Pearson) – situačné odpustenie, odpustenie rodičovi, tendencia odpustiť druhým a traumatizácia v detstve	62
Tabuľka 10: Korelačné koeficienty (Pearson) – well-being a traumatizácia v detstve, situačné odpustenie, odpustenie rodičovi a tendencia odpustiť druhým	64
Tabuľka 11: Korelačné koeficienty (Pearson) – odpustenie a traumatizácia v detstve vo vzťahu so spánkom a vnímaným fyzickým zdravím	65

Zoznam obrázkov

Obrázok 1: Hypotetický mediačný model. Situačné odpustenie druhému mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom.	67
Obrázok 2: Hypotetický mediačný model. Tendencia odpustiť mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom.	68
Obrázok 3: Hypotetický mediačný model. Situačné odpustenie mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia.	69
Obrázok 4: Hypotetický mediačný model. Tendencia odpustiť mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia.	70

Úvod

Traumatizácia v detstve (angl. *adverse childhood experiences*, ACEs) je v súčasnej odbornej literatúre vnímaná ako dôležitá problematika vzhľadom na jej preukázateľné dlhodobé negatívne dôsledky. ACEs zahŕňajú široké spektrum nepriaznivých a zraňujúcich zážitkov, ktoré môže jednotlivec zažiť od narodenia do 18. roku života – od fyzického a psychického zanedbávania a zneužívania až po rodinné dysfunkcie či šikanu (WHO, 2011). Štúdie opakovane demonštrovali, že tieto nepriaznivé skúsenosti sú pomerne časté, a to aj na Slovensku (Kascakova et al., 2025), pričom majú zásadný efekt na zdravie, psychické fungovanie a celkovú psychickú pohodu dospelých (Bellis et al., 2019; Mosley-Johnson et al., 2019; Templeton et al., 2025). Systematické prehľady ukazujú, že osoby so štyrmi a viacerými typmi ACEs čelia výrazne vyššiemu riziku rozličných chronických ochorení, ako aj psychických porúch v dospelosti (Hughes et al., 2017). Traumy z detstva sú späté s nižšou subjektívnou pohodou – traumatizovaní jednotlivci častejšie uvádzajú nižšiu životnú spokojnosť ako jednotlivci, ktorí neprežili traumu (Yin et al., 2023). Kľúčovým poznatkom je aj fakt, že ACEs patria medzi hlavné rizikové faktory rozvoja psychických a psychosomatických ochorení v dospelosti (Kascakova et al., 2018). Výskumy preukázali, že ACEs zvyšujú riziko srdcovo-cievnych ochorení, diabetu, obezity a ďalších problémov (Bertele et al., 2022; Senaratne et al., 2024), ako aj prevalenciu depresie, úzkostných porúch alebo rizikového správania (Boisgontier et al., 2020; M. Li et al., 2016). Ukazuje sa tiež, že väčší počet traumatizujúcich udalostí v detstve súvisí s horšou kvalitou spánku v neskoršom veku (Brindle et al., 2018). Celkovo tieto zistenia potvrdzujú vysokú aktuálnosť témy, nepriaznivé zážitky z detstva dlhodobo ovplyvňujú fyzické zdravie, duševnú pohodu a fungovanie jednotlivca.

Odpustenie predstavuje dôležitý fenomén, ktorý hrá významnú úlohu pri zotavení sa z emocionálnych zranení zo strany druhých osôb. V psychologickom kontexte ide o postupný proces, pri ktorom jednotlivec postupne uvoľňuje hnev, nevraživosť a túžbu po pomste voči osobám, ktoré ho zranili, a nahrádza tieto pocity empatiou, súcitom či porozumením (Enright, 2001). V procese odpúšťania ide primárne o ošetrovanie vlastných bolestivých emócií, pričom je nevyhnutné tento proces odlišiť od zmierenia s druhým, ospravedlňovania či schválenia zraňujúceho činu. Literatúra zdôrazňuje terapeutický potenciál odpúšťania: štúdie u ľudí po rôznych druhoch prežitých zranení ukázali, že intervencie zamerané na podporu odpúšťania viedli k významnému zníženiu symptómov depresie, úzkosti, hnevu a zároveň k nárastu nádeje, sebaúcty, zmyslu v živote či posttraumatického rozvoja (Akhtar & Barlow, 2018; Wade et al.,

2014). Štúdie zároveň opakovane ukazujú, že ľudia, ktorí dokážu viac odpúšťať, prežívajú aj väčšiu subjektívnu pohodu (F. Gao et al., 2022; vanOyen Witvliet et al., 2020). Nie je to však iba oblasť psychického zdravia, ale aj fyzického zdravia, kde je preukázané prepojenie so schopnosťou odpúšťať. Kvantitatívne, ako aj experimentálne štúdie ukazujú, že odpúšťanie pozitívne súvisí s fyzickým zdravím a jeho rôznymi aspektami (Lee & Enright, 2014; Waltman et al., 2009), ako aj s vyššou kvalitou spánku (L. Toussaint et al., 2020).

Vzťah medzi traumatizáciou v detstve a odpustením však zostáva nejasný. Je iba veľmi málo výskumov, ktoré by sa zamerali na prepojenie schopnosti odpúšťania v dospelosti s ranou traumatizáciou (Rahmandani et al., 2022). Neurobiologické výskumy naznačujú, že traumatizácia je spojená so zníženou aktiváciou mozgových okruhov, ktoré sú, naopak, viac aktívne pri odpúšťaní, ako je oblasť precuneus či dorzolaterálny prefrontálny kortex (Lu et al., 2019; Yan et al., 2013). Tieto zistenia by mohli naznačovať, že odpúšťanie bude dôsledkom traumy sťažené, otázne však je, ako to platí pre jednotlivé druhy odpúšťania, teda či by sa tento potenciálny vzťah prejavoval ako pri situačnom odpustení v kontexte zranení z detstva, tak pri dispozícii odpúšťať. Na druhej strane, niektoré výskumy ukazujú, že ľudia, ktorí zažili traumatizáciu v blízkych vzťahoch, sú, naopak, schopní väčšej empatie (D. M. Greenberg et al., 2018).

Z vyššie uvedených dôvodov táto monografia obsahuje aj vlastnú empirickú štúdiu venovanú skúmaniu vzťahu ACEs a odpustenia v dospelosti v kontexte well-beingu, spánku a vnímaného fyzického zdravia. V rámci výskumných cieľov sa zameriame na súvislosti ranej traumatizácie s rôznymi druhmi odpúšťania v dospelosti (situačné odpustenie, tendencia odpustiť a odpustenie rodičovi), preskúmame ich vzťah s well-beingom, spánkom (jeho kvalitou, kvantitou a problémami so spánkom) a vnímaným fyzickým zdravím. Medzi hlavné ciele štúdie patrí tiež preskúmať prípadnú mediáciu schopnosti odpúšťať vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a neskoršími ukazovateľmi psychického a fyzického zdravia – well-beingom, spánkom a vnímaným fyzickým zdravím. Špeciálnu pozornosť budeme venovať tomu, či jednotlivci so skúsenosťou traumatizácie, ktorí zároveň vykazujú vyššiu schopnosť odpúšťania, dosahujú lepšie výsledky v oblasti subjektívnej pohody, spánku a vnímaného fyzického zdravia v porovnaní s tými, ktorí odpúšťajú v nižšej miere. V práci sa tiež zameriame na preskúmanie výskytu rôznych druhov traumatizácie v našom výskumnom súbore. Veríme, že tieto zistenia prispejú k hlbšiemu porozumeniu faktorov podporujúcich rezilientnú adaptáciu po prežitých traumách a poskytnú východisko pre návrh terapeutických intervencií zameraných na zvýšenie kvality života po prežitých nepriaznivých udalostiach a zraneniach.

1 Traumatizácia v detstve

Nepriaznivé skúsenosti v detstve ovplyvňujú životy miliónov detí, adolescentov a neskôr aj dospelých po celom svete (Degli Esposti et al., 2019; Kascakova et al., 2025; Merrick et al., 2018; Moody et al., 2018), a je preto dôležité venovať im náležitú pozornosť. Svetová zdravotnícka organizácia (World Health Organization, WHO, 2011) definuje nepriaznivé zážitky z detstva („adverse childhood experiences“, ACEs) ako časté, intenzívne a dlhodobé pôsobiacie zdroje stresu, s ktorými sa človek môže stretnúť do 18. roku života.

K takýmto zážitkom patria rôzne druhy násilia, zneužívania, zanedbávania, násilie medzi rodičmi alebo opatrovníkmi, ako aj iné typy závažnej dysfunkcie v rodine, ako je zneužívanie alkoholu a návykových látok. Rovnako sem patrí aj rovesnícke násilie (šikanovanie, bitky) či komunitné a kolektívne násilie (WHO, 2011).

V reprezentatívnej štúdii ACEs na slovenskej populácii (Kascakova et al., 2025) sa ukázalo, že viac ako 75 % participantov uviedlo, že prežili minimálne jeden nepriaznivý zážitok v detstve, pričom tretina prežila štyri a viac takýchto zážitkov. Najčastejšími typmi nepriaznivého zážitku na Slovensku boli komunitné násilie, svedectvo domáceho násilia, emocionálne násilie a zanedbávanie.

Koncept ACEs bol prvýkrát systematicky preskúmaný v rámci rozsiahlej štúdie, ktorú v 90. rokoch realizovali Vincent Felitti, Robert Anda et al. (Felitti et al., 1998). Výskum sa zameriaval na 9508 dospelých, ktorí retrospektívne hodnotili svoje zážitky z detstva. Výsledky preukázali priamu súvislosť medzi počtom prežitých nepriaznivých skúseností v detstve a vyšším rizikom vzniku rôznych problémov v oblasti psychického a fyzického zdravia. Ľudia, ktorí zažili štyri alebo viac kategórií traumatizácie v detstve, v porovnaní s tými, ktorí nezažili žiadnu, mali 4- až 12-násobne zvýšené riziko rozvoja alkoholizmu, zneužívania drog, depresie a pokusov o samovraždu; 2- až 4-násobne zvýšené riziko fajčenia a nízkeho sebahodnotenia, vyššiu pravdepodobnosť výskytu sexuálne prenosných chorôb, ako aj väčší počet (≥ 50) sexuálnych partnerov. Okrem toho sa preukázalo aj 1,4- až 1,6-násobne zvýšené riziko fyzickej nečinnosti a závažnej obezity.

Platí teda, že čím viac nepriaznivých zážitkov jednotlivci v detstve zažili, tým vyššie bolo riziko vzniku zdravotných problémov v dospelosti vrátane ischemickej choroby srdca, rakoviny, chronického ochorenia pľúc, kostrových zlomenín a ochorenia pečene. Ak jednotlivci zažili viacero foriem nepriaznivých skúseností, v dospelosti čelili aj širšiemu spektru zdravotných komplikácií.

Od čias tejto prvej štúdie sa výskum ACEs rozšíril a bol potvrdený množstvom ďalších štúdií po celom svete. Dnes už mnoho výskumov opakovane potvrdzuje súvislosti medzi ACEs a zhoršeným psychickým zdravím, fyzickým zdravím, ako aj problémami v sociálnych vzťahoch a fungovaní (napr. Conway et al., 2020; Templeton et al., 2025).

Zároveň nepriaznivé skúsenosti v detstve a narušené rodinné prostredie v útlom veku patria medzi hlavné rizikové faktory rozvoja psychických a psychosomatických ochorení v dospelosti (Kascakova et al., 2018). Chronický stres a traumatizácia v ranom veku môžu narušiť vývin nervovej sústavy, ovplyvniť funkciu stresovej osi (osi hypotalamus – hypofýza – nadobličky, HPA), či schopnosť regulovať emócie a budovať vzťahy, čo zvyšuje zraniteľnosť voči rôznym psychickým ťažkostiam (Cloitre et al., 2019; Juruena et al., 2020; Zagaria et al., 2024). V nasledujúcej podkapitole sa preto zameriame na súvislosti medzi ranou traumatizáciou a psychickým zdravím v dospelosti vrátane faktorov, ktoré tento vzťah sprostredkujú.

1.1 Súvislosti ranej traumatizácie s psychickým zdravím v dospelosti

Veľké množstvo výskumov doposiaľ preukázalo spojitosť medzi ranou traumatizáciou, značným a dlhodobým stresom v detstve a celoživotnými negatívnymi dôsledkami pre zdravie a psychickú pohodu človeka (Bellis et al., 2019; Templeton et al., 2025). Ako teda konkrétne súvisia tieto zážitky s psychickým zdravím v dospelosti a ktoré faktory môžu tento vzťah sprostredkovať či ovplyvniť?

Štúdie opakovane poukazujú na súvislosť medzi nepriaznivými zážitkami z detstva a výskytom psychiatrických diagnóz v dospelosti, ako sú posttraumatická stresová porucha (McLaughlin et al., 2017; Scott et al., 2010), depresia (Mandelli et al., 2015; Nelson et al., 2017) či úzkostné poruchy (M. Li et al., 2016). Z psychologického hľadiska obeť ranej traumatizácie často prežívajú dlhodobý hnev (Win et al., 2021), osamelosť (Kascakova et al., 2025), opakované ruminačné myšlienky na traumy (Gunduz et al., 2019), ktoré bývajú spojené aj s prežívaním nízkej nádeje do budúcnosti (Muñoz & Hanks, 2021). Mnohé výskumy taktiež ukazujú prepojenie medzi detskou traumatizáciou a neskorším zneužívaním návykových látok (Bellis et al., 2019; Leza et al., 2021).

Vzťah medzi traumatizáciou v detstve a zhoršeným psychickým zdravím v dospelosti je dobre zdokumentovaný. Okrem priameho vplyvu samotných zážitkov nemožno vylúčiť ani úlohu genetických faktorov. Výskum Danielsdóttirovej et al. (2024) sa zameriaval na súvislosť medzi ACEs a mentálnym zdravím dvojčiat. Výsledky ukázali, že tie dvojčatá, ktoré zažili

ACEs, boli častejšie diagnostikované s psychickými poruchami, vrátane depresie, úzkosti a zneužívania návykových látok, aj po kontrolovaní spoločných genetických a environmentálnych faktorov (napr. socioekonomický status či vzdelanie rodičov). Najsilnejšími prediktormi psychických problémov v dospelosti sa ukázali byť zážitky sexuálneho násillia a prítomnosť viacerých foriem ACEs.

Niektoré štúdie skúmali aj sprostredkujúce (mediačné) a ovplyvňujúce (moderačné) faktory vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a psychickým zdravím v dospelosti. Napríklad výskum Zagariu et al. (2024) preukázal súvislosť medzi ranou traumatizáciou a výskytom depresie v dospelosti, pričom ako mediátor sa ukázali zvýšené zápalové markery, ako je CRP (C-reaktívny proteín). Podobné zistenia priniesla aj štúdia Iobovej et al. (2020), ktorá ukázala, že ľudia s ACEs mali zvýšené hladiny CRP aj vyššiu mieru symptómov depresie. Tieto výsledky podporujú hypotézu, že stres v ranom vývinovom období môže viesť k dysregulácii osi hypotalamus – hypofýza – nadobličky (HPA), čo zvyšuje hladiny kortizolu. Dlhodobé narušenie tejto osi môže viesť k rezistencii na kortizol a rozvoju zápalových procesov v tele (Juruena et al., 2020). Medzi ďalšie dôležité mediátory podľa Cloitre et al. (2019) patrí schopnosť emocionálnej regulácie, ktorá môže zmierniť vplyv traumatizácie na vznik depresie a posttraumatickej stresovej poruchy (posttraumatic stress disorder, PTSD). Výskum Templetonovej et al. (2025) preukázal mediačný efekt sociálnej opory – detská traumatizácia bola spojená s nižšou úrovňou sociálnej opory, čo následne prispievalo k vyššej miere depresie a úzkosti. Podobné závery priniesli aj zistenia Kobrinskej a Siedleckej (2023), ktoré potvrdili úlohu sociálnej opory, životnej spokojnosti a nízkej emocionality ako sprostredkovateľov medzi ACEs a výskytom psychických ťažkostí v dospelosti vrátane depresie, úzkosti a suicidality.

V neposlednom rade sa ako významný ochranný faktor ukazuje všímavosť. Štúdia McKeen et al. (2023) zistila, že jednotlivci, ktorí prežili viacero ACEs, no zároveň prejavovali schopnosť všímavého uvedomovania, nevykazovali zvýšenú mieru depresívnych symptómov. Všímavosť sa tak javí ako potenciálny ochranný faktor, ktorý môže zmierniť negatívny vplyv traumatizácie v detstve.

Doterajšie výskumy jednoznačne preukazujú, že raná traumatizácia (ACEs) zvyšuje riziko psychických porúch v dospelosti, ako sú depresia, PTSD či závislosti. Tieto súvislosti pretrvávajú aj po zohľadnení genetických a environmentálnych faktorov, pričom najrizikovejšími faktormi sú sexuálne násillie a viacnásobné ACEs. Avšak emocionálna regulácia, sociálna opora a všímavosť môžu významne prispieť k zmierneniu dlhodobých dôsledkov traumatizácie v detstve na psychické zdravie v dospelosti. Keďže odpustenie úzko

súvisí s emočnou reguláciou a všímavosťou (Eyring et al., 2021), môžeme predpokladať, že aj odpúšťanie môže byť jedným z faktorov, ktoré zmiernujú dopady ranej traumatizácie na psychické zdravie v dospelosti. Tento aspekt preskúmame podrobnejšie v kapitole o súvislostiach medzi ranou traumatizáciou a odpustením v dospelosti a samostatne v našom výskume.

1.2 Súvislosti ranej traumatizácie s well-beingom v dospelosti

Spokojnosť so životom alebo well-being je definovaný ako kognitívne a afektívne hodnotenie vlastného života (Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, 2002). Spokojnosť so životom tak v sebe obsahuje dva aspekty, kognitívne (t. j. všeobecná spokojnosť so životom) a afektívne (t. j. pozitívne a negatívne afekty). Pri kognitívnom hodnotení jednotlivec vedome hodnotí, nakoľko je spokojný so svojím životom ako celkom alebo hodnotí, nakoľko je spokojný s jednotlivými špecifickými oblasťami svojho života, ako je zdravie či zamestnanie. Pri afektívnom hodnotení jednotlivec hodnotí pozitívne či negatívne afekty, ktoré súvisia s jeho životom (Diener, E., Suh, E., & Oishi, 1997; Pavot & Diener, 1993).

Subjektívna spokojnosť so životom je najčastejšie hodnotená pomocou Škály spokojnosti so životom (Satisfaction with Life Scale, SWLS) (Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, 1985). Táto škála je štruktúrovaná tak, že tri komponenty subjektívnej spokojnosti – všeobecná spokojnosť so životom, pozitívne a negatívne afekty – formujú globálny faktor spokojnosti so životom (Diener, E., Suh, E., & Oishi, 1997). Jednotlivec v škále hodnotí, nakoľko kvalitné sú podmienky jeho života, nakoľko je spokojný so svojím životom, nakoľko sa jeho život blíži ideálu a tiež nakoľko súhlasí s tvrdeniami, že pokiaľ by mal/mala svoj život prežiť ešte raz, nič by na ňom nemenil/nemenila a že vo svojom živote dosiahol/dosiahla všetko dôležité, čo si prial/priala.

Aký je teda vzťah medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a spokojnosťou so životom v dospelosti? Na to sa pozreli viaceré výskumy, ktoré opakovane preukazujú negatívnu súvislosť medzi ACEs a well-beingom v dospelosti, pričom väčšinou ide o slabý až stredne silný vzťah (Mosley-Johnson et al., 2019; Nurius et al., 2015).

Balistreri et al. (2016) sa zamerali na vzťah medzi ranou traumatizáciou a spokojnosťou so životom u amerických adolescentov. Ukázalo sa, že tí adolescenti, ktorí prežili viac nepriaznivých skúseností v detstve, uvádzali aj nižšiu subjektívnu spokojnosť so životom a horšie fyzické zdravie v porovnaní s tými, ktorí zažili menej nepriaznivých skúseností v detstve. Tento vzťah bol navyše ešte silnejší u tých jednotlivcov, ktorí zažili kumulatívne

ACEs, tzn. napr. niekoľko rôznych druhov týchto nepriaznivých zážitkov. Podobné výsledky sa ukázali aj u dospelých jednotlivcov, ktorých nepriaznivé skúsenosti v detstve súviseli s ich nižšou spokojnosťou so životom v dospelosti.

V longitudinálnej štúdii sa Giovanelli et al. (2016) zamerali na jednotlivcov z menších a ekonomicky znevýhodneného prostredia v Chicagu s cieľom preskúmať vzťah medzi ranou traumatizáciou a viacerými aspektami well-beingu v dospelosti. Jednotlivci, ktorí zažili štyri a viac nepriaznivých zážitkov v detstve, mali neskôr vyššie riziko rozvoja depresie, častejšie vykazovali správanie poškodzujúce zdravie, ako je fajčenie, pravidelné užívanie alkoholu či drog, a boli častejšie zatknutí ako mladiství či obvinení z ťažkého zločinu v porovnaní s jednotlivcami, ktorí zažili nula až tri nepriaznivé skúsenosti v detstve. Tí, ktorí zažili štyri a viac nepriaznivých skúseností v detstve, tiež menej často pokračovali so vzdelaním a s menšou pravdepodobnosťou získali kvalifikované pracovné miesta. Podobné výsledky sa ukázali aj v longitudinálnej štúdii na americkej populácii autorov Mosley-Johnson et al. (2019). Ukázalo sa, že nepriaznivé skúsenosti v detstve súviseli s nižšou životnou spokojnosťou, ako aj nižším psychologickým a sociálnym well-beingom. Podobne sa aj v štúdii Angličanov (Hughes et al., 2016) zistilo, že čím viac nepriaznivých zážitkov títo jednotlivci prežili v detstve, tým sa znižovala ich životná spokojnosť a well-being. Z jednotlivých typov nepriaznivých skúseností v detstve najviac súvisel nízky well-being s vyrastaním s osobou, ktorá trpela duševným ochorením, a so sexuálnym násilím.

Z jednotlivých výsledkov doterajších výskumov môžeme vidieť jednoznačný negatívny vzťah medzi traumatizáciou v detstve a nižšou spokojnosťou so životom v dospelosti. Neznamená to však, že v tomto stave musí jednotlivec zotrvať navždy. Nádej, naopak, prinášajú výsledky ohľadom psychoterapeutickej liečby jednotlivcov, ktorí prežili traumy. Napríklad v skupinovej terapii s použitím EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – Desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov) (Shapiro et al., 2018) sa ukázalo, že táto terapia mala pozitívny efekt na zvýšenie spokojnosti so životom u jednotlivcov s komplexnou traumatizáciou. Konkrétne bol porovnávaný efekt psychoedukačnej skupiny so skupinou zameranou na psychoedukáciu s využitím EMDR, pričom jednotlivci v skupine zameranej na EMDR prežívali výraznejšie zlepšenie spokojnosti so životom. Navyše, samostatne v skupine zameranej na psychoedukáciu a EMDR zaznamenali všetci jednotlivci zlepšenie (Gonzalez-Vazquez et al., 2018). Pozitívny efekt na zlepšenie spokojnosti so životom sa ukazuje aj pri aplikovaní psychoterapeutického prístupu somatického prežívania (somatic experiencing). Somatické prežívanie je psychoterapeutický prístup vytvorený Petrom Levinom (Levine, 2019). Ide o modalitu zameranú na liečbu traumy

a budovanie odolnosti prostredníctvom práce s regulovaním autonómneho nervového systému a práce s telom s cieľom manažovania fyzických symptómov a psychických symptómov v dôsledku traumy, ako je chronická únava, migrény, depresia, úzkosť, posttraumatická stresová porucha (Winblad et al., 2018). V prehľadovej štúdii zameriavajúcej sa na efekt somatického prežívania (Kuhfuß et al., 2021) sa ukázalo, že tento terapeutický prístup viedol k zvýšeniu well-beingu aj u traumatizovaných, aj u netraumatizovaných jednotlivcov. To potvrdil aj longitudinálny výskum Winblada et al. (2018), ktorý preukázal pozitívny efekt somatického prežívania na spokojnosť so životom u zdravotníckych pracovníkov venujúcich sa traumatizovaným jednotlivcom.

Výsledky štúdií teda ukazujú, že hoci traumatizácia súvisí s nižším well-beingom v dospelosti, psychoterapia prináša nádej na zmiernenie rôznych psychických a fyzických symptómov, ako aj zvýšenie spokojnosti so životom u traumatizovaných jednotlivcov. Tieto terapeutické prístupy poskytujú jednotlivcom nástroje na lepšie zvládanie následkov traumy a otvárajú cestu k obnoveniu ich psychickej pohody a kvalitného života, čím znižujú dlhodobé negatívne vplyvy traumatických skúseností.

1.3 Súvislosti ranej traumatizácie s fyzickým zdravím v dospelosti

Traumatické zážitky z detstva zanechávajú stopy nielen na psychickom, ale aj na fyzickom zdraví v dospelosti. Nepriaznivé skúsenosti v ranom veku, ako sú zanedbávanie, zneužívanie či dysfunkčné rodinné prostredie, môžu viesť k dlhodobým zmenám v neuroendokrinnom a imunitnom systéme (Shonkoff et al., 2012), ktoré sa môžu prejavíť pri vzniku rôznych ochorení počas detstva, dospievania alebo v dospelosti. Výskumy opakovane ukazujú vzťah nepriaznivých zážitkov v detstve s dlhodobými nepriaznivými následkami na fyzickom zdraví v dospelosti, ako je zhoršené kardiovaskulárne zdravie (Bertele et al., 2022), výskyt chronických bolestí (Kascakova, Furstova, Hasto, Madarasova Geckova, et al., 2020), problémov so spánkom (Chapman et al., 2011), bolestí hlavy (Kascakova, Furstova, Hasto, Madarasova-Geckova, et al., 2020), negatívnym vlastným hodnotením zdravotného stavu, funkčnými obmedzeniami, cukrovkou (Monnat & Chandler, 2015), obezitou, diabetom či chorobami srdca a rakovinou (Hughes et al., 2017). Ktoré procesy však môžu vysvetľovať vzťah medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a fyzickým zdravím v dospelosti?

Dnes už viacero výskumov poukazuje na to, že jedným z mediačných mechanizmov medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a viacerými indikátormi telesného zdravia v dospelosti je *spánok*. Vo výskume Rojo-Wissar et al. (2019) sa ukázalo, že nepriaznivé

skúsenosti v detstve znižovali kvalitu spánku u jednotlivcov v dospelosti, čo malo následne negatívny efekt na ich celkové hodnotenie zdravia, ale aj na zhoršenie ich depresívnych a úzkostných symptómov. Okrem kvality spánku je to aj kvantita spánku, ktorá môže zohrávať významnú rolu. Výskum Yin et al. (2023) preukázal, že nepriaznivé skúsenosti v detstve vedú ku kratšej dĺžke spánku v dospelosti, čo následne ovplyvňuje fyzické zdravie jednotlivcov, ako aj ich depresívne symptómy. Podobné výsledky ako s mediátormi kvality a kvantity spánku sa ukázali aj pri skúmaní problémov so spánkom ako potenciálneho mediátora medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a chronickými bolesťami v dospelosti. Konkrétne sa ukázalo, že problémy so spánkom mediovali vzťah medzi ACEs a chronickými bolesťami adolescentov (Roman-Juan et al., 2023), ale aj vysvetľovali vzťah medzi ACEs a rezilienciou (Hillebrant-Openshaw & Wong, 2024) alebo ACEs a mentálnym zdravím (Conway et al., 2020).

Ako ďalší vysvetľujúci faktor medzi ACEs a fyzickým zdravím sa ukazuje *emočná regulácia*. Výskum ukazuje, že nepriaznivé skúsenosti v detstve zhoršujú emočnú reguláciu v dospelosti, čo následne zvyšuje pravdepodobnosť rozvoja depresie v dospelosti či celkových problémov s fyzickým zdravím (Cloitre et al., 2019). Jednotlivci, ktorí zažili traumatizáciu v detstve, mali pravdepodobne menej príležitostí na naučenie sa efektívnej emočnej regulácie v porovnaní s tými, ktorí traumatizáciu nezažili. Keďže nepriaznivé skúsenosti v detstve zahŕňajú rôzne typy rodinnej dysfunkcie, títo jednotlivci tiež s vyššou pravdepodobnosťou zažili svojho rodiča reagovať neadaptívne na náročné situácie, napr. emočným, fyzickým násilím či zanedbávaním. Pre nervový systém, ktorý je chronicky vystavovaný stresu, môže byť omnoho ťažšie regulovať sa a nachádzať adaptívne stratégie emočnej regulácie. Zdá sa preto, že učenie sa emočnej regulácii môže byť jedným zo spôsobov, ktoré môžu v terapeutickej práci pomôcť jednotlivcom, ktorí zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve (Boisgontier et al., 2020).

Mnohé výskumy spájajú nepriaznivé skúsenosti v detstve so zhoršením kardiovaskulárneho zdravia v dospelosti (Bertele et al., 2022; Wittbrodt et al., 2019), ako aj s vyšším výskytom kardiovaskulárnych udalostí, ako sú infarkt myokardu, ochorenie koronárnych artérií a mŕtvica (Rutledge et al., 2006). Nepriaznivé skúsenosti v detstve zvyšujú riziko ischemickej choroby srdca, v rámci ktorej sa depresívne a úzkostné symptómy ukázali ako mediátor (Deschênes et al., 2021). Aj autori Bertele et al. (2022) sa pokúsili pozrieť na potenciálne mediačné mechanizmy v tomto vzťahu. Ukázalo sa, že nepriaznivé skúsenosti v detstve sú prepojené s výraznejšími depresívnymi symptómami v dospelosti, ktoré vedú

k zníženej fyzickej aktivite, čo malo následne efekt na zvýšené množstvo epikardiálneho tukového tkaniva.

Mediačný mechanizmus *depresívnych symptómov a zníženej fyzickej aktivity* vo vzťahu ACEs a telesného zdravia sa ukázal aj v iných výskumoch. V štúdií Boisgontiera et al. (2020) autori zistili, že ľudia, ktorí zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve, boli vo veku 50 a viac rokov viac závislí od starostlivosti druhých osôb, napr. častejšie potrebovali pomoc pri jedení, chodení či používaní toalety. Vysvetľujúcim mechanizmom medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a zhoršeným fyzickým zdravím ľudí po 50. roku života bol práve vyšší výskyt depresívnych symptómov. Depresívne symptómy vysvetľovali aj vzťah medzi ACEs a závislosťou od starostlivosti iných (napr. v jedení, chodení či používaní toalety) po 50. roku života. Ukázalo sa však, že nepriaznivé skúsenosti v detstve mali menší vplyv na rozvoj depresívnych symptómov u tých jednotlivcov, ktorí sa aspoň raz do týždňa venovali fyzickej aktivite. Fyzická aktivita sa tak ukazuje ako potenciálne významný protektívny faktor u ľudí, ktorí zažili traumatizáciu v detstve.

Keď uvažujeme o tom, že fyzická aktivita pozitívne ovplyvňuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a telesným zdravím, nebude prekvapením, že rôzne druhy *správania poškodzujúceho zdravie* budú mať opačný efekt. Prehľadová štúdia z roku 2023 sa zamerala na preskúmanie potenciálnych mediačných a moderačných mechanizmov vo vzťahu ACEs a fyzického zdravia a poukázala na čiastočné vysvetlenie týchto vzťahov prostredníctvom týchto premenných: fajčenie, vyšší BMI index, nižšia fyzická aktivita a užívanie alkoholu. Ako o niečo menej významné mediátory sa ukázali socioekonomický status a depresívne symptómy (Hales et al., 2023).

Existuje množstvo ďalších výskumov, ktoré prepájajú ranú traumatizáciu s vyšším zneužívaním alkoholu (Crouch et al., 2018) či drog v dospelosti (Leza et al., 2021). Ľudia, ktorí zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve, mali 2- až 4-krát vyššie riziko zneužívania alkoholu, hodnotenia seba ako závislého od alkoholu a vydania sa/oženenia sa za osobu závislú od alkoholu, a to nezávisle od toho, či ich rodič bol alkoholik (Dube et al., 2002).

O prepojení traumatizácie v detstve so správaním poškodzujúcim zdravie poukazuje aj silný vzťah medzi ACEs a fajčením (Anda, 1999). Ukazuje sa, že ľudia, ktorí zažili traumatizáciu v detstve, začínajú fajčiť v nižšom veku (pred 14. rokom života) a častejšie tiež fajčia v adolescencii, pričom tento vzťah pretrváva aj do dospelosti. Navyše, viac nepriaznivých skúseností zosilňuje vzťah medzi ACEs a fajčením (Anda, 1999), pričom nie je preukázaný významný rozdiel medzi typmi ACEs a fajčením. Podobný vzorec sa opakuje aj v prípade užívania drog. Ľudia, ktorí zažili 5 a viac ACEs, mali 7- až 10-krát vyššiu

pravdepodobnosť užívania drog a rozvinutia závislosti od drog ako tí, ktorí nezažili žiadne ACEs (Dube et al., 2003).

Tento vzťah medzi ranou traumatizáciou a rozvojom správania poškodzujúceho zdravie sa ďalej ukazuje pri obezite, ktorá je ďalším zdravotným následkom spojeným s ACEs. Štúdie preukázali vyššie riziko obezity u ľudí, ktorí zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve (Santos et al., 2023; Schroeder et al., 2021). Ukazuje sa, že dievčatá, ktoré zažili ACEs, majú vyššie riziko rozvoja obezity ako chlapci a riziko rastie s počtom nepriaznivých skúseností. Zaujímavým zistením je, že sexuálne násilie v detstve sa ukazuje ako najrizikovejší faktor pre rozvoj obezity (Schroeder et al., 2021). Tieto skúsenosti sú prepojené aj s negatívnymi návykmi, ako je nadmerné pozeranie televízie a nedostatočný spánok, ktoré vysvetľujú vzťah medzi ACEs a obezitou.

Správanie poškodzujúce zdravie sa tak ukazuje ako mediátor medzi ACEs a obezitou v dospelosti (Wiss & Brewerton, 2020). Okrem tohto faktora však zohrávajú úlohu aj narušené sociálne vzťahy, chronický stres a úzkosť, ktoré prispievajú k tomuto negatívnemu vzťahu (McDonnell & Garbers, 2018).

Doterajšie výsledky výskumov tak podporujú model *alostázy a alostatického preťaženia* (McEwen, 2003; McEwen, 1998), ktorý opisuje kumulatívne dôsledky traumatických skúseností, ktoré môžu viesť k dlhodobým fyziologickým zmenám a maladaptívnym reakciám na stres. Alostáza je proces, ktorý pomáha telu udržiavať stabilitu v reakcii na stresové podnety aktivovaním sympatického nervového systému a uvoľňovaním stresových hormónov, ako je kortizol a adrenalín. Ak je však stres chronický, ako to býva pri traumách z detstva, regulačné mechanizmy sa vyčerpajú, čo môže viesť k dlhodobému alostatickému preťaženiu, ktoré zvyšuje riziko vzniku civilizačných ochorení, ako sú srdcovo-cievne choroby, autoimunitné poruchy či metabolické dysfunkcie.

Vysoké alostatické preťaženie u jednotlivcov, ktorí zažili štyri a viac ACEs, zvyšuje riziko rozvoja týchto zdravotných problémov (Wallace et al., 2020), čo je v súlade s výskumami, ktoré ukazujú zvýšené alostatické preťaženie v dospelosti (Finlay et al., 2022). Zážitky ranej traumatizácie ovplyvňujú vývin mozgu a môžu viesť k narušeniu fungovania nervového, endokrinného a imunitného systému, čo následne ovplyvňuje reakcie jednotlivca na stres (Danese & Lewis, 2017; Danese & McEwen, 2012). Tieto včasné zmeny na biologickej úrovni môžu prispieť k rozvoju vyššie spomenutých problémov v dospelosti.

Záverom možno konštatovať, že výskumy opakovane potvrdzujú silný vzťah medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a rôznymi fyzickými zdravotnými problémami v dospelosti. Tento vzťah je komplexný a ovplyvňujú ho rôzne faktory, ako sú správanie

poškodzujúce zdravie, poruchy spánku, emocionálna regulácia, chronický stres či narušené sociálne vzťahy. ACEs prispievajú k zmenám v nervovom, endokrinnom a imunitnom systéme, ktoré môžu mať dlhodobý vplyv na fyziológiu jednotlivca a zvyšujú riziko vzniku civilizačných ochorení, ako sú srdcovo-cievne choroby, obezita a metabolické poruchy. Aj keď existuje mnoho cenných zistení, ktoré poukazujú na tieto súvislosti, napriek bohatým nálezom v tejto oblasti sa ukazuje, že chýbajú longitudinálne štúdie, ktoré by lepšie objasnili potenciálne mediačné a moderačné mechanizmy vo vzťahu medzi ACEs a fyzickým zdravím (Hales et al., 2023). Takéto štúdie by mohli prispieť k lepšiemu pochopeniu dlhodobých následkov raných traumatických skúseností a umožniť efektívnejšie terapeutické intervencie, ktoré by pomohli zmierniť negatívne účinky nepriaznivých skúseností na fyzické zdravie v dospelosti.

1.4 Súvislosti ranej traumatizácie so spánkom v dospelosti

Čoraz viac výskumných štúdií poukazuje na prepojenie traumatizácie v detstve s problémami so spánkom v dospelosti (Yu et al., 2022). Medzi najčastejšie skúmané premenné týkajúce sa spánku v súvislosti s ranou traumatizáciou patrí subjektívna *kvalita spánku* (meraná hodnotením na Likertovej škále), *kvantita spánku* (počet hodín nočného spánku) a rôzne subjektívne hodnotené *problémy so spánkom*, ako je nespavosť, nočné mory, nočné desy alebo hypersomnia (nadmerná denná spavosť aj pri dostatočnom nočnom spánku). Skúmanie týchto vzťahov je dôležité, pretože problémy so spánkom môžu výrazne ovplyvniť produktivitu v práci a spôsobovať rôzne mentálne a fyzické problémy, ako sú obezita, hypertenzia, diabetes, depresia, zranenia v práci či predčasné úmrtia (Uehli et al., 2014).

Aké sú výsledky výskumov o vzťahu nepriaznivých skúseností v detstve a spánku v dospelosti? Majú niektoré nepriaznivé skúsenosti v detstve výraznejší súvis so spánkovými problémami v dospelosti ako iné? Existujú určité mediátory alebo moderátory, ktoré by ovplyvňovali vzťah medzi traumatizáciou v detstve a spánkom v dospelosti? Prehľadová štúdia Kajepeta et al. (2015) sa zamerala na súvislosti traumatizácie v detstve a problémov so spánkom u dospelých žien. Výsledky ukázali, že ženy, ktoré zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve, vykazovali vyšší výskyt problémov so spánkom v dospelosti. Podobne aj novšia prehľadová štúdia Yu et al. (2022) ukázala, že jednotlivci, ktorí zažili minimálne jeden nepriaznivý zážitok v detstve, mali väčšiu pravdepodobnosť problémov so spánkom v dospelosti v porovnaní s tými, ktorí nezažili žiadny nepriaznivý zážitok v detstve.

Štúdia Sullivana et al. (2019) sa špecificky zamerala na preskúmanie vzťahu medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a dĺžkou spánku v dospelosti. Autori zistili, že

traumatizácia v detstve zvyšuje pravdepodobnosť chronických problémov s krátkym nočným spánkom v dospelosti (spánok kratší ako šesť hodín). Tento vzťah sa s vekom síce znižoval, ale pretrvával až do sedemdesiatky, tzn. aj približne 50 rokov po prežití nepriaznivých skúseností v detstve. Čím viac nepriaznivých zážitkov jednotlivci zažili, tým bol tento vzťah silnejší. Navyše, vzťah bol nezávislý od iných subjektívne hodnotených ťažkostí s mentálnym či fyzickým zdravím participantov. Výsledky týchto štúdií jednotne potvrdzujú prepojenosť traumatizácie v detstve s problémami so spánkom v dospelosti a naznačujú, že problémový spánok môže byť dôležitým indikátorom na preskúmanie histórie traumy v detstve.

Existujú však rozdiely v tom, akú súvislosť majú konkrétne nepriaznivé skúsenosti v detstve so spánkom v dospelosti? Na túto otázku sa zamerali niektoré výskumy. V štúdií Chapmana et al. (2011) sa ukázalo, že všetky kategórie nepriaznivých skúseností v detstve súviseli s ťažkosťami so spánkom, ako je problém zaspať, udržať spánok alebo pocit únavy aj po nočnom spánku. Výskum Albersovej et al. (2022) sa zamerail na vzťah medzi spánkom v dospelosti a skúsenosťami zanedbávania alebo dysfunkcie v rodinnom prostredí. Výsledky ukázali, že jednotlivci, ktorí zažili zanedbávanie alebo rodinnú dysfunkciu (násilie, závislosť rodiča od alkoholu), mali vyššiu pravdepodobnosť problémov so spánkom v porovnaní s tými, ktorí takéto zážitky nezažili. Ľudia, ktorí zažili zanedbávanie, mali takmer 2,5-krát vyššie riziko diagnózy insomnie, čiže nespavosti. Najvyššie riziko však mali tí, ktorí zažili obidve skúsenosti, zanedbávanie a dysfunkciu. Tieto zistenia podporuje aj štúdia Yu et al. (2022), ktorá ukazuje, že najväčší negatívny efekt na spánok a zdravie má kumulácia nepriaznivých zážitkov v detstve.

Niektoré výskumy sa zamerali na mediačné mechanizmy vo vzťahu medzi ACEs a problémami so spánkom. V štúdií Parka et al. (2020) sa ukázalo, že depresia a úzkosť čiastočne mediovali vzťah medzi ACEs a problémami so spánkom v dospelosti. Podobne aj vo výskume Zhanga et al. (2024) sa zistilo, že nepriaznivé skúsenosti v detstve zvyšujú pravdepodobnosť rozvoja úzkosti, ktorá negatívne ovplyvňuje spánok v dospelosti. Mlouki et al. (2023) upozorňujú na to, že nepriaznivé skúsenosti v detstve môžu zvýšiť pravdepodobnosť rozvoja závislosti od internetu, čo následne zvyšuje pravdepodobnosť porúch spánku v dospelosti.

Jedným z efektívnych spôsobov zlepšenia spánku jednotlivcov s históriou traumatizácie je rozvíjanie všímvosti. Výskumy posledných rokov ukazujú, že všímvosť pomáha zmierniť úzkosť, zlepšiť schopnosť zvládať negatívne emócie a zlepšiť náladu jednotlivcov s traumatickými skúsenosťami (Moyes et al., 2022). Všímvosť sa ukázala ako dôležitý moderátor vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a problémovým spánkom

v dospelosti. Výskum Sporrerovej (2021) ukázal, že čím viac nepriaznivých skúseností v detstve jednotlivec zažil, tým viac uvádzal problémy so spánkom, ktoré ovplyvňovali jeho denné fungovanie, kvalitu a kvantitu spánku. Tento vzťah bol zosilnený pri nízkej schopnosti všímavosti, zatiaľ čo vyššia schopnosť všímavého uvedomenia bola spojená s nižšími problémami so spánkom a slabším vzťahom medzi ACEs a problémovým spánkom.

Zistenia o vzťahu medzi ACEs a spánkom v dospelosti jednoznačne naznačujú, že traumatizácia v detstve má dlhodobý negatívny dopad najmä na kvalitu spánku v dospelosti. Štúdie tiež ukazujú, že osoby, ktoré zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve, majú vyššie riziko problémov so spánkom, ako sú nespavosť, nočné mory či nadmerná denná spavosť. Zároveň sa ukazuje, že tento vzťah je silnejší v prípade viacerých nepriaznivých zážitkov a môže pretrvávať aj desiatky rokov po detstve. Zistenia o mediačných a moderačných mechanizmoch vo vzťahu medzi ACEs a spánkom naznačujú, že depresia, úzkosť a závislosť od internetu môžu tento vzťah ešte zosilniť. Na druhej strane, všímavosť sa ukázala ako potenciálny faktor, ktorý môže zlepšiť spánkovú kvalitu a znížiť negatívne účinky traumatických skúseností na spánok. Tento komplexný pohľad zdôrazňuje potrebu terapeutických zásahov, ktoré by sa zamerali nielen na zlepšenie spánku, ale aj na zmiernenie negatívnych emocionálnych reakcií, ako aj na podporu rozvoja schopnosti zvládať stres.

1.5 Súvislosti ranej traumatizácie s prežívaním hnevu v dospelosti

V kontexte cieľa tejto monografie, ktorým je porozumenie súvislostí medzi traumatizáciou v detstve a odpustením v dospelosti, považujeme za dôležité bližšie sa pozrieť na súvislosti medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a prežívaním hnevu v dospelosti. Môžu mať ľudia, ktorí prežili traumatizáciu v detstve, väčšie ťažkosti odpustiť kvôli vyššej tendencii k prežívaniu hnevu?

Niekoľko výskumov preukázalo spojitosť traumatizácie v detstve s tendenciou k prežívaniu hnevu v dospelosti. Winová s kolegami (2021) realizovali výskum, v ktorom ľudia vyplnili dotazníky s približne 9-ročným rozstupom. V prvom čase merali spomienky na traumatizáciu v detstve, v druhom čase merali prežívanie a prejavovanie hnevu, ako aj závažnosť rôznych symptómov psychopatológie. Výsledky ukázali, že zážitky ranej traumatizácie predikovali dispozíciu k internalizovaniu hnevu (potláčaniu hnevu a vnútornému opakovanému prežívaniu hnevu) a externalizovaniu hnevu (prejavovaniu svojho hnevu navonok, voči druhým). Navyše prežívanie hnevu čiastočne sprostredkovalo vzťah medzi detskou traumatizáciou a rôznymi symptómami psychopatológie. Konkrétne sa ukázalo, že čím

viac zážitkov traumatizácie v detstve človek zažil, tým mal vyššiu tendenciu k prežívaniu hnevu (ako navonok, tak dovnútra), čo následne viedlo k rozvoju symptómov depresívnej poruchy, panickej poruchy a závislosti od alkoholu (nie však rozvoju úzkostnej poruchy).

Fox s kolegami (2015) preskúmali záznamy 22 575 juvenilných delikventov. Autori zistili, že nepriaznivé skúsenosti v detstve súviseli s vyšším výskytom závažných a násilných trestných činov mladistvých, a to po kontrolovaní iných rizikových faktorov kriminality. Vzťah medzi ACEs a agresívnym správaním bol preukázaný aj v nedávnej metaanalýze, kde sa preukázala vyššia pravdepodobnosť prežívania partnerského násilia u jednotlivcov, ktorí zažili ACEs, a to ako z pozície preživšieho, tak z pozície páchatel'a (J. Zhu et al., 2024). Aj výskum Santoro et al. (2021) preukázal, že nepriaznivé skúsenosti v detstve signifikantne predikovali vyššie prejavenie hnevu v dospelosti. Zároveň prejavenie hnevu mediovalo vzťah medzi ACEs a prežívaním nedávneho stresu v živote, ako aj vzťah medzi ACEs a chronickými fyzickými symptómami.

Zvýšenú dispozíciu k prežívaniu hnevu po zážitkoch ranej traumatizácie je možné vysvetliť prostredníctvom viacerých faktorov. Jedným z nich je teória sociálneho učenia, ktorá hovorí o tom, že ľudia sa v sociálnom prostredí učia tak, že správanie pozorujú a následne napodobňujú (Bandura, 1971). Dieťa, ktoré vyrastá v násilnom prostredí, v ktorom má rodič ťažkosti s reguláciou svojho hnevu, tak môže nevedome opakovať hostilné vzorce správania a mať zvýšenú tendenciu k prežívaniu hnevu.

Ďalším faktorom sú ťažkosti s emočnou reguláciou. Výskum ukazuje, že dospelí, ktorí zažili traumatizáciu v ranom detstve, majú podobné ťažkosti s emočnou reguláciou ako ich rodičia (Hébert et al., 2018; Hopfinger et al., 2016; Miu et al., 2022), a tak v situáciách vyvolávajúcich hnev môžu mať väčší problém hnev ovládať. Je pochopiteľné, že rodič, ktorý má sám ťažkosti s emočnou reguláciou, len veľmi ťažko naučí adaptívnej emočnej regulácii svoje dieťa, a tak môže dochádzať k medzigeneračnému prenosu reagovania na základe hnevu.

Nie je tiež možné vylúčiť určitý vplyv genetických predispozícií k prežívaniu hnevu (Hur, 2006; Rebollo & Boomsma, 2006), v rámci ktorých sa na štúdiách s dvojčatami ukazuje, že faktor genetiky zohráva väčšiu rolu v rozvoji tendencie k prežívaniu hnevu u mužov v porovnaní so ženami (Rebollo & Boomsma, 2006).

Ďalším vysvetlením môže byť, že deti, ktoré vyrástli v dysfunkčnom rodinnom prostredí, môžu mať tendenciu neustále sa zameriavať aj na mierne náznaky hnevu v prežívaní svojho rodiča, aby sa mohli pripraviť (napr. „pekne sa správať“) a vyhnúť sa tak násilnému správaniu svojho rodiča. To môže viesť k mylnej interpretácii hostility v prežívaní iných ľudí, a to aj pri nejednoznačných náznakoch, čo môže podporovať prežívanie hnevu (Win et al.,

2021). Zhu s kolegami (2020) skutočne našli spojitosť medzi mylným interpretovaním hostility druhých a vyšším prežívaním agresivity ľudí, ktorí zažili traumatizáciu v ranom detstve. Iné výskumy tiež preukázali, že ľudia, ktorí prežili viac ACEs, mali dokonca vyššiu tendenciu interpretovať aj neutrálne výrazy tváre druhých ľudí ako agresívne (Seitz et al., 2021).

Je tiež možné, že dieťa, ktoré zažilo v ranom detstve nespravodlivé zaobchádzanie od svojho primárneho opatrovateľa a nemohlo si dovoliť voči nemu prejsť svoj hnev, neskôr hnev otočí voči sebe, prípadne preniesie na iných ľudí (napr. v podobe sebaobviňovania, sebaopoškodzovania či agresie voči druhým). V tejto súvislosti už neopsychoanalytička Horneyová (2007) popisovala rozvoj bludného kruhu („vicious cycle“) u dieťaťa. Hovorila o tom, že dieťa, ktoré prežíva nedostatok rodičovskej lásky, začne prežívať hnev. Keďže však nemôže žiť bez rodičovskej lásky a prijatia, svoj hnev potlačí. Opakovane zažíva nedostatok rodičovskej lásky, a tak sa jeho hnev kumuluje. Potlačený hnev sa preniesie z konkrétneho predmetu (rodičia) na difúzny (všetci ľudia). U dieťaťa sa tak vyvinie bazálna hostilita, kedy začne prežívať neprijateľnosť voči druhým, hoci ani nevie prečo.

Na druhej strane je možné, že dospelý, ktorý sa pokúsi pracovať na odpustení tomu, kto ho v ranom detstve zranil, môže odpustením aj zmierniť svoj hnev či mať väčšiu tendenciu interpretovať motívy druhých ako priateľskejšie. Vzťahy medzi traumatizáciou a odpustením sa preto budeme bližšie venovať v kapitole Odpustenie druhým a traumatizácia v detstve.

1.6 Pozitívne skúsenosti v detstve ako protektívny faktor

Nepriaznivé skúsenosti v detstve (ACEs) sú fenoménom, ktorý je dnes predmetom čoraz väčšieho výskumného záujmu. V posledných rokoch však výskumníci začínajú viac skúmať aj pozitívne skúsenosti v detstve (PCEs – positive childhood experiences) a ich potenciál ako protektívneho faktora mentálneho zdravia, najmä u jednotlivcov, ktorí prežili nepriaznivé zážitky počas svojho vyrastania (Narayan et al., 2023). Aké skúsenosti možno považovať za pozitívne a aký vplyv môžu mať na ochranu mentálneho zdravia v dospelosti?

Pozitívne skúsenosti v detstve zahŕňajú zážitky, ktoré jednotlivci prežívajú pred dosiahnutím 18. roku a ktoré podporujú ich zdravý vývin. Tieto skúsenosti zahŕňajú napríklad podporné vzťahy s rodinou, priateľmi a komunitou, ako aj pozitívne skúsenosti v škole (Daines et al., 2021). Na hodnotenie týchto skúseností sa používa sedem položiek zo Škály odolnosti v detstve a počas dospievania (the Child and Youth Resilience Measure – 12) (Liebenberg et al., 2013). Medzi tieto položky patrí: a) cítim, že rodina pri mne stojí počas náročných chvíľ, b) cítim sa bezpečne a chránený dospelým v spoločnom dome, c) cítim, že ma podporujú moji

priatelia, d) mám minimálne dvoch dospelých okrem rodičov, ktorí sa o mňa úprimne zaujímajú, e) som schopný rozprávať sa so svojou rodinou o svojich pocitoch, f) cítim, že patríam do školy, na ktorej študujem, g) rád/rada sa zúčastňujem komunitných tradícií. Tieto položky sa hodnotia na 5-bodovej Likertovej škále (1 – nesúhlasím, 5 – silne súhlasím).

Výskum sa čoraz viac zameriava aj na otázku, či môžu pozitívne skúsenosti v detstve slúžiť ako ochrana aj pre tých, ktorí prežili nepriaznivé zážitky v detstve. V posledných rokoch sa objavilo niekoľko štúdií, ktoré tento vzťah skúmali. Bethellová et al. (2019) vo svojej štúdii na americkej populácii zistili, že pozitívne skúsenosti v detstve znižujú pravdepodobnosť vzniku depresie a/alebo zhoršeného mentálneho zdravia, a to nezávisle od nepriaznivých zážitkov v detstve. Konkrétne sa ukázalo, že jednotlivci, ktorí zažili šesť a viac pozitívnych skúseností, mali štvornásobne nižšiu pravdepodobnosť rozvoja depresie a/alebo horšieho mentálneho zdravia v porovnaní s tými, ktorí zažili dve alebo menej pozitívnych skúseností, aj po kontrole nepriaznivých zážitkov (ACEs) a demografických faktorov. Podobne aj štúdia Qu et al. (2022) na veľkej vzorke detí a dospievajúcich v Číne ukázala, že pozitívne skúsenosti v detstve zmiernujú vzťah medzi nepriaznivými skúsenosťami v detstve a depresiou. Dospievajúci s menej ako štyrmi ACEs a šiestimi alebo viacerými PCEs mali výrazne nižšie riziko depresie ako tí, ktorí mali viac ako štyri ACEs a päť alebo menej PCEs.

Hinojosová a Hinojosa (2024) vo svojej štúdii zistili, že každé ďalšie ACEs zvyšujú pravdepodobnosť výskytu problémov s mentálnym zdravím, zatiaľ čo každé ďalšie PCEs znižujú túto pravdepodobnosť. Ďalej existujú dôkazy, že pozitívne skúsenosti v detstve môžu zmierniť vplyv ACEs na mentálne zdravie. Kým pri nízkom počte ACEs poskytujú PCEs ochranný účinok, pri vysokom počte ACEs sa ich vplyv na mentálne zdravie oslabuje. V štúdii Samji et al. (2024), ktorá sa zameriavala na mladých ľudí počas pandémie, sa zistilo, že pozitívne skúsenosti v detstve podporovali mentálne zdravie počas tohto náročného obdobia. Ako v predchádzajúcich štúdiách, aj tu sa ukázalo, že pozitívne skúsenosti v detstve výrazne zmiernovali depresívne symptómy u adolescentov, ktorí mali za sebou nepriaznivé skúsenosti v detstve.

Skúmanie pozitívnych skúseností v detstve je ešte stále v počiatočných fázach, ale doterajšie výskumy opakovane potvrdzujú, že tieto skúsenosti sú úzko spojené s lepším mentálnym zdravím. Zvlášť u jednotlivcov, ktorí zažili nepriaznivé skúsenosti v detstve, môžu pozitívne skúsenosti zohrávať kľúčovú úlohu pri ochrane mentálneho zdravia. Tieto skúsenosti môžu slúžiť ako ochranný nárazník proti negatívnym následkom, ktoré prinášajú ACEs, a to najmä v prípade, že sa vyskytnú počas kľúčových období vývinu, ako je detstvo a adolescencia. Preto je dôležité nielen venovať pozornosť znižovaniu negatívnych faktorov, ako sú ACEs, ale

aj podporovať a vytvárať príležitosti pre pozitívne skúsenosti v detstve, ktoré môžu slúžiť ako dôležitý protektívny faktor. Podpora zdravého vývinu detí prostredníctvom týchto skúseností môže významne ovplyvniť ich schopnosť vysporiadať sa s budúcimi stresmi a znížiť riziko vzniku mentálnych porúch v dospelosti. Vzhľadom na význam týchto faktorov je potrebné integrovať podporu pozitívnych skúseností v rámci širšej stratégie prevencie a intervencie zameranej na zlepšenie mentálneho zdravia v rôznych populáciách, najmä v rizikových skupinách, ktoré prežili traumatické zážitky.

2 Odpustenie druhým v dospelosti

Odpustenie sa začalo v psychológii systematicky skúmať v 80. rokoch 20. storočia pod vedením Roberta Enrighta a Skupiny pre štúdium ľudského vývinu („Human Development Study Group“) na Wisconsinkej univerzite v Madisone. Enright, zakladateľ Medzinárodného inštitútu odpúšťania („International Forgiveness Institute“), patrí medzi priekopníkov výskumu odpúšťania. V tom období sa jeho tím zamerával najmä na vývinové aspekty odpúšťania (Enright et al., 1989; Subkoviak et al., 1995) a jeho definovanie vrátane typológie odpúšťania (Enright, 1996).

Následne vznikli prvé intervencie založené na odpúšťaní u starších žien, ktoré zažili násilie vo vzťahu (Hebl & Enright, 1993), u študentov, ktorí zažili depriváciu rodičovskej lásky (Al-Mabuk et al., 1995), u dospelých obetí incestu (S. R. Freedman & Enright, 1996) či u mužov, ktorí boli zranení rozhodnutím ich partnerky absolvovať potrat (Coyle & Enright, 1997). Tieto intervenčné štúdie ukázali, že odpustenie má pozitívny efekt na psychické zdravie zranených jednotlivcov. Vedie k zvýšeniu schopnosti odpúšťať, zmierneniu symptómov depresie, úzkosti, zvýšeniu sebaúcty a nádeje.

K výskumu sa neskôr pridala tíma Everetta Worthingtona z Virginia Commonwealth University, ktorý aplikoval koncept odpúšťania na skupinovú, párovú a rodinnú dynamiku (Ripley & Worthington, 2002; Worthington, E. L., Jr., Sandage, S. J., & Berry, 2000). Od týchto začiatkov sa výskum odpúšťania rozšíril do oblastí sociálnej, klinickej a poradenskej psychológie, psychoterapie, párovej terapie i pracovnej psychológie.

Napriek rôznorodým definíciám jednotlivých autorov možno identifikovať niekoľko spoločných charakteristík odpúšťania. V prvom rade ide o proces, nie jednorazové rozhodnutie. Odpustenie si vyžaduje čas, priestor a prebieha ne-lineárne, často špirálovito, podobne ako smútenie (Špatenková, 2023). V tomto procese sa často vraciame k už prežitým štádiám, no vždy o niečo zrelší.

Proces odpúšťania zahŕňa afektívnu, kognitívnu a behaviorálnu rovinu. Na afektívnej úrovni dochádza k premene negatívnych emócií (napr. hnevu, odporu, nenávisti) na pozitívne (napr. súcit). Je však dôležité povedať, že v závažných prípadoch môže byť aj premena na neutrálne prežívanie či zmiernenie intenzity negatívnych emócií dôležitým pokrokom. Na kognitívnej úrovni sa menia negatívne myšlienky o druhom človeku, no v prípadoch ako napr. sexuálne zneužívanie v detstve, môže byť dôležitým krokom už zmiernenie intenzity týchto myšlienok. Na behaviorálnej úrovni sa mení motivácia negatívne konať voči druhému. Môže

sa tak postupne premieňať túžba po pomste až po neškodenie alebo dokonca pomoc druhému. Enright (2001) uvádza, že už samotné rozhodnutie neškodiť je často prvým znakom odpustenia.

V rámci spoločných znakov definovania odpustenia viacerí autori (Enright, 2012; S. Freedman & Chang, 2010; McCullough et al., 2001) upozorňujú na pojmy často zamieňané s odpustením, ktorým sa budeme bližšie venovať v kapitole Mýty o odpustení.

Enright (2001) navyše považuje odpustenie za morálnu cnosť, podobne ako lásku, trepezlivosť či spravodlivosť. Peterson a Seligman (2004) podobne zaradili odpustenie medzi cnosti umiernenosti v rámci svojej klasifikácie silných stránok charakteru.

Z uvedeného vyplýva, že odpustenie predstavuje komplexný a dynamický psychologický proces, ktorý nemožno redukovať na jednoduché rozhodnutie alebo jednorazový akt. Empirické poznatky z oblasti vývinovej, klinickej i poradenskej psychológie potvrdzujú, že odpúšťanie prebieha na viacerých úrovniach – afektívnej, kognitívnej a behaviorálnej – pričom každá z nich reflektuje špecifické formy vnútorného prežívania a vonkajšieho správania voči osobe, ktorá jednotlivca zranila. Hoci proces odpustenia môže byť najmä v prípade závažných zranení náročný a dlhodobý, výskumy ukazujú, že aj čiastočná zmena prežívania smerom k zmiereniu alebo redukcii negatívnych postojov môže byť významným krokom k psychickému uzdraveniu jednotlivca.

2.1 Druhy odpustenia

Pri definovaní odpustenia sa stretávame s rôznymi jeho druhmi, najmä podľa toho, komu je odpustenie adresované. Už Enright (1996) hovoril o tzv. triáde odpustenia, ktorú tvorí odpustenie druhým, odpustenie sebe a prijatie odpustenia od iných. Najčastejšie skúmanými typmi sú však odpustenie druhým a odpustenie sebe. V súvislosti s ranou traumatizáciou a zraneniami spôsobenými inými ľuďmi v detstve sa v tejto monografii zameriavame na odpustenie druhému človeku, ktorý jednotlivca nespravodlivo a hlboko zranil (Enright, 2001). Aj samotné odpustenie druhým však možno ďalej klasifikovať na dispozičné a situačné odpustenie.

Dispozičné odpustenie sa vzťahuje na všeobecnú schopnosť jednotlivca odpúšťať rôznym ľuďom v rôznych situáciách (Berry et al., 2005; Thompson, Snyder, Hoffman, et al., 2005). Ide o relatívne stabilnú charakteristiku osobnosti, pričom jednotlivci sa v tejto schopnosti líšia. Na hodnotenie dispozičného odpustenia sa najčastejšie využíva Heartlandský dotazník odpúšťania (HFS – Heartland Forgiveness Scale; Thompson et al., 2005), ktorý hodnotí tendenciu odpustiť druhým, sebe a situáciám. V našej práci sa zameriavame na

subškálu tendencie odpustiť druhým, ktorá je tvorená šiestimi položkami, napr. „Zostávam tvrdý/á na tých, ktorí mi ublížili“ (hodnotených na 7-bodovej Likertovej škále).

Situačné odpustenie hodnotí odpustenie jednej konkrétnej osobe za jednu konkrétnu zraňujúcu udalosť (napr. krádež, klamstvo), alebo za opakované a dlhodobé zraňujúce skúsenosti (napr. opakované kritické poznámky, nevera, emocionálne zanedbávanie). Na jeho meranie sa najčastejšie používa Enrightov dotazník odpustenia (EFI – Enright Forgiveness Inventory) (Enright, R. D., & Rique, 2004) a v súčasnosti predovšetkým jeho skrátená verzia EFI-30 (Enright et al., 2022). Tento nástroj zachytáva aktuálne prežívanie voči osobe, ktorá spôsobila ujmu, a to v súlade s teóriou odpustenia na afektívnej, kognitívnej a behaviorálnej úrovni. EFI-30 bol použitý aj v našom výskume, s podrobným popisom v kapitole Metódy zberu údajov.

Vzťah medzi dispozičným a situačným odpustením je interpretovaný rôzne. Niektorí autori ich vnímajú ako protipóly na kontinuu (Kim & Enright, 2016), pričom poukazujú na to, že praktizovanie odpustenia v jednotlivých situáciách môže rozvíjať dispozíciu odpúšťať a prispievať k formovaniu identity odpúšťajúceho človeka. Naopak, iní autori tvrdia, že dispozičné odpustenie predikuje schopnosť odpustiť v konkrétnych situáciách (Stackhouse, 2019).

Rozdiely sa prejavujú aj v súvislosti týchto dvoch druhov odpustenia s psychickým zdravím. V našom predchádzajúcom výskume sa ukázalo, že tendencia odpustiť mala silnejšiu súvislosť s indikátormi mentálneho zdravia (napr. šťastie, úzkosť, depresia, hnev) než situačné odpustenie, hoci obe formy odpustenia mali podobný vzťah k subjektívnemu prežívaniu osobnej pohody (well-beingu) (Záhorcová & Dočkal, 2022). Odlišnosti sa prejavili aj vo vzťahu k osobnostným premenným, ako je religiozita, ktorá bola pozitívne spojená s tendenciou odpúšťať, no nevykazovala významný vzťah so situačným odpustením (Záhorcová & Žitňanská, 2022).

Pri uvažovaní o rôznych formách odpustenia je dôležité spomenúť aj rozlíšenie Worthingtona (2007) na odpustenie rozhodnutím a emocionálne odpustenie. Kým *odpustenie rozhodnutím* predstavuje kognitívne rozhodnutie zmeniť správanie voči osobe, ktorá spôsobila ujmu, vrátane snahy o obnovenie vzťahu, *emocionálne odpustenie* zahŕňa premenu negatívnych emócií (napr. hnevu, odporu) na emócie odpustenia, ako sú empatia, súcit či agapé. Worthington zároveň upozorňuje, že pozitívne a negatívne emócie môžu koexistovať, najmä v prípadoch hlbokého zranenia.

Zaujímavé je tiež rozlíšenie medzi obyčajným („ordinary“) a mimoriadnym („extraordinary“) odpustením. Obyčajné odpustenie sa týka bežných medziľudských

konfliktov, ako sú hádky v rodine či nedorozumenia medzi priateľmi. Naproti tomu mimoriadne odpustenie je dlhodobý transformačný proces, ktorý je typický pre hlboké a závažné zranenia a vedie k zásadnej premene prežívania, správania aj vnímania sveta (McCullough et al., 2001).

V kontexte ranej traumatizácie preto hovoríme predovšetkým o mimoriadnom a emocionálnom odpustení, ktoré predstavuje proces hlbokého vnútorného uzdravovania. Súčasťou tohto procesu môže byť situačné odpustenie konkrétnym osobám, ktoré spôsobili ujmu, ako aj dispozičná schopnosť odpúšťať, ktorá môže predikovať tendenciu odpustiť v konkrétnych situáciách. Tieto vzťahy budú ďalej analyzované v rámci nášho výskumu.

2.2 Mýty o odpustení

K lepšiemu porozumeniu konceptu odpustenia môže výrazne prispieť aj vysvetlenie viacerých rozšírených mýtov. Tieto mýty často podporujú nesprávne predstavy o odpustení a znižujú ochotu jednotlivcov odpúšťať. Laická verejnosť odpustenie neraz nesprávne interpretuje a zamieňa si ho s podobnými pojmami (S. Freedman & Chang, 2010). Ak ľudia vnímajú, že odpustenie ich môže vystaviť ďalšiemu zraneniu, že pri ňom musia poprieť vlastné autentické prežívanie alebo že je odpustenie nebezpečné, ich motivácia odpustiť prirodzene klesá. V tejto časti sa preto zameriame na vymedzenie súvisiacich pojmov a analýzu najčastejších mýtov o odpustení.

Jedným z najrozšírejších mýtov je predstava, že odpustenie je totožné so *zabudnutím* na zranenie. Tento mýtus tvrdí, že na to, aby sme odpustili, musíme zabudnúť na to, že nám bolo ublížené, resp. že úplné odpustenie nastáva až vtedy, keď si už na daný čin nespomíname. Autori (Enright, 2001; McCullough et al., 2001; Worthington, E. L., Jr., Sandage, S. J., & Berry, 2000) však upozorňujú, že nie je ani možné, ani potrebné na bolestivú skúsenosť zabudnúť. To, čo sa môže javiť ako zabudnutie, je často len popretie alebo vytlačenie zranenia z vedomia. Popieranie je síce prirodzeným obranným mechanizmom, ktorý nám môže krátkodobo pomôcť zvládnuť bolesť, v dlhodobom horizonte však môže brániť uzdraveniu. Ako upozorňuje van der Kolk (2022), „telo si pamätá“ – aj keď si vedomá myseľ nie je zranenie schopná vybaviť, trauma môže zostať „uložená v tele“ a ovplyvňovať naše správanie a emocionálne reakcie. Odpustenie neznamena zabudnutie, ale zmenu emocionálnej reakcie na spomienku. Enright (2001) uvádza, že pamätať si zranenie môže byť dokonca prospešné, pomáha nám vyhnúť sa opakovaniu podobných situácií. Worthington (2000) k tomu dodáva,

že odpustením sa nemení samotná spomienka, ale naše prežívanie s ňou spojené, tzn. bolestivé emócie sú transformované.

Ďalším častým mýtom je predstava, že odpustenie je nevyhnutne spojené so *zmierením*. Zmierenie je definované ako obnovenie vzťahu po konflikte či zranení (Enright 2012). Ide o proces vyžadujúci aktívnu účasť oboch strán, založený na budovaní dôvery. Zmierenie často vyžaduje opätovné spracovanie zranení oboma stranami. Nie vždy však dochádza k odpusteniu, môže sa stať, že nastane formálne zmierenie, ale bolestivé pocity zostávajú nevyriešené. Naopak, odpustenie môže prebehnúť aj bez zmierenia, ide o vnútorný proces jednotlivca, ktorý mení svoje emocionálne prežívanie voči druhému, bez potreby obnovy vzťahu. V niektorých prípadoch zmierenie nie je možné ani bezpečné, napr. v prípade incestu či násillia v kontexte ranej traumatizácie. Nastavenie zdravých hraníc je v týchto situáciách kľúčové a o vnútornom procese odpustenia nemusíme druhého človeka informovať, odpúšťame najmä pre seba.

Odpustenie neznamena ani *popretie spôsobeného zranenia* (Enright, 2001). Popieranie môže vyzerat ako: „nič mi nie je“, „nič sa mi nestalo“, „je to za mnou“, hoci správanie osoby naznačuje opak. Odpustenie však predpokladá kontakt s vlastnou bolesťou. Je to proces vedomého spracovania emocionálnych reakcií, ktorý si vyžaduje, aby sme si dovolili cítiť, pomenovať a prežiť svoje pocity. Autentické odpustenie vyžaduje aj uznanie toho, že to, čo sa stalo, bolo nesprávne a nemalo by sa opakovať.

Ďalší častý omyl spočíva v zámene odpustenia s *ospravedlňovaním druhého a obviňovaním seba*. Enright (2012) upozorňuje, že človek si môže začať myslieť, že si zranenie zaslúžil, alebo že druhý mal „dôvod“ na svoje správanie. Napríklad pri partnerskom násillí sa obeť môžu obviňovať z toho, že druhého „vyprovokovali“. Podobne pri zraneniach spôsobených rodičmi môžu jednotlivci pociťovať vinu za to, že priznaním si svojich zranení „zrádzajú“ rodičov, alebo im nie sú vďační. Skutočné uzdravenie však vyžaduje pomenovanie a uznanie zranení a súvisiacich emócií. Je možné cítiť vďačnosť a zároveň prežívať hnev, tieto emócie sa nevyklučujú.

Rozšíreným mýtom je aj predstava, že *odpustenie je len pre veriacich*. Tento názor je pochopiteľný, keďže mnohé náboženstvá odpustenie aktívne podporujú, napr. v kresťanstve je odpustenie ústredným morálnym princípom. Výskumy v tomto kontexte ukazujú, že ľudia s vyššou religiozitou majú väčšiu tendenciu odpúšťať, v situačnom odpustení sa však rozdiely nepreukazujú (Lawler-Row, 2010; Tsang et al., 2005; Záhorcová & Žitňanská, 2022). V psychológii je teda odpustenie definované ako sekulárny koncept, aplikovateľný u všetkých ľudí bez ohľadu na vierovyznanie (Enright, 2001; McCullough et al., 2000).

V neposlednom rade je rozšíreným mýtom, že na odpustenie *potrebujeme ospravedlnenie od druhého človeka*. Tento postoj sa často prejavuje vyjadreniami ako: „odpustím, až keď sa mi ospravedlní“, „odpustím, keď uvidím, že to ľutuje“. Potreba ospravedlnenia je prirodzená a oprávnená. Výskumy potvrdzujú, že úprimné ospravedlnenie, vrátane prijatia zodpovednosti, významne napomáha odpusteniu (Kaleta & Mróz, 2021; Záhorcová & Zelenáková, 2021). V prípadoch, v ktorých je cieľom zmierenie, môže byť ospravedlnenie kľúčové. Existujú však situácie, kedy ospravedlnenie nie je možné získať, napr. ak zraňujúca osoba zomrela, neprizná si vinu alebo nie je ochotná komunikovať. V takých prípadoch je vnútorné odpustenie možné aj bez ospravedlnenia. Ako uvádza Enright (2001), ak podmieňujeme svoje duševné zdravie ospravedlnením od druhého, dávame mu priveľa moci nad svojim uzdravením.

Pre odborníkov pracujúcich s témou ranej traumatizácie je nevyhnutné dôkladne porozumieť mýtom o odpustení a zároveň kriticky reflektovať vlastné chápanie tohto konceptu tak, aby bolo definované ako bezpečné a liečivé. Bezpečie predstavuje základný predpoklad procesu odpúšťania. Odpustenie je v tomto kontexte bezpečné vtedy, keď je jasne oddelené od zabudnutia na zranenie, jeho ospravedlňovania, popierania, zmierenia s druhou osobou a od podmieňovania odpustenia ospravedlnením zo strany pôvodcu zranenia. Takto chápané odpustenie, ako vnútorný a autonómny proces jednotlivca, môže predstavovať účinnú stratégiu podporujúcu psychické uzdravenie, najmä v súvislosti s nepriaznivými skúsenosťami z detstva.

2.3 Proces odpúšťania

K najznámejším modelom procesu odpúšťania patria model Enrighta (R. D. Enright, 2001) a model Worthingtona (E. L. J. Worthington, 2003). Vzhľadom na to, že vo výskume vychádzame zo situačného modelu odpúšťania definovaného Enrightom, popíšeme primárne jeho model a ten následne porovnáme s modelom, ktorý sme vytvorili integráciou teórií týchto autorov spolu s najnovšími výskumami, psychologickými teóriami a praxou v sprevádzaní odpúšťaním (Záhorcová, 2024).

Enrightov model popisuje proces odpúšťania ako pozostávajúci zo štyroch fáz, fáza odkrývania, rozhodnutia odpustiť, pracovná fáza a fáza prehlbovania, pričom samotný autor upozorňuje, že ich poradie je individuálne a môže byť flexibilné (Enright, 2012). Vo *fáze odkrývania* je podstatou identifikovanie a preskúmanie množstva hnevu a iných nepríjemných emócií, ktoré jednotlivec cíti v dôsledku ublíženia, ako napríklad pocity viny, hanby, nespravodlivosti až nenávisť. Enright (2012) uvádza, že samotné odkrytie hnevu môže byť pre

niektorých ľudí najdôležitejším krokom, najmä vtedy, ak hnev nebol akceptovanou emóciou počas detstva.

V tejto fáze jednotlivec skúma aj obranné mechanizmy, ktoré ho mohli chrániť pred zranením, ako je popieranie, bagatelizovanie, minimalizovanie či prenášanie hnevu na iných. Skúma tiež dôsledky zranenia na vzťahovej, psychickej a fyzickej úrovni. Venuje pozornosť miere vyčerpania, ktoré často sprevádza nespracované zranenia, a reflektuje aj prípadné trvalé zmeny v jeho živote, napríklad vo svetonázore: „*všetci muži sú zlí*“, „*ženy vás vždy podvedú*“, „*ľuďom nie je možné veriť*“.

Táto prvotná fáza je zásadná na to, aby sa jednotlivec neangažoval v pseudoodpustení, ale skutočne prijal povahu previnenia, svoje emócie a dôsledky, ku ktorým viedlo. Primárne zameranie tejto fázy aj celého Enrightovho modelu (2001) je však podľa mojej skúsenosti práce s ním (Záhorcová et al., 2023a) skôr kognitívne.

Do prvej fázy svojho modelu, ktorú sme nazvali „*Priblíženie sa k bolesti*“ (Záhorcová, 2024), sme preto pridali väčší dôraz na emocionálne aspekty procesu odpúšťania: prácu s bolestivými emóciami, ich všímavé uvedomovanie, spracovanie a premenu (L. G. Greenberg, 2021). Rovnako sme zahrnuli aj proces smútenia, keďže smútenie a odpúšťanie sú úzko prepojené (Eger, 2018; Martinčeková & Klatt, 2017; Záhorcová et al., 2023a). Jednotlivec môže smútiť nielen za tým, čo sa stalo, ale aj za tým, čo sa nestalo a malo sa stať. Smútenie sa tak priamo prelína s prijímaním minulosti, ktorá sa nedá zmeniť.

Vzhľadom na výskumné zistenia, ktoré naznačujú, že odpustenie je náročné až nemožné pri nespracovanej traume (H. Li & Lu, 2017; Lu et al., 2019; Yan et al., 2013), môže byť v rámci tejto fázy, resp. pred samotným procesom, nevyhnutné spracovanie traumatickej skúsenosti. Ak človek neprizná a nespracuje svoju bolesť, odpustenie môže byť iba zdanlivé (pseudoodpustenie), čo sa môže prejaviť napríklad pokračovaním v škodlivom vzťahu alebo odpúšťaním ako disociatívnym mechanizmom.

V Enrightovom modeli (2001) nasleduje *fáza rozhodnutia odpustiť*. Jednotlivec začína zvažovať, či by odpustenie mohlo byť užitočné. Hodnotí neúspešnosť predchádzajúcich stratégií zvládania bolesti, napríklad, že túžba po pomste len zvyšovala hnev alebo poškodila vzťahy. V tejto etape je dôležité reflektovať vlastné predstavy o odpustení a konfrontovať ich s odborným pohľadom, že odpustenie nie je ospravedlnenie ani schválenie skutku, ale osobné rozhodnutie. Zmysluplné je tiež preskúmať obavy (napr. strach z opakovania zranenia) a motiváciu k odpusteniu, ako aj benefity pre psychické a fyzické zdravie.

V našom integratívnom modeli sme túto fázu zaradili ako tretiu, „*Rozhodovanie a voľba postoja*“. Zahrnuli sme do nej cvičenia z Worthingtonovho modelu, ktoré sa ukázali

ako efektívne (Dršťáková et al., n.d.), napr. práca s imagináciou ťažoby neodpustenia či hľadanie osobného vzoru v odpustení.

Ako druhú fázu sme do nášho modelu zaradili „*Láskavosť a súcit k sebe*“. Súcit k sebe, ako ukazujú výskumy (Inwood & Ferrari, 2018; Phillips & Hine, 2021), zlepšuje psychické i fyzické zdravie. Rozvíjanie sebasúcitú pomáha jednotlivcovi nehodnotiaco prijímať emócie a kultivovať spoločnú ľudskosť v procese odpúšťania tomu, kto ho nespravodlivo zranil. Súčasťou tejto fázy môže byť tiež odpúšťanie sebe, ktoré zahŕňa prijatie zodpovednosti, ospravedlnenie, zmenu správania a spracovanie pocitov viny a hanby. Odpustenie sebe môže byť relevantné napr. vtedy, keď sa jednotlivec obviňuje za to, že si nestanovil hranice, že druhému „dovolil“ to, ako sa k nemu správal a i.

Tretia fáza Enrightovho modelu (2001) – *Pracovná fáza* – presúva pozornosť od vlastného prežívania k osobe, ktorá ublížila. Cieľom je porozumenie druhej strane, nie ospravedlnenie, ale snaha o empatické pochopenie jej správania. Tento pohľad pomáha vidieť zraňujúceho ako človeka, ktorý sám trpí a prestáva sám seba vnímať výlučne ako „obet“. Táto fáza vrcholí symbolickým darom odpustenia, napr. rozhodnutím prestať hovoriť o druhom negatívne. Neznamená to však automaticky zmierenie.

V našom modeli sme túto fázu nazvali „*Rozvíjanie empatie a súcitu k človeku, ktorý ma zranil*“, pričom vychádzame z Enrightovho prístupu, ktorý integrujeme s Terapiou zameranou na súcit podľa Gilberta (Craig et al., 2020; Gilbert, 2010).

Na záver sa dostávame k poslednej fáze procesu odpúšťania – „objavenie a prepustenie z emocionálneho väzenia“ u Enrighta (2001), ktorá v našom modeli nesie názov „*Nachádzanie zmyslu a pokračovanie na ceste*“. Enright (2001) zdôrazňuje, že každý človek môže nájsť zmysel v utrpení, bez ohľadu na to, ako hlboká bola jeho bolesť. Jedným z kľúčových prvkov tejto fázy je práve hľadanie zmyslu v procese odpúšťania a uzdravovania. Človek sa zároveň zamýšľa nad tým, čo nové mu táto skúsenosť priniesla do života. Môže sa napríklad rozhodnúť byť vo vzťahoch vnímavejší, otvorenejší odpúšťaniu, alebo sa inšpirovať k tomu, aby túto myšlienku podporoval aj u iných.

Do tejto fázy sme zaradili aj reflexiu nad tým, ako sa aktuálne zranenie dotýka neuzdravených oblastí nášho vnútra. Jednotlivec môže napríklad zistiť, že súčasné zranenie z partnerského vzťahu je prepojené so staršími zraneniami zo vzťahu s rodičmi, kde môže byť potrebné pokračovať v procese odpúšťania.

Proces odpúšťania často prináša úľavu od negatívnych emócií, myšlienok a reakcií, ktoré postupne nahrádzajú pozitívnejšie postoje – hoci oboje môžu istý čas existovať paralelne.

Bolestivé spomienky sa môžu vracat' a vyžadovať opätovné prechádzanie niektorými fázami odpúšťania.

Tieto fázy však nie sú pevne daným, lineárnym sledom krokov. Človek ich môže preskakovať, vracat' sa k nim, prípadne nimi prechádzať v inom poradí. Odpúšťanie má preto skôr špirálovitý než lineárny priebeh, jednotlivé etapy sa môžu opakovať, pričom každé opakovanie môže priniesť hlbšie pochopenie. Tento proces býva náročný, môže trvať dlhšie a v niektorých prípadoch sprevádza človeka po celý život.

2.4 Odpustenie druhým v súvislosti s psychickým zdravím

Odpustenie je dnes čoraz častejšie chápané ako významná zvládacia stratégia, ktorá pozitívne ovplyvňuje psychické zdravie človeka. Viacerí odborníci v tejto oblasti, ako napríklad Griffin et al. (2015), ho vnímajú ako adaptívny spôsob zvládania záťaže, ktorý prispieva k celkovému duševnému zdraviu. Výsledky mnohých korelačných štúdií naznačujú, že ľudia, ktorí sú schopní vo väčšej miere odpúšťať, vykazujú nižšiu mieru psychického diskomfortu vrátane prežívania stresu, depresívnych či úzkostných symptómov (Cross et al., 2023; Mróz & Kaleta, 2023; L. Toussaint et al., 2023; L. L. Toussaint et al., 2016).

V nedávnom výskume u študentiek zdravotníctva sa napríklad zistilo, že neschopnosť odpustiť zraňujúcu udalosť spôsobenú druhým bola signifikantným prediktorom úzkosti a depresie (Ciydem & Avcı, 2025). Naopak, u ľudí s vyšším stupňom odpustenia bol negatívny vplyv stresových životných udalostí na psychické zdravie slabší (L. Toussaint et al., 2016), čo naznačuje ochranný účinok odpustenia voči dlhodobému psychickému preťaženiu.

Pozitívny vzťah medzi odpúšťaním a duševným zdravím bol potvrdený aj vo výskumoch v našom kultúrnom prostredí. Napríklad Tenklová a Slezáčková (2016) zistili, že v českej populácii vyššia miera odpustenia súvisí s nižšou mierou depresie, úzkosti a s pozitívnejším vnímaním vlastného mentálneho zdravia. Rovnako výskum realizovaný na slovenskej populácii (Záhorcová & Dočkal, 2022) ukázal, že ľudia, ktorí viac odpúšťali, prežívali menej hnevu, symptómov depresie či úzkosti, a zároveň pociťovali viac šťastia a spokojnosti so životom. Podobné výsledky preukázal aj výskum Bolekovej a Chlebcovej (2024) u odliečených onkologických pacientov. Tendencia odpúšťať pozitívne súvisela s nádejou, vďačnosťou a pozitívnou emocionalitou a, naopak, negatívne súvisela so symptómami depresie, úzkosti a negatívnou emocionalitou. Iné slovenské výskumy poukázali tiež na pozitívne súvislosti medzi odpustením a posttraumatickým rozvojom u odliečených

onkologických pacientov (Boleková & Chlebcová, 2021) alebo matiek po strate dieťaťa (Martinčeková & Klatt, 2017).

Zaujímavé poznatky prináša aj výskum Ellettovej et al. (2023), ktorí sa zamerali na súvislosť medzi odpúšťaním a paranojou. Ich štúdie ukázali, že neodpustenie môže zvyšovať situačnú paranoju, teda tendenciu vnímať správanie druhých ako zámerne škodlivé. Naopak, schopnosť odpúšťať sa javí ako ochranný faktor, ktorý znižuje pravdepodobnosť, že človek bude v medziľudských konfliktoch automaticky predpokladať zlý úmysel druhej strany.

Dôležité poznatky sa objavili aj v klinickej oblasti, konkrétne pri práci s pacientkami s hraničnou poruchou osobnosti. Výskum Sandagea et al. (2015) ukázal, že skupinový program zameraný na rozvoj odpustenia u týchto pacientiek viedol k zníženiu vzťahovej úzkosti a k zlepšeniu celkového psychického stavu. Aj keď išlo o pilotnú štúdiu bez kontrolnej skupiny, výsledky naznačujú, že rozvíjanie schopnosti odpúšťať môže byť prospešnou súčasťou terapie pri tejto diagnóze. Iné výskumy zároveň potvrdzujú, že črty hraničnej poruchy osobnosti súvisia s nižšou schopnosťou odpustiť (Zanarini et al., 2020).

Okrem korelačných výskumov sú však najpresvedčivejším dôkazom účinkov odpustenia na psychické zdravie experimentálne štúdie. Tie potvrdzujú, že cieľavedomé rozvíjanie schopnosti odpustiť nielenže vedie k zníženiu hnevu, úzkosti či depresie, ale tiež zvyšuje sebaúctu, nádej či posttraumatický rast (Akhtar & Barlow, 2018; Reed & Enright, 2006; Wade et al., 2014; Záhorcová et al., 2023a). Keď v medzinárodnom výskume so 4598 účastníkmi testovali efekt krátkej intervencie s použitím pracovného listu Worthingtona, ukázalo sa, že aj samostatná práca s cvičeniami zameranými na rozvíjanie odpustenia nielenže viedla k zvýšeniu odpustenia, ale aj k zmierneniu symptómov depresie a úzkosti (Ho et al., 2024).

Z doterajších zistení jednoznačne vyplýva, že odpustenie zohráva významnú úlohu nielen v psychickej pohode človeka, ale má aj potenciál stať sa dôležitým nástrojom v prevencii a liečbe rôznych psychických ťažkostí.

2.5 Odpustenie druhým v súvislosti s well-beingom

V posledných desaťročiach narastá odborný záujem o to, ako odpustenie súvisí nielen s psychickým zdravím, ale aj s jeho konkrétnymi aspektmi, ako je subjektívna spokojnosť so životom alebo well-being. Viaceré štúdie sa pozreli na vzťah medzi odpustením a well-beingom a priniesli zaujímavé zistenia.

V longitudinálnej štúdii Bona et al. (2008) sa ukázalo, že odpustenie je pozitívne prepojené s psychickým well-beingom. Ľudia, ktorí odpúšťali, prežívali viac pozitívnych emócií, menej negatívnych emócií, boli spokojnejší so svojím životom a uvádzali menej fyzických symptómov. Navyše sa ukázalo, že odpustenie silnejšie súviselo s well-beingom u tých ľudí, ktorí si boli bližší so svojím partnerom a prežívali väčší záväzok vo vzťahu s ním predtým, ako došlo k zraneniu. Rovnako bol vzťah odpustenia a well-beingu silnejší u tých, ktorým sa partner alebo partnerka ospravedlnili a napravili svoje správanie.

Podobné závery priniesla aj štúdia Witvlietovej a Luny (2017), ktorá preukázala, že zmeny v úrovni odpustenia u jednotlivcov boli spojené so zmenami v ich well-beingu.

Nedávna metaanalýza 83 štúdií (F. Gao et al., 2022) sa komplexne pozrela na vzťah medzi odpustením a subjektívnym well-beingom. Výsledky ukázali, že ľudia s vyššou tendenciou odpúšťať prežívali vyššiu subjektívnu pohodu, väčšiu spokojnosť so životom, viac pozitívnych a menej negatívnych emócií.

Napriek tomu, že viaceré korelačné štúdie jednoznačne poukazujú na pozitívne súvislosti medzi odpustením a well-beingom, existuje podstatne menej výskumov, ktoré by tento vzťah testovali experimentálne. Çelik a Ertürk (2022) sa zamerali na účinnosť psychoedukačného programu zameraného na rozvíjanie odpustenia u adolescentov a porovnali jeho efektivitu s kontrolnou skupinou. Zistilo sa, že tento program viedol k zvýšeniu úrovne odpustenia, ako aj k vyššej spokojnosti so životom. Účastníci programu zároveň uvádzali intenzívnejšie prežívanie pozitívnych emócií.

Okrem tohto výskumu však nie sú známe ďalšie štúdie, ktoré by experimentálne overovali vzťah medzi odpustením a psychickým well-beingom. Hoci sa opakovane potvrdzuje pozitívna súvislosť medzi týmito dvoma premennými, kauzalita zostáva nejasná. Je možné, že odpustenie podporuje well-being, ale rovnako pravdepodobné je aj to, že ľudia s vyšším well-beingom sú ochotnejší odpúšťať.

Na záver je potrebné povedať, že niektorí autori nahliadajú na psychologický well-being cez meranie indikátorov, ako sú šťastie, úzkosť, vnímaný stres či depresia, ktoré sa opakovane v experimentálnych štúdiách ukazujú ako pozitívne ovplyvnené zámerným rozvíjaním odpúšťania (Akhtar & Barlow, 2018; Nation et al., 2018; Wade et al., 2014).

2.6 Odpustenie druhým v súvislosti s fyzickým zdravím

V posledných desaťročiach narastá záujem o interdisciplinárny výskum, ktorý skúma prepojenie medzi psychologickými procesmi a fyzickým zdravím. Jednou z významných,

avšak často prehliadaných oblastí je vzťah medzi schopnosťou odpúšťať a celkovým telesným zdravím jednotlivca. Výskumníci sa čoraz viac zameriavajú na prepojenie medzi tendenciou odpúšťať a situačným odpustením s jednotlivými indikátormi fyzického zdravia, ako sú napríklad hladina kortizolu, krvný tlak, miera chronických bolestí, ale aj celkové subjektívne vnímanie fyzického zdravia. Aké výsledky prinášajú tieto výskumy?

Niekoľko štúdií skúmalo súvislosť odpustenia s hladinou stresového hormónu kortizolu a ukázalo sa, že jednotlivci s vyššou tendenciou odpúšťať, či už vo všeobecnosti, alebo v konkrétnych vzťahoch, vykazujú nižšiu hladinu kortizolu (Berry & Worthington, 2001; Ysseldyk et al., 2019). Paralelne s tým ďalšie výskumy skúmali prepojenie odpustenia s kardiovaskulárnymi reakciami a inými fyzickými symptómami. V laboratórnych experimentoch tímu Lawler-Rowovej et al. (2008; 2005) sa zistilo, že schopnosť odpustiť konkrétnemu človeku alebo vo všeobecnosti súvisí s nižšou kardiovaskulárnou reaktivitou, lepšou kvalitou spánku, menšou únavou a nižšou frekvenciou somatických ťažkostí. Štúdie navyše potvrdili, že ľudia s vyššou schopnosťou odpúšťať sa rýchlejšie zotavujú po emocionálnom strese a vykazujú nižšie hodnoty krvného tlaku aj v pokoji. Významnú úlohu však zohráva aj forma odpustenia. Napríklad štúdia Hannona a jeho kolegov (2012) ukázala, že zmierlivé správanie zraneného partnera, nie však toho, kto zranil, predikuje nižší krvný tlak, čo poukazuje na dôležitosť aktívneho rozhodnutia odpustiť z pohľadu zraneného.

Viacero výskumov sa zameralo na prepojenie odpúšťania s telesným zdravím u osôb so zdravotnými komplikáciami. Výskumy zamerané na klinické populácie jednoznačne naznačujú, že odpustenie môže zohrávať významnú úlohu v prežívaní fyzického zdravia u ľudí so zdravotnými problémami. Štúdie realizované s pacientmi s kardiovaskulárnymi ochoreniami (Friedberg et al., 2009), na HIV pozitívnych osobách (L. L. Toussaint et al., 2023), pacientoch s chronickými bolesťami (O'Beirne & Harmon, 2024), s diabetom 2. typu (DeWall et al., 2010) či na ľuďoch v rehabilitačnej liečbe (Svalina & Webb, 2012) ukázali, že odpustenie, najmä druhým, ale aj sebe či nadprirodzenej entite, môže prispievať k nižšiemu stresu, bolesti či dokonca k lepšiemu fungovaniu fyziologických parametrov, ako je hladina cholesterolu či vnímaná kontrola bolesti. Niektoré z týchto súvislostí sú sprostredkované práve poklesom vnímaného stresu (L. L. Toussaint et al., 2023), ktorý je známy ako významný rizikový faktor pre zdravie. Zaujímavé sú aj zistenia týkajúce sa fyziologického mechanizmu v prípade osôb s diabetom (DeWall et al., 2010), kde schopnosť odpúšťať môže byť oslabená zníženou hladinou glukózy a následne zníženou sebakontrolou, čo ukazuje na prepojenie medzi biologickými a psychologickými aspektmi odpustenia.

Zároveň sa ukazuje, že hoci väčšina doterajších výskumov mala korelačný charakter, existujú aj intervenčné štúdie, ktoré poukazujú na potenciálne kauzálne účinky odpustenia na telesné zdravie. Intervencie, v ktorých participanti rozvíjali svoju schopnosť odpúšťať, viedli k zlepšeniu prietoku krvi u pacientov s ischemickou chorobou srdca (Waltman, M. A., Russell, D. C., Coyle, C. T., Enright, R. D., Holter, A. C., & M Swoboda, 2009) či k zmierneniu fyzických symptómov u žien s fibromyaliou, ktoré mali skúsenosť s detským traumatickým zážitkom (Lee & Enright, 2014). Aplikovanie terapie odpúšťaním u pacientov s mnohopočetným myelómom viedlo k zníženiu ich celkového distresu, obnoveniu parametrov imunitného profilu a zníženiu aktivity sympatického nervového systému (Kotouček et al., 2023).

Tieto poznatky podporujú význam začleňovania práce s odpustením do psychologickkej intervencie a zdravotnej starostlivosti o pacientov trpiacich chronickými alebo závažnými ochoreniami.

Zaujímavé sú aj výsledky nedávneho výskumu (Sirotiak et al., 2024), ktorý sa zamerail na súvislosti medzi odpustením a fyzickým zdravím u ľudí s dlhodobým COVID-om, teda stavom, pri ktorom ľudia pociťujú pretrvávajúce alebo nové zdravotné ťažkosti po prekonaní akútnej fázy infekcie vírusom SARS-CoV-2. Ukázalo sa, že odpustenie druhým, podobne ako odpustenie sebe a situáciám, pozitívne súviselo s vnímaným fyzickým zdravím u ľudí s dlhodobým COVID-om. Ľudia s dlhodobým COVID-om tiež uvádzali nižšie hodnoty odpúšťania ako ľudia bez dlhodobého COVID-u. Na základe týchto zistení je možné uvažovať, že schopnosť odpúšťať môže zohrávať ochrannú úlohu v prežívaní fyzického zdravia v tejto populácii.

Aj prehľadové štúdie sa zamerali na posúdenie vzťahu odpúšťania s fyzickým zdravím. Toussaint a jeho spolupracovníci (2019) vo svojom kvalitatívnom súhrne 55 výskumov, ktoré sa venovali prepojeniu medzi odpustením a telesným zdravím, identifikovali, že v 73 % týchto štúdií sa objavila významná súvislosť medzi odpúšťaním a niektorým ukazovateľom fyzického zdravia. Tento vzťah bol potvrdený v rámci rôznych výskumných dizajnov, rozmanitých výskumných vzoriek a použitých metodologických prístupov. Súčasťou analýzy boli aj tri experimentálne a intervenčné výskumy, pričom každý z nich potvrdil pozitívny vplyv odpustenia na telesné zdravie.

Rovnako aj metaanalýza 128 štúdií, ktorú realizovali Leeová a Enright (2019), ukázala, že jednotlivci s vyššou mierou ochoty odpúšťať – či už v konkrétnych kontextoch, alebo ako trvalejšiu osobnostnú črtu – vykazovali priaznivejšie fyzické zdravie. Zásadným zistením bolo aj to, že tento vzťah sa ukázal ako nezávislý od všetkých testovaných moderujúcich

premenných. Inými slovami nebol ovplyvnený faktormi ako vek, pohlavie, etnický pôvod, vzdelanostná úroveň, pracovný status, typ vzorky (klinická alebo bežná populácia), status publikácie (prijatá alebo publikovaná) ani spôsob, akým bolo fyzické zdravie merané, či už objektívne pomocou biomarkerov (napr. krvného tlaku), subjektívnym hodnotením zdravia, alebo prostredníctvom zdravotne relevantného správania.

Na záver možno konštatovať, že narastajúce množstvo empirických dôkazov poukazuje na silné prepojenie medzi odpúšťaním a fyzickým zdravím v rozmanitých populáciách, výskumných metodikách a kontextoch. Odpustenie sa ukazuje ako psychologický proces s potenciálne významnými fyziologickými benefitmi, ktoré sa prejavujú v regulácii stresových reakcií, znížení kardiovaskulárnej záťaže, zlepšenej kvalite spánku, redukcii somatických symptómov a celkovo priaznivejšom vnímaní zdravia.

Dôležitým zistením naprieč výskumami je aj to, že odpustenie nielenže pozitívne súvisí so subjektívnym prežívaním zdravia, ale aj s objektívne merateľnými fyziologickými ukazovateľmi. Hoci väčšina výskumov má zatiaľ korelačný charakter, existujú aj intervenčné štúdie, ktoré naznačujú kauzálny vzťah medzi rozvíjaním schopnosti odpúšťať a zlepšením fyzických zdravotných ukazovateľov.

Vzhľadom na konzistentnosť doterajších výsledkov naprieč rôznymi výskumnými dizajnmi sa odpustenie javí ako perspektívny cieľ psychologickej intervencie, ktorý môže prispieť nielen k zlepšeniu duševného, ale aj fyzického zdravia jednotlivca. Napriek narastajúcemu množstvu výskumov v tejto oblasti však naďalej chýbajú výskumy, ktoré by sa zameriavali na vzťah odpúšťania s fyzickým zdravím v kontexte ranej traumatizácie, čo predstavuje dôležitý impulz a výzvu pre budúci výskum vrátane nášho.

2.7 Odpustenie druhým v súvislosti so spánkom

Hoci sa vzťah medzi odpustením a fyzickým zdravím zdá byť konzistentne pozitívny, výskumníci sa čoraz intenzívnejšie snažia porozumieť procesom stojacim za týmto vzťahom. Jedným z týchto mechanizmov, ktorý si získal pozornosť viacerých autorov, je spánok. Vynára sa teda otázka: Aký vzťah existuje medzi odpustením a spánkom? Ako konkrétne súvisí schopnosť odpúšťať s kvalitou, kvantitou či poruchami spánku?

Jednou z prvých štúdií, ktoré sa cielene zaoberali touto témou, je výskum Toussainta et al. (2020). Autori na reprezentatívnej vzorke americkej populácie skúmali súvislosti medzi rôznymi typmi odpustenia (voči sebe aj druhým) a viacerými ukazovateľmi spánku. Výsledky ukázali, že jednotlivci s vyššou tendenciou odpúšťať, či už sebe, alebo druhým, vykazovali

vyššiu kvalitu i dĺžku spánku. Títo ľudia spali dlhšie a ich spánok bol pokojnejší v porovnaní s tými, ktorí mali nižšiu tendenciu odpúšťať. Navyše sa ukázalo, že kvalita a kvantita spánku sprostredkujú (mediujú) vzťah medzi odpustením a fyzickým zdravím.

Tieto zistenia naznačujú, že odpúšťanie môže významne prispievať k lepšiemu spánku a tým aj k zlepšeniu fyzickej pohody. Autori uvažujú, že odpustenie zmierňuje negatívne emócie a redukuje opakované ruminácie, tzn. neustále uvažovanie o zraneniach a nespravodlivostiach. Takéto uvoľnenie mysle môže vytvárať priaznivejšie podmienky na zaspávanie a kvalitnejší nočný odpočinok.

Tento predpoklad je v súlade s predchádzajúcim výskumom, ktorý dokumentuje prepojenie medzi rumináciou a kvalitou spánku. Napríklad štúdia Stoia-Caraballo et al. (2008) preukázala, že ľudia, ktorí častejšie odpúšťali, mali menej ruminácií spojených s hnevom, čo sa následne prejavovalo v lepšej kvalite spánku. Podobne výskum Ioverno et al. (2022) ukázal, že odpúšťajúci postoj voči druhým, ako aj všímavý a nesúdiaci postoj k sebe samému, môžu prispievať k zníženiu ruminácií a tým podporovať lepší spánok. Tento záver podporuje aj metaanalýza Clancy et al. (2020), ktorá identifikovala súvislosť medzi častejšími obavami, rumináciami a horšou kvalitou spánku, kratším spánkom a dlhším časom potrebným na zaspanie.

Súvislosti medzi odpustením a spánkom potvrdzujú aj staršie výskumy. Lawler-Row et al. (2005) zistili, že ľudia, ktorí dokázali odpustiť tým, čo ich zranili, vykazovali lepšie fyzické zdravie vrátane vyššej kvality spánku. V štúdií Lee a Enrighta (2014) bola u žien s diagnózou fibromyalgie, ktoré v detstve zažili násilie, aplikovaná intervencia zameraná na rozvíjanie odpustenia. Táto intervencia významne zmiernila symptómy ochorenia vrátane porúch spánku.

Experimentálny prístup k tejto problematike zvolila Witvlietová et al. (2022). V kvázi-experimentálnom dizajne účastníci najprv ruminovali nad zranením, ktoré zažili, a následne sa sústredili na súcitné prehodnotenie človeka, ktorý im ublížil. Proces súcitného prehodnotenia zahŕňal uvedomenie si nespravodlivosti, priznanie bolesti bez jej zľahčovania, rozpoznanie ľudskosti v druhom človeku, oddelenie činu od osoby a úprimnú túžbu po dobrom pre páchateľa aj v prípade, že nie je možné vzťah obnoviť (vanOyen Witvliet et al., 2020).

Výsledky ukázali, že súcitné prehodnotenie viedlo k väčšiemu prežívaniu empatie, odpustenia, pozitívnych a prosociálnych emócií, pričom znížilo negatívne emócie ako hnev. Zároveň malo pozitívny efekt na spánok, účastníci zaspávali rýchlejšie a ich spánok bol menej prerušovaný. Nasledujúce ráno pociťovali vyššiu spokojnosť, menej ruminovali a boli otvorenejší voči druhým ľuďom. V porovnaní s ruminovaním bolo súcitné prehodnotenie

spojené s väčšou psychickou pohodou, lepším spánkom a pozitívnejším medziľudským správaním.

Zhrnutie týchto výskumov poukazuje na to, že odpustenie druhým – a v niektorých prípadoch aj sebe, môže zohrávať dôležitú úlohu v regulácii emočného prežívania, najmä prostredníctvom zníženia ruminácií a negatívnych emócií, ako je hnev či úzkosť. Práve tieto faktory sú opakovane spájané s narušeným spánkom. Odpúšťajúce nastavenie, obzvlášť ak je podporené súcitným prehodnotením zranenia a toho, kto ho spôsobil, môže prispieť k upokojeniu mysle a vytváraniu priaznivejších podmienok pre zaspávanie aj kvalitu nočného odpočinku. Výsledkom je nielen lepší spánok, ale aj širší pozitívny vplyv na fyzické a psychické zdravie. Tieto poznatky zdôrazňujú, že odpustenie nie je len medziľudská alebo morálna téma, ale aj významný proces s reálnymi vplyvmi na zdravie a kvalitu života.

3 Odpustenie druhým a traumatizácia v detstve

Odpusteniu v kontexte ranej traumatizácie sa doposiaľ venovalo len málo výskumov. Napriek tomu ide o tému, ktorá môže byť kľúčová pre jednotlivcov, ktorí zažili zraňujúce či násilné zážitky v detstve. Odpustenie môže v tomto prípade predstavovať dôležitý moment v procese uzdravovania, nielen vo vzťahu k sebe samému, ale aj vo vzťahu k tým, ktorí zlyhali v ochrane a podpore počas dôležitých období raného vývinu. Existujúce štúdie sa zameriavajú na prepojenie medzi detskou traumatizáciou a schopnosťou odpúšťať, pričom skúmajú aj možné dôsledky týchto vzťahov pre psychické zdravie a medziľudské fungovanie v dospelosti. Aké výsledky prinášajú tieto výskumy?

Güloğlu s kolegami (2016) sa zamerali na porovnanie schopnosti odpúšťať u jednotlivcov v závislosti od zážitkov traumatizácie v detstve. Autori zistili, že dospelí, ktorí zažili traumu v detstve, vykazovali nižšiu schopnosť odpustenia druhým, sebe aj situáciám v porovnaní s tými, ktorí traumatizáciu nezažili. V nadväzujúcom výskume tohto autorského kolektívu sa ukázalo, že jednotlivci, ktorí zažili traumatizáciu zo strany rodiča a dokázali mu odpustiť, mali v dospelosti menej symptómov psychickej nepohody (distresu) než tí, ktorí rodičovi neodpustili.

Iný výskum (C. R. Snyder & Heinze, 2005) preukázal, že odpustenie sprostredkúva vzťah medzi hostilitou a symptómami posttraumatickej stresovej poruchy u osôb s ranou traumatizáciou. Vyššia tendencia k prežívaniu hostility, teda reagovaniu hnevливosťou v rôznych situáciách, súvisela s nižšou tendenciou odpúšťať, čo sa spájalo s vyššími symptómami PTSD. Podobne ako vo výskume Güloğlu et al. (2016), aj tu sa ukázalo, že ľudia, ktorí zažili traumatizáciu, majú nižšiu tendenciu odpúšťať druhým. Naopak, vyššia schopnosť odpúšťať súvisela s nižšími prejavmi psychickej nepohody a posttraumatickej stresovej poruchy.

Zaujímavé zistenia v oblasti traumatizácie a odpustenia priniesol výskum Skolnickovej et al. (2023). Autorky a autori skúmali prepojenie medzigeneračného prenosu nepriaznivých detských skúseností (ACEs) medzi rodičmi a ich deťmi, pričom sledovali úlohu odpustenia druhým a sebe. Výskumu sa zúčastnilo 150 rodičov a ich detí. Výsledky ukázali, že vyššia úroveň ACEs u rodičov pozitívne súvisela s vyššou úrovňou ACEs u ich detí. Ak rodič zažil viacero ACEs v detstve, s väčšou pravdepodobnosťou zažilo viacero ACEs aj jeho dieťa. Zároveň sa ukázalo, že rodičia s nízkou a strednou mierou odpustenia sebe a druhým mali silnejšiu pozitívnu koreláciu medzi vlastnými a detskými ACEs, zatiaľ čo u rodičov s vysokou mierou odpustenia sebe a druhým sa táto korelácia štatisticky znížila na nulu. Autori tak

poukazujú na významné zistenie: cyklus generačného prenosu ACEs môže byť prerušený alebo aspoň výrazne zmiernený vďaka odpusteniu sebe a druhým.

Odpustenie sa tak ukazuje ako potenciálne dôležitý prvok aj pri medzigeneračnom prenose násilia. Hypotéza medzigeneračného prenosu násilia tvrdí, že dieťa, ktoré bolo vystavené násiliu zo strany rodiča, sa s väčšou pravdepodobnosťou ocitne v násilnom intímnom vzťahu v dospelosti (Elbow, 1982). Niekoľko výskumov potvrdilo, že deti vyrastajúce v prostredí, kde bolo násilie častou reakciou, majú väčšie riziko zažiť alebo spôsobiť násilie vo svojich partnerských vzťahoch (Black et al., 2010; Ehrensaft et al., 2003; Shakoor et al., 2022; Smith et al., 2012). Rivera a Fincham (2015) zistili, že dieťa, ktoré bolo svedkom násilia zo strany matky, sa s vyššou pravdepodobnosťou angažovalo v násilí v dospelosti, a to z pozície obete aj agresora. Tento vzťah bol sprostredkovaný schopnosťou dieťaťa odpustiť matke. Čím menej bolo dieťa schopné odpustiť matke, tým viac sa angažovalo v násilí v dospelosti. Zaujímavé je, že odpustenie matke sprostredkovalo tento vzťah, zatiaľ čo odpustenie otcovi nebolo skúmané. Napriek tomu môžeme predpokladať, že odpustenie rodičovi, ktorý sa správal násilnícky, môže byť mechanizmom, ktorý prispieva k zníženiu až zastaveniu medzigeneračného prenosu násilia.

V tomto kontexte je dôležité zdôrazniť, že odpustenie neznamená ospravedlňovať nevhodné správanie, popierať či zabudnúť naň, ani sa zmieriť s človekom, ktorý nás zranil. Pokiaľ sa rodič naďalej správa násilnícky, alebo kontakt s ním môže byť nebezpečný, odpustenie môže byť výlučne vnútorným procesom jednotlivca, ktorý ošetruje vlastné bolestivé emócie, avšak neschvaľuje to, čo sa stalo.

Dieťa, ktoré zažilo násilie zo strany rodiča, si často nesie hlboké a pretrvávajúce rany, ktoré ovplyvňujú jeho vnímanie sveta aj v dospelosti. Rovnako traumatizujúce môže byť svedkom násilia medzi rodičmi. V takomto prostredí sa dieťa učí, že svet nie je bezpečné miesto, ale priestor, kde sa na hnev a frustráciu odpovedá násilím. Tento spôsob reagovania môže človek preniesť do dospelosti, ako to ukazujú spomínané výskumy. Navyše traumatické skúsenosti často vedú k dlhodobému hnevu a zášti voči rodičovi. Tento hnev sa môže prejaviť voči iným, v medziľudských vzťahoch, alebo voči sebe, napríklad formou sebakritiky, závislostí, sebapoškodzovania či rizikového sexuálneho správania (Glassman et al., 2007; Negriff et al., 2015; Song & Qian, 2020)

Uzdravenie traumy z detstva je preto veľmi dôležité pre zdravé fungovanie v dospelosti. Najefektívnejšie prebieha v psychoterapii pod vedením odborníka/odborníčky. Medzi efektívne metódy patrí napríklad Desenzitizácia a spracovanie pomocou očných pohybov (EMDR), pri ktorej dochádza k znovuspracovaniu nezpracovanej traumatickej spomienky

pomocou bilaterálnej stimulácie. EMDR je podľa výskumov účinná pri liečbe symptómov depresie, úzkosti, závislostí a posttraumatickej stresovej poruchy u obetí komplexnej traumatizácie v detstve (Carletto et al., 2018; R. Chen et al., 2018; Cuijpers et al., 2020; Wright et al., 2024)

Okrem toho sa aj odpustenie javí ako významný mechanizmus v procese zmiernenia následkov ranej traumatizácie. Frankl vo svojej klasickej práci *Hľadanie zmyslu života* (2011) uvádza, že traumatické zážitky spôsobené inými ľuďmi môžu preživším vziať všetko, okrem slobody rozhodnúť sa, ako na ne reagovať. Reakciou môže byť aj súcít a odpustenie. V rámci svojho uzdravovacieho procesu sa tak človek môže rozhodnúť rozvíjať schopnosť odpustiť rodičovi alebo rovesníkovi, ktorý ho v detstve či počas dospievania zranil. Niekedy ide aj o odpustenie dospelému, ktorý dieťa neochránil pred bolestivými zážitkami.

Efektivita terapie zameranej na odpustenie bola preukázaná u rôznych traumatizovaných skupín, napr. u obetí incestu (S. R. Freedman & Enright, 1996), dospelých detí alkoholikov (Osterndorf et al., 2011), obetí šikanovania (Badri Gargari et al., 2021) či rodičov po strate dieťaťa (Záhorcová et al., 2023b). V týchto prípadoch sa terapia odpustením ukázala ako účinná pri zmierňovaní hnevu, symptómov depresie, úzkosti, posttraumatickej stresovej poruchy a zároveň viedla k zvýšeniu sebaúcty, súcitu k sebe, nádeje do budúcnosti či posttraumatického rozvoja.

Napriek tomu, že odpustenie môže byť užitočné pri vyrovnávaní sa so zraňujúcimi zážitkami z detstva, nejde o povinnosť. Je úplne v poriadku, ak sa jednotlivец rozhodne neodpustiť alebo sa na odpustenie ešte necíti pripravený. Dôvodom môže byť práve nedostatok vnútorného pocitu bezpečia, ktorý je základným predpokladom pre zdravé a autentické odpúšťanie. Prekážkou môže byť aj vlastné chápanie odpustenia, ak ho človek vníma ako čin, ktorý robí pre druhého, ktorý ho zranil, alebo ako schválenie a ospravedlnenie ubližujúceho správania, prirodzene nebude mať motiváciu odpustiť. Ak sa mu však podarí oddeliť odpustenie od zmierenia či ospravedlnenia, môže sa pre odpustenie rozhodnúť ako pre vlastný vnútorný proces spracovania bolesti.

Odpustenie tak môže predstavovať hlboký a osobný spôsob uzdravovania psychických rán. Je ale dôležité povedať, že nejde o „všeliek“. Uzdravenie z ranej traumatizácie si často vyžaduje komplexnú psychoterapeutickú pomoc. Odpustenie však môže byť jedným z nástrojov, ktorý pomáha uzdraviť psychické zranenia spôsobené nespravodlivým a zraňujúcim zaobchádzaním zo strany ľudí, ktorí mali dieťa chrániť a milovať. V ideálnom prípade je ho tak možné kombinovať s iným psychoterapeutickým prístupom, a to v prípade, že sa pre odpustenie klient rozhodne.

Najväčšou motiváciou k odpusteniu môže byť v takomto prípade osobný úžitok, ktorý z neho môže jednotlivec získať pre vlastný život a psychické zdravie. Odpustenie človeku, ktorý jednotlivca zranil v detstve, je slobodnou voľbou, ktorá môže priniesť pocit kontroly nad tým, čo už nemožno zmeniť. Na bolestivé zážitky nie je možné zabudnúť, no je možné zmierniť ich vplyv a uľahčiť si život tým, že spomienky prestanú byť také bolestivé.

3.1 Neurobiologické súvislosti traumatizácie v detstve a odpustenia

V tejto monografii bolo viackrát poukázané na to, že pre odpúšťanie je kľúčové zažiť bezpečie – vonkajšie aj vnútorné. Trauma, naopak, vzniká v dôsledku absencie pocitu bezpečia (Levine, 2019; S. Porges & Porges, 2024). Ide o skúsenosť so situáciou, ktorá presahuje naše aktuálne zvládacie kapacity (Vojtová, 2023). Van der Kolk (2022, s. 132), psychiater, výskumník a svetovo uznávaný odborník na problematiku traumy, v tejto súvislosti hovorí: „Najdôležitejšou úlohou mozgu je zabezpečiť prežitie aj v tých najhorších podmienkach. Všetko ostatné je až druhoradé.“ Môžeme teda predpokladať, že pri nespracovanej traume bude odpúšťanie značne sťažené, pretože je narušený vnútorný pocit bezpečia. Aké konkrétne poznatky prinášajú neuropsychologické výskumy v oblasti traumatizácie a odpustenia? Ktoré mozgové oblasti sú nimi ovplyvnené?

Jednou z mozgových oblastí, ktorá sa opakovane ukazuje ako významná pri traume aj odpúšťaní, je *precuneus*, nachádzajúci sa v temennom laloku. Výskumy opakovane ukazujú, že trauma vedie k zníženej aktivácii tejto oblasti (Geuze et al., 2007; Yan et al., 2013). Naopak, *precuneus* je aktívny pri odpúšťaní (H. Li & Lu, 2017; Yamada et al., 2012), ako aj pri tzv. teórii mysle, teda schopnosti predstaviť si situáciu z perspektívy iného človeka a pochopiť jeho myšlienkové procesy (Cavanna & Trimble, 2006). Neintegrovaná trauma môže znemožniť takéto uvažovanie o druhých a tým sťažiť schopnosť empatie a súcitu, ktoré sú pre odpustenie zásadné.

Výskumy ďalej ukazujú, že trauma v detstve sa prejavuje znížením objemu a aktivity *dorzolaterálneho prefrontálneho kortexu* v dospelosti (Aupperle et al., 2012; Lu et al., 2019). Naopak, pri odpúšťaní sa zistil vyšší objem šedej mozgovej kôry v tejto oblasti (H. Li & Lu, 2017). Iné štúdie (Ricciardi et al., 2013; Yamada et al., 2012) taktiež potvrdili, že dorzolaterálny prefrontálny kortex je aktívny pri odpúšťaní. Táto oblasť mozgu sa podieľa na využívaní kognitívnych stratégií regulácie emócií ako hnev a smútok (Goldin et al., 2008; Golkar et al., 2012; Nejati et al., 2021), morálnom rozhodovaní (Nam et al., 2016) a exekutívnych funkciách (Friedman & Robbins, 2022; Panikratova et al., 2020). V procese

odpúšťania je teda aktívna v momentoch, keď regulujeme naše negatívne emócie voči zraňujúcej osobe, keď premieňame pomstivé motivácie na benevolentnejšie a keď zvažujeme širšie perspektívy. Aby bolo možné tieto stratégie rozvíjať, je nevyhnutné najskôr obnoviť pocit bezpečia.

Hoci sa viacero výskumov snažilo pochopiť neurálne mechanizmy odpúšťania, len nedávna štúdia Li et al. (2023) vytvorila model predpovedajúci neurálne charakteristiky odpúšťania na individuálnej úrovni. Autori využili prístup strojového učenia, prediktívne modelovanie na základe konektómu (connectome-based predictive modeling, CPM) a celkové vzorce funkčnej konektivity mozgu v pokoji (resting-state functional connectivity, rsFC). Zistili, že s odpúšťaním súvisia oblasti ako retrospleniálna kôra, temporálny pól, dorzolaterálny prefrontálny kortex, dorzálna predná cingulárna kôra, precuneus a dorzálna posteriórna cingulárna kôra. Popri už známych oblastiach sa tak ako dôležitá javí aj dorzálna predná cingulárna kôra, ktorej znížená aktivita bola zistená u osôb s PTSD (H. J. Chen et al., 2019) a ktorá zároveň vykazuje zvýšenú hrúbku šedej mozgovej kôry v tejto oblasti (Demers et al., 2015). Táto oblasť je zodpovedná za kognitívnu kontrolu, učenie a sebakontrolu (Heilbronner & Hayden, 2016; Shenhav et al., 2016). Pokiaľ je jej aktivita v dôsledku traumy znížená, môže byť náročné rozvíjať kognitívnu kontrolu a sebakontrolu, ktoré sú nevyhnutné pri spracúvaní traumatických zážitkov a odpúšťaní.

Van der Kolk (2022) poukazuje aj na to, že trauma ovplyvňuje Brocovu oblasť reči. Trauma znižuje jeho aktivitu, čo sťažuje schopnosť verbalizovať myšlienky a emócie. Pri neintegrovanej traume môže mať človek problém vyjadriť slovami, čo sa mu stalo, a to aj po mnohých rokoch. V procese odpúšťania si však človek potrebuje príbeh svojho zranenia nanovo poskladať a pomenovať. Na to je často potrebné najprv traumy spracovať, nie vždy len slovne, ale aj cez telo, napr. prostredníctvom metód ako somatické prežívanie (Somatic Experiencing; Levine, 2019) či EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro et al., 2018).

V neposlednom rade je jednou z významných oblastí ovplyvnených traumou amygdala. O amygdale sa často hovorí ako o emočnej oblasti mozgu alebo o jeho poplašnom systéme (van der Kolk, 2022). Jej úlohou je upozorňovať nás na hroziace nebezpečenstvo. Ak napríklad stretneme podozrivo vyzerajúcu osobu cestou domov v noci z práce, alebo sa ocitneme v situácii, keď sa naše dieťa rozbieha smerom na cestu plnú áut, amygdala aktivuje stresovú reakciu tela (Feinstein et al., 2011; Yan et al., 2013). Pri kontakte s podnetom, ktorý je vyhodnotený ako hrozba, spúšťa vyplavenie stresových hormónov a intenzívnu reakciu

nervového systému, čo môže vyvolať búšenie srdca, zvýšený krvný tlak, potenie či tras (van der Kolk, 2022).

Traumatické skúsenosti môžu viesť k zníženiu objemu šedej mozgovej hmoty v oblasti amygdaly (Nogovitsyn et al., 2022), ako aj k jej zvýšenej reaktivite (Yan et al., 2013). To znamená, že dochádza k nadmernej aktivácii systému vnímania hrozieb. Hyperaktívna amygdala v dôsledku traumatického stresu sťažuje človeku schopnosť rozlíšiť medzi skutočným a minulým ohrozením (van der Kolk, 2022). Pri pripomenutí traumy mozog reaguje, akoby sa traumatická udalosť opäť diala, v danom okamihu a po prvýkrát. Výskumy ukázali, že pri konfrontácii traumatizovaných osôb s obrazmi, myšlienkami alebo zvukmi súvisiacimi s pôvodnou udalosťou, amygdala reaguje poplašným spôsobom, a to aj desaťročia po udalosti. Bežné aspekty každodenného života tak môžu spustiť pôvodný strach (van der Kolk, 2022).

V dôsledku zvýšenej aktivity amygdaly je človek permanentne v stave ostražitosťi, v očakávaní, že sa môže stať niečo zlé, nepredvídateľné a ohrozujúce. Ľudia trpiaci posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) vnímajú ohrozenie aj tam, kde ho ostatní nevidia, alebo v situáciách, ktoré iní považujú za zvládnuteľné (Williams et al., 2006). Nervový systém takéhoto človeka je dysregulovaný a aj drobné podnety od iných ľudí môžu vyvolať intenzívny hnev či podráždenosť. V stave vysokej aktivácie amygdaly a nedostatočnej regulácie nervového systému nie je jednotlivец schopný súcitu s iným človekom, pretože jeho systém je primárne nastavený na zabezpečenie prežitia.

Celkovo výskumy ukazujú, že mozgové oblasti so zníženou aktivitou pri nespracovanej traume sú zároveň tie, ktoré sú aktívne a potrebné v procese odpúšťania, empatizovania a súcitu s druhými. Môžeme teda predpokladať, že spracovanie a integrácia traumatických zážitkov z detstva môžu byť predpokladom rozvoja schopnosti empatického a súcitného prístupu k druhým. Tento prístup musí vychádzať z pevného základu bezpečia, aby pre človeka nepredstavoval ohrozenie.

3.2 Porozumenie traumy a odpustenia z perspektívy polyvagálnej teórie

Pri snahe o hlbšie porozumenie traumy a odpustenia z neurobiologickej perspektívy sa ako dôležité javí pozrieť sa na ich vysvetlenie aj z pohľadu polyvagálnej teórie Stephena Porgesa (2024). Základnou premisou polyvagálnej teórie je: „To, ako bezpečne sa cítime, má zásadný význam pre naše fyzické i duševné zdravie a šťastie“ (Porges & Porges, 2024, s. 11).

Polyvagálna teória zdôrazňuje úlohu autonómneho nervového systému (ANS) v regulácii zdravia, emócií, myslenia a správania.

Dlho prevažovalo všeobecné porozumenie, že ANS sa delí na sympatický a parasympatický nervový systém, pričom sympatický nervový systém bol považovaný za „zlý“ a parasympatický za „dobrý“. Sympatický nervový systém mobilizuje telo a vedie k stavom boja alebo úteku. Na základe výskumu novorodencov však Porges (1995) zistil, že parasympatický nervový systém sa ďalej delí podľa vetiev blúdivého nervu (nervus vagus) na dorzálny a ventrálny vagálny stav. Dorzálny vagálny stav parasympatického nervového systému je charakteristický reakciou jednotlivca odpojením, vypnutím alebo zamrznutím. Naopak, ventrálny vagálny stav je spájaný so stavom bezpečia, schopnosťou nadväzovať vzťahy, tvoriť a cítiť sa v bezpečí.

Zároveň jedným z hlavných bodov polyvagálnej teórie je, že autonómny stav jednotlivca funguje ako akési „okuliare“, cez ktoré sa pozerá na svet (T. W. Porges & Porges, 2024). To znamená, že prichádzajúce podnety sú vnímané odlišne v závislosti od toho, či sa jednotliviec nachádza v sympatickom stave boja alebo úteku, dorzálnom stave vypnutia, alebo vo ventrálnom vagálnom stave bezpečia. Na základe toho možno predpokladať, že autonómny stav ovplyvňuje reakciu na potenciálne zraňujúce podnety z okolia.

Predstavme si napríklad situáciu, keď do nás na schodoch paneláku narazí sused. Pokiaľ sa nachádzame v sympatickom stave boja alebo úteku, môže byť reakciou hnev, podráždenosť a interpretácia situácie ako úmyselného útoku. Situácia môže byť zovšeobecnená ako dôkaz, že „svet je proti nám“. Rovnako sa môže objaviť tendencia reagovať útekou a prežívať pretrvávajúcu úzkosť. Pokiaľ sme v dorzálnom stave vypnutia, situácia so susedom môže vyvolať pocity bezmocnosti a rezignácie („na ničom nezáleží“, „aj tak je všetko jedno“). Ak sa ale nachádzame vo ventrálnom stave bezpečia, pravdepodobnosť negatívnej reakcie je nízka. Situácia nebýva vyhodnotená ako ohrozujúca a umožňuje pokračovanie v bežnom dni vrátane prijatia ospravedlnenia a zachovania kontaktu.

Stav autonómneho nervového systému má teda potenciál ovplyvniť reakcie na prichádzajúce podnety. Už v počiatočnej fáze môže determinovať spôsob, akým je zraňujúca situácia vnímaná, ako na ňu jednotliviec reaguje a aký emocionálny dosah zanechá. Tento mechanizmus zohráva významnú úlohu aj v samotnom procese odpustenia.

Ďalším dôležitým bodom polyvagálnej teórie je, že nespracovaná trauma má vplyv na autonómny stav, v ktorom sa jednotliviec nachádza počas väčšiny času (T. W. Porges & Porges, 2024). Pri pretrvávajúcej traume býva ventrálny vagálny stav prítomný len zriedkavo, a preto sa pocit bezpečia nedostavuje pravidelne. Prevažujúcim stavom býva sympatická aktivácia

(napr. vo forme chronickej podráždenosti, úzkosti či napätia) alebo dorzálny vagálny stav, ktorý sa prejavuje ako emocionálne odpojenie, apatia či neschopnosť napojiť sa na vlastné emócie (T. W. Porges & Porges, 2024).

Z pohľadu polyvagálnej teórie možno predpokladať, že schopnosť odpúšťať predpokladá prítomnosť ventrálneho vagálneho stavu bezpečia a sociálneho zapojenia. V procese odpúšťania je preto potrebné, aby jednotlivec prežíval vnútorný stav bezpečia, vďaka ktorému je umožnené odhaliť zraňujúcu udalosť a preskúmať jej dôsledky. Bez pocitu bezpečia nie je možné účinne spracovať bolestivé emócie, ani smútiť za tým, čo bolo stratou spôsobené. V neposlednom rade, absencia vnútorného bezpečia sťažuje alebo znemožňuje empatizovanie a súcitiť s osobou, ktorá spôsobila zranenie.

Pri diskusii o vnútornom bezpečí je zároveň dôležité zdôrazniť, že v kontexte polyvagálnej teórie je rozhodujúce subjektívne prežívanie, nie objektívna miera vonkajšieho bezpečia. Z toho vyplýva, že psychoterapeutický proces by sa mal zamerať na podporu vnútorne prežívaného bezpečia, ktoré tvorí stabilný základ pre rozvoj schopnosti odpúšťať. Tlak na odpúšťanie alebo jeho urýchlenie v kontexte nespracovanej traumy a absencie pocitu bezpečia môže byť kontraproduktívny. Okrem toho predčasné odpustenie bez spracovania emócií môže byť formou disociácie, v zmysle „urobím čokoľvek, len aby som necítil“.

Takzvané pseudoodpustenie sa môže vyskytovať aj ako reakcia na traumatickú situáciu vo forme zaliečania (angl. *fawn*), pri ktorom namiesto boja, úteku alebo zamrznutia dochádza k správaniu zameranému na získanie priazne pôvodcu ohrozenia. Jednotlivec v tomto prípade uprednostňuje potreby druhého pred vlastnými, často bez vedomého rozhodnutia (T. W. Porges & Porges, 2024). Takéto správanie možno pozorovať napríklad u osôb vo vzťahoch s násilným partnerom – urobia všetko pre uspokojenie potrieb partnera, zanedbávajú pritom vlastné hranice, potreby a autentické prežívanie. Mať ťažkosti s vyslovením „nie“, nastavovaním hraníc či reguláciou vlastného správania v náročných situáciách je v tomto prípade vnímané ako normálna reakcia na nenormálnu situáciu (Vojtová, 2023).

Aby mohlo byť odpúšťanie vnímané ako bezpečné, autentické a liečivé, kľúčovým prvkom môže byť využitie princípu koregulácie, ako ho popisuje polyvagálna teória. Koregulácia je označovaná ako biologický imperatív, teda potreba, ktorá je pre človeka rovnako zásadná ako spánok či potrava. Ide o schopnosť nášho organizmu vysielat' a prijímať signály bezpečia od iných ľudí. Vďaka prijímaniu týchto signálov je umožnená regulácia nervového systému, čím sa podporujú stavy zdravia, obnovy a rastu (T. W. Porges & Porges, 2024; Porges, 2024). V procese odpúšťania zohráva zásadnú úlohu prítomnosť koregulačne pôsobiacej osoby, tzn. niekoho, kto napomáha návratu do stavu bezpečia, len čo dôjde k jeho

narušení. Takou osobou môže byť psychoterapeut, psychológ alebo dôveryhodný priateľ, pri ktorom sa jednotlivec cíti bezpečne a môže otvorene zdieľať svoje prežívanie, čo umožňuje ďalší pokrok v procese odpúšťania.

Záverom možno povedať, že polyvagálna teória prináša cenný rámec pre porozumenie tomu, prečo je pre odpustenie nevyhnutné vnútorné prežívanie bezpečia. Ukazuje, že schopnosť odpúšťať nie je len otázkou vôle či morálneho rozhodnutia, ale je hlboko zakorenená v našej neurobiológii. Bez prístupu k ventrálnemu vagálnemu stavu a bez podpory koregulácie môže byť proces odpúšťania obmedzený alebo nemožný. Preto je v kontexte psychoterapie kľúčové neponáhľať sa, ale najskôr vytvoriť priestor pre bezpečné prežívanie, ktoré následne umožní odpustenie ako skutočný, autentický a liečivý proces.

3.3 Výskumné ciele, hypotézy a otázky

Vzhľadom na vyššie popísané teoretické a výskumné zistenia v oblasti ranej traumatizácie a odpustenia je výskumným problémom našej práce nejednoznačnosť vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a odpustením v dospelosti, a to v kontexte well-beingu, spánku a subjektívne vnímaného fyzického zdravia.

Prvým exploračným výskumným cieľom našej práce je preskúmanie druhov traumatizácie v detstve u osôb v Slovenskej republike, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života. Kladieme nasledovnú výskumnú otázku *VO-1: Aké druhy traumatizácie v detstve sú rozšírené u osôb v Slovenskej republike, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života?*

Druhým výskumným cieľom práce je preskúmanie vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a odpustením v dospelosti, a to v kontexte situačného odpustenia druhému, špecificky odpustenia rodičovi, ako aj tendencie odpúšťať druhým. Vzhľadom na nedostatok výskumných zistení vo vzťahu traumatizácie v detstve a odpustenia v dospelosti kladieme nasledovné výskumné otázky:

VO-2: Aký je vzťah medzi traumatizáciou v detstve a situačným odpustením v dospelosti (VO-2a), odpustením rodičovi v dospelosti (VO-2b) a tendenciou odpustiť druhým v dospelosti (VO-2c)?

VO-3: Ako jednotlivé druhy traumatizácie v detstve predikujú situačné odpustenie, odpustenie rodičovi a tendenciu odpustiť druhým v dospelosti?

V treťom výskumnom ciele sa zameriavame na vzťah traumatizácie v detstve, odpustenia v dospelosti s well-beingom v dospelosti. Vzhľadom na predchádzajúce výskumné zistenia formulujeme nasledovné hypotézy:

H1: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí s well-beingom v dospelosti.

H2: Odpustenie pozitívne súvisí s well-beingom v dospelosti (H2a: situačné odpustenie druhému; H2b: odpustenie rodičovi, ktorý jednotlivca zranil; H2c: tendencia odpustiť druhým).

Vo štvrtom výskumnom ciele sa zameriavame na vzťah traumatizácie v detstve, odpustenia v dospelosti so spánkom a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti. Vzhľadom na predchádzajúce výskumné zistenia formulujeme nasledovné hypotézy:

H3: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí s kvalitou spánku (H3a), kvantitou spánku (H3b), problémami so spánkom (H3c) v dospelosti.

H4: Situačné odpustenie druhému pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H4a), kvantitou spánku (H4b) a problémami so spánkom (H4c) v dospelosti.

H5: Odpustenie rodičovi pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H5a), kvantitou spánku (H5b) a problémami so spánkom (H5c) v dospelosti.

H6: Tendencia odpustiť druhým pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H6a), kvantitou spánku (H6b) a problémami so spánkom (H6c) v dospelosti.

H7: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H8: Situačné odpustenie druhému pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H9: Odpustenie rodičovi pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H10: Tendencia odpustiť druhým pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

V piatom výskumnom ciele sa zameriavame na preskúmanie potenciálnych mediačných mechanizmov v kontexte ranej traumatizácie a well-beingu, spánku a vnímaného fyzického zdravia v dospelosti. Kladieme nasledovné výskumné otázky:

VO-4: Pôsobí situačné odpustenie (VO-4a), odpustenie rodičovi (VO-4b), tendencia odpustiť druhým (VO-4c) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom v dospelosti?

VO-5: Pôsobí situačné odpustenie (VO-5a), odpustenie rodičovi (VO-5b), tendencia odpustiť druhým (VO-5c) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a spánkom v dospelosti (s kvalitou spánku, kvantitou spánku, problémami so spánkom)?

VO-6: Pôsobí situačné odpustenie (VO-6a), odpustenie rodičovi (VO-6b), tendencia odpustiť druhým (VO-6c) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti?

4 Metóda

4.1 Výskumný súbor a priebeh zberu údajov

Výskumný súbor zostavila agentúra 2muse tak, aby reprezentoval demografické zloženie slovenskej populácie v produktívnom veku (18 – 65 rokov). Podmienkami účasti vo výskume boli: a) slovenská národnosť, b) vek 18 – 65 rokov, c) zážitok emočného zranenia od inej osoby do veku 18 rokov, keďže naším cieľom bolo hodnotiť odpustenie. Vzhľadom na to, že sa agentúre nepodarilo získať dostatočný počet mužov ochotných vyplniť dotazník, sme napriek pôvodnému plánu nedosiahli vo výskume rovnomerné rozloženie mužov a žien.

Vo výsledku tak výskumný súbor tvorilo 1100 participantov, z toho 715 (65 %) žien a 385 (35 %) mužov. Vekové zloženie súboru udáva Tabuľka 1. Tabuľka 2 dokumentuje rozdelenie participantov podľa vzdelania. Najväčšie zastúpenie v našom výskumnom súbore majú participanty so stredoškolským vzdelaním s maturitou (41,3 %) a participanty s vysokoškolským vzdelaním druhého stupňa (30,5 %), kým najmenšie zastúpenie mali participanty so základným vzdelaním (4,5 %). Tabuľka 3 zobrazuje rozloženie participantov podľa rodinného stavu.

V Tabuľke 4 je znázornené zastúpenie participantov podľa ôsmich administratívnych regiónov Slovenska. Zastúpenie participantov podľa veľkosti bydliska je uvedené v Tabuľke 5. Vierovyznanie participantov na základe jednotlivých denominácií je uvedené v Tabuľke 6. Neveriacich, resp. ateistov je v našom súbore necelých 25,2 %, ostatných 74,8 % sa hlási k náboženskej viere, z čoho najväčšie zastúpenie malo katolícke náboženstvo (62 %).

Tabuľka 1: Vekové zloženie výskumného súboru

Veková skupina	N	%
18 – 29 r.	298	27,1
30 – 39 r.	284	25,8
40 – 49 r.	234	21,3
50 – 65 r.	284	25,8
S p o l u	1100	100,0

Tabuľka 2: Zloženie výskumného súboru podľa vzdelania

Vzdelanie	N	%
Základné	49	4,5
Stredné učňovské	160	14,5
Stredné s maturitou	454	41,3
Vysokoškolské I. stupňa	75	6,8
Vysokoškolské II. stupňa	336	30,5
Vysokoškolské III. stupňa	26	2,4
S p o l u	1100	100,0

Tabuľka 3: Zloženie výskumného súboru podľa rodinného stavu

Vzdelanie	N	%
Vydatá/ženatý	512	46,5
Slobodný/á	268	24,4
V partnerskom vzťahu	204	18,5
Rozvedený/á	90	8,2
Vdova/vdovec	26	2,4
S p o l u	1100	100,0

Tabuľka 4: Zloženie výskumného súboru podľa regiónu

Región	N	%
Bratislavský	132	12,0
Trnavský	106	9,6
Trenčiansky	120	10,9
Nitriansky	135	12,3
Žilinský	142	12,9
Banskobystrický	138	12,5
Prešovský	166	15,1
Košický	161	14,6
S p o l u	1100	100,0

Tabuľka 5: Zloženie výskumného súboru podľa veľkosti bydliska

Veľkosť bydliska (počet obyvateľov)	N	%
do 999	155	14,1
1000 – 4 999	287	26,1
5000 – 19 000	157	14,3
20000 – 99 999	342	31,1
100 000 a viac	159	14,5
S p o l u	1100	100,0

Tabuľka 6: Zloženie výskumného súboru podľa vierovyznania

Náboženstvo	N	%
Neveriaci	277	25,2
Katolícke	682	62,0
Evanjelické	82	7,5
Iné	59	5,4
S p o l u	1100	100,0

4.2 Metódy zberu údajov

V úvode dotazníka sme zisťovali demografické údaje o participantoch (rod, vek, vzdelanie, rodinný stav, región, veľkosť bydliska, vierovyznanie). Dotazník tiež obsahoval niekoľko položiek zameraných na hodnotenie pozornosti participantov – pokiaľ v nich participanti neodpovedali správne, boli vylúčení zo zberu dát.

Traumatizáciu v detstve sme merali pomocou Medzinárodného dotazníka nepriaznivých zážitkov z detstva [ACE-IQ – The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire] (WHO, 2011). Dotazník ACE-IQ bol skonštruovaný s cieľom poskytnúť odborníkom nástroj na hodnotenie náročných situácií, ktoré sa môžu vyskytnúť v živote dieťaťa a dospelávajúceho, a zároveň študovať možné implikácie výskytu traumatizácie u jednotlivcov v rôznych krajinách a tým umožniť medzinárodné porovnanie (WHO, 2011). Dnes je jedným z najčastejšie používaných nástrojov na meranie traumatizácie v detstve.

Úvodná inštrukcia dotazníka je nasledovná: „Keď ste vyrastali, počas prvých 18 rokov Vášho života...“ a nasledujú jednotlivé otázky zamerané na rôzne typy nepriaznivých zážitkov, ktoré participant hodnotí na 3-bodovej až 5-bodovej Likertovej škále (podľa jednotlivých položiek). ACE-IQ obsahuje 31 otázok, ktoré monitorujú 13 typov nepriaznivých zážitkov z detstva:

- a) fyzické násilie (napr. *„Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti Vám dal výprask, fackoval, kopal Vás, udieral päsťou alebo Vás inak bil?“*)
- b) emocionálne násilie (napr. *„Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti na Vás kričal, vrieskal alebo nadával, urážal alebo ponižoval Vás?“*)
- c) sexuálne násilie (napr. *„Dotýkal sa Vás niekto alebo hladkal Vás sexuálnym spôsobom proti vašej vôli?“*)
- d) emocionálne zanedbávanie (napr. *„Vedeli skutočne Vaši rodičia/opatrovníci, čo robíte vo Vašom voľnom čase, teda keď ste neboli v škole alebo v práci?“*)
- e) fyzické zanedbávanie (napr. *„Ako často Vám Vaši rodičia/opatrovníci neposkytovali dostatok jedla, dokonca aj keď tak mohli ľahko urobiť?“*),
- f) zneužívanie alkoholu alebo drog v rodine (*„Žili ste s členom domácnosti, ktorý/á bol/a problémový pijan alebo alkoholik, alebo zneužíval/a drogy alebo lieky?“*),
- g) žitie v spoločnej domácnosti s osobou, ktorá bola duševne chorá (*„Žili ste v spoločnej domácnosti s osobou, ktorá trpela depresiami, bola duševne chorá alebo mala samovražedné sklony?“*),
- h) rozvod alebo separácia rodičov (*„Boli vaši rodičia niekedy odlúčení alebo rozvedení?“*)
- i) žitie s rodičom alebo opatrovníkom, ktorý bol policajne zadržaný alebo vzatý do väzby (*„Žili ste v spoločnej domácnosti s osobou, ktorá bola policajne zadržaná alebo poslaná do väzby?“*)
- j) domáce násilie (napr. *„Videli ste alebo počuli, že by Váš rodič alebo člen domácnosti bol fackovaný, kopaný, udieraný alebo bitý?“*)
- k) šikanovanie (hodnotené dvoma položkami: *„Ako často ste boli šikanovaný?“* (1 – Častokrát, 2 – Párkrát, 3 – Raz, 4 – Nikdy, 5 – Odmietol/Odmietla odpovedať), pokiaľ participant odpovie, že bol minimálne raz šikanovaný, hodnotí, akým spôsobom bol šikanovaný zo siedmich možností, napr. *„Bol som udieraný, kopaný, strkaný, drgany“*

alebo vymknutý. “, pričom má možnosť označiť viacero odpovedí, a tiež, ako pri iných otázkach, nemusí odpovedať.

l) komunitné násilie (napr. „*Videli ste alebo počuli ste vo Vašom susedstve o niekom, kto bol v reálnom živote zbitý?*“)

m) kolektívne násilie (napr. „*Boli ste zbitý vojakmi, políciou, milíciou alebo gangmi?*“)

Pre potreby výskumu sme použili slovenskú verziu dotazníka, ktorú sme získali od Kaščákovvej (osobná komunikácia, 2023). Aktuálne prebieha validácia slovenskej verzie ACE-IQ. Vzhľadom na cieľ našej práce, fakt, že tento výskum bol súčasťou väčšieho výskumu o ranej traumatizácii a po konzultácii s Kaščákovou sme použili vybrané otázky z dotazníka ACE-IQ mapujúce rodinné prostredie a zážitky šikanovania. V našom výskume sme tak nepoužili položky zameriavajúce sa na komunitné a kolektívne násilie.

Pre vyhodnotenie ACE-IQ sa používa niekoľko spôsobov. Niektoré štúdie používajú porovnanie tých participantov, ktorí nezažili žiadnu nepriaznivú skúsenosť v detstve s tými, ktorí zažili jednu a viac nepriaznivých skúseností v detstve (Samji et al., 2024). Časté je využívanie binárneho a frekvenčného spôsobu kódovania odpovedí. Tu uvádzam rozdiel medzi zaznačením binárneho a frekvenčného hodnotenia na príklade Emocionálneho násillia:

Binárne hodnotenie – participant získa v kategórii 1 bod, pokiaľ odpovie na otázku

- „...*Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti na Vás kričal, vrieskal alebo nadával, urážal alebo ponížoval Vás?*“ s možnosťami „často“, „párkrát“ alebo „raz“, alebo odpovie na otázku
- „...*Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti sa Vám vyhrážal alebo skutočne Vás opustil alebo vyhodil z domu?*“ s možnosťami „často“, „párkrát“ alebo „raz“.

Frekvenčné hodnotenie: participant získa v kategórii Emocionálne násilie 1 bod, pokiaľ odpovie na otázku:

- „...*Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti na Vás kričal, vrieskal alebo nadával, urážal alebo ponížoval Vás?*“ s možnosťou „často“ alebo odpovie na otázku
- „...*Váš rodič, opatrovník alebo iný člen domácnosti sa Vám vyhrážal alebo skutočne Vás opustil alebo vyhodil z domu?*“ s možnosťou „často“.

Vo výskumoch sa často používajú a porovnávajú oba spôsoby hodnotenia, ako aj práca s jednotlivými kategóriami ACEs. Vnútoraná konzistencia škály ACE-IQ frekvenčná bola $\alpha = 0,73$ a ACE-IQ binárna bola $\alpha = 0,70$. Pre vypočítanie vnútornej konzistencie binárnej

a frekvenčnej škály (ale aj pre deskriptívne skóre) sme vylúčili respondentov, ktorí uviedli, že na niektoré z položiek ACE-IQ nechceli odpovedať. Vzhľadom na citlivý charakter jednotlivých položiek bola pri každej možnosti „nechcem odpovedať“. Participantov, ktorí nechceli odpovedať, sme tak museli vylúčiť z analýz pre použitie ACE-IQ binárne, a to konkrétne 273 participantov a pre ACE-IQ frekvenčne konkrétne 282 participantov.

Situačné odpustenie druhému človeku sme merali pomocou Enrightovho dotazníka odpustenia-30 [EFI-30 – Enright Forgiveness Inventory], ktorý je skrátenou verziou pôvodného 60-položkového Enrightovho dotazníka odpustenia. Vo výskume sme použili preloženú verziu dotazníka, ktorý bol validný na slovenskej populácii (Záhorcová & Dočkal, 2022). V úvode dotazníka je participant inštruovaný, aby hodnotil svoje prežívanie, uvažovanie a správanie voči osobe, ktorá ho nespravodlivo a hlboko zranila do 18. roku života. Jedna úvodná položka dotazníka hodnotí vnímanú hĺbku zranenia: „*Ako hlboko ste sa cítili zranený/á, keď sa to stalo?*“ (1 – vôbec, 5 – veľmi). Následne je participant dopytovaný, kto ho zranil, pričom si vyberá z možností: dieťa, manžel/ka, partner/ka, príbuzný/á, kolega/gyňa, nadriadený/á, kamarát/ka rovnakého pohlavia, kamarát/ka opačného pohlavia, niekto iný; uveďte, prosím, kto. Odpovedá tiež na otázky „*Žije ešte osoba, ktorá Vám ublížila?*“ (áno, nie) a „*Kedy sa tá udalosť odohrala?*“ (pred x dňami, týždňami, mesiacmi či rokmi). V nepovinnnej otázke mohol participant stručne danú udalosť opísať. Následne participant hodnotí, ako sa voči danej osobe teraz cíti, teda je dôležité, aby ohodnotil svoje aktuálne prežívanie. Konkrétne hodnotí desať emócií, päť pozitívne a päť negatívne formulovaných, napr. „vrelosť“, „súcit“, „odpor“, „znechutenie“ na 6-bodovej Likertovej škále (1 – veľmi nesúhlasím, 6 – veľmi súhlasím). Následne podobne hodnotí desať tendencií správať sa voči tejto osobe, konkrétne „K tejto osobe sa správam, resp. správam/a by som sa takto...“, napr. „prejavím mu/jej priateľstvo“, „preukážem mu/jej láskavosť“, „ignorujem ho/ju“ a „nezaujíma ma“ (1 – veľmi nesúhlasím, 6 – veľmi súhlasím). Podobným spôsobom hodnotí desať kognícií o danej osobe, napr. „myslím si, že je človek dobrých kvalít“, „myslím si, že je hrozný/á“ (1 – veľmi nesúhlasím, 6 – veľmi súhlasím). Vnútna konzistencia celkovej škály v našom výskumnom súbore bola $\alpha = 0,98$.

Dotazník tiež obsahuje nezávislú subškálu pseudoodpustenia, ktorá obsahuje päť položiek, napr. „*Keď o tom teraz premýšľam, nebol to vlastne žiaden problém*“ alebo „*Nikdy som sa netrápil/a nad tým, čo sa stalo*“ (1 – veľmi nesúhlasím, 6 – veľmi súhlasím). Skóre subškály pseudoodpustenia môže byť v rozsahu 5 až 30. Pokiaľ participant/ka získa skóre 22 a vyššie, je vyradený/á z analýzy dát, pretože sa pravdepodobne neangažuje v autentickom

odpustení, ale pseudoodpustení (Záhorcová & Dočkal, 2022). Z nášho výskumného súboru sme tak pre analýzy s použitím EFI-30 vyradili 31 participantov.

Všeobecná tendencia odpustiť druhým bola meraná pomocou šesť-položkovej subškály odpustenia druhým, ktorá pochádza z Heartlandského dotazníka odpúšťania [HFS – Heartland Forgiveness Scale], (Thompson, Snyder, & Hoffman, 2005). Medzi položky patrí napr.: „*Hnevám sa na seba za zlé veci, ktoré som urobil/a.*“. Položky sú hodnotené na 7-bodovej Likertovej škále (1 – takmer nikdy neplatí až 7 – takmer vždy platí). Vnútoraná konzistencia škály v našom výskumnom súbore bola $\alpha = 0,76$. Slovenskú verziu dotazníka sme získali od Chlebcovej a Greškovičovej (2019).

Na hodnotenie spokojnosti so životom bola použitá Škála spokojnosti so životom [SWLS-Satisfaction With Life Scale], (Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, 1985). Škála obsahuje päť položiek, ako napríklad: „*Môj spôsob života sa takmer úplne zhoduje s mojím ideálom*“. Položky sú hodnotené na 7-bodovej Likertovej škále (1 – úplne nesúhlasím až 7 – úplne súhlasím). Škála bola preložená dvojitém spätným prekladom. Vnútoraná konzistencia škály SWLS v našom výskumnom súbore bola $\alpha = 0,91$.

Vnímané hodnotenie fyzického zdravia bolo merané jednou položkou: „*Ako by ste vo všeobecnosti ohodnotili svoje zdravie?*“ Participanti položku hodnotili na 5-bodovej Likertovej škále (1 – zlé až 5 – vynikajúce). Položka bola získaná zo štúdie Toussaint et al. (2020). Položka bola preložená dvojitém spätným prekladom.

Pri hodnotení spánku sme sa zamerali na jeho kvantitu, kvalitu a problémy so spánkom. Kvalitu spánku sme merali jednou položkou: „*Počas posledných 30 dní, ako by ste celkovo ohodnotili kvalitu svojho spánku?*“ Participanti hodnotili položku na 5-bodovej Likertovej škále (od 1 – veľmi zlá po 5 – veľmi dobrá). Kvantitu spánku sme merali pomocou jednej položky: „*Počas posledných 30 dní, nerátajúc krátke zdriemnutia, koľko hodín ste reálne priemerne spali cez noc?*“. Problémy so spánkom boli hodnotené pomocou položiek „*Mali ste počas posledných 30 dní problém zaspať alebo spať (resp. nebudiť sa)?*“ a „*Cítili ste sa počas posledných 30 dní unavené, a to aj po kvalitnom nočnom spánku?*“ (1 – nie, 2 – áno). Dané položky zameriavajúce sa na hodnotenie kvantity, kvality spánku a problémov so spánkom sme získali z Pittsburského indexu kvality spánku [PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index] (Buysse et al., 1989). Použité boli tiež v štúdiu Toussaint et al. (2020), ktorá sa zameriavala na vzťah odpustenia s kvantitou a kvalitou spánku. Aj tieto položky sme preložili pomocou dvojitého spätného prekladu.

4.3 Metódy analýzy údajov

Analýza psychologických dát prebiehala v štatistickom programe SPSS, verzia 23. Na úvod sme vypočítali deskriptívnu analýzu získaných údajov a overovali vnútornú konzistenciu jednotlivých metodík. Počítali sme korelačnú analýzu pomocou Spearmanovho korelačného koeficientu. Mediačnú analýzu sme testovali pomocou nástroja PROCESS pre SPSS (Hayes, 2013). Nepriamy efekt bol testovaný pomocou bootstrap prístupu s 10 000 vzorkami (Preacher & Hayes, 2004). Ak 95 % konfidenčný interval nezahŕňa nulu, výsledok je štatisticky významný na hladine 0,05. Na meranie veľkosti efektu sme použili ukazovateľ P_m , teda pomer nepriameho k celkovému efektu premennej X na premennú Y (Wen & Fan, 2015).

5. Výsledky

5.1 Deskriptívna analýza

Na úvod sme vypočítali deskriptívnu analýzu všetkých meraných premenných, konkrétne priemer (M), štandardnú odchýlku (SD), medián (Mdn), štandardnú chybu priemeru (SEM), šikmosť (Skew) a špicatosť (Kurtosis) (Tabuľka 7).

Tabuľka 7: Deskriptívna analýza všetkých premenných

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>SEM</i>	<i>Skew</i>	<i>Kurtosis</i>	<i>N</i>
EFI-30	101,29	35,00	100,00	1,07	0,09	-0,73	1069
HFS	27,25	6,84	27,00	0,21	-0,32	0,34	1100
ACE-IQ binárne	4,60	2,27	4,00	0,08	0,29	-0,46	827
ACE-IQ frekvenčné	2,10	2,16	1,00	0,07	1,15	0,94	818
Well-being	21,39	7,28	22,00	0,22	-0,38	-0,51	1100
Fyzické zdravie	3,46	0,89	4,00	0,03	-0,78	0,44	1100
Spánok – kvalita	2,72	0,73	3,00	0,02	-0,30	-0,06	1100
Spánok – kvantita	6,76	2,03	2,03	0,06	4,01	32,06	1100
Spánok – problémy	3,21	0,82	3,00	0,02	-0,40	-1,41	1100

Pozn. EFI-30 – situačné odpustenie, HFS – tendencia odpustiť druhým, ACE-IQ binárne – traumatizácia v detstve vyhodnotená binárnym hodnotením, ACE-IQ frekvenčné – traumatizácia v detstve vyhodnotená frekvenčným hodnotením. Priemer (M), štandardná odchýlka (SD), medián (Mdn), štandardná chyba priemeru (SEM), šikmosť (Skew) a špicatosť (Kurtosis).

Prvým exploračným výskumným cieľom bolo preskúmanie druhov traumatizácie v detstve u osôb v Slovenskej republike, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života. Kládli sme výskumnú otázku *VO-1: Aké druhy traumatizácie v detstve sú rozšírené u osôb v Slovenskej republike, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života?*

Na zodpovedanie výskumnej otázky VO-1 sme analyzovali výskyt jednotlivých druhov traumatizácie v našom výskumnom súbore (Tabuľka 8). Uvedené percentá uvádzajú počet

participantov, ktorí zažili aspoň raz jednu z týchto kategórií traumatických zážitkov do 18. roku života (teda na základe binárneho hodnotenia ACE-IQ). Výsledky sú usporiadané od najfrekvencovanejších druhov traumatizácie po najmenej frekvencované.

Tabuľka 8: Výskyt jednotlivých druhov traumatizácie vo výskumnom súbore

Druh traumatizácie	áno (aspoň raz)	nie	odmietol/odmietla odpovedať
Emocionálne zanedbávanie	94,5 % (1040)	4,8 % (53)	0,6 % (7)
Svedectvo domáceho násillia	72,2 % (794)	26,2 % (288)	1,6 % (18)
Emocionálne násillie	69,5 % (764)	28,2 % (310)	2,4 % (26)
Šikana	50,5 % (555)	47,6 % (524)	1,9 % (21)
Odlúčenie/rozvod/smrt'	41,1 % (452)	56,4 % (620)	0,1 % (11)
Vyrastanie so závislým členom domácnosti	30,3 % (333)	61,9 % (681)	7,8 % (86)
Fyzické zanedbávanie	27,5 % (303)	68,7 % (756)	3,7 % (41)
Vyrastanie s osobou s duševným ochorením	11 % (121)	79,3 % (872)	9,7 % (107)
Fyzické násillie	10,9 % (120)	86,8 % (955)	2,3 % (25)
Sexuálne násillie	10,9 % (120)	86,8 % (955)	2,3 % (25)
Vyrastanie s osobou policajne zadržanou alebo poslanou do väzby	7,8 % (86)	89,2 % (981)	3 % (33)

Z výsledkov uvedených v Tabuľke 8 môžeme vidieť, že najfrekvencovanejším druhom ranej traumatizácie v našom výskumnom súbore bolo emocionálne zanedbávanie, ktoré zažilo 94,5 % participantov. Ďalšími vysoko frekvencovanými typmi traumatizácie boli svedectvo domáceho násillia (72,2 %) a emocionálne násillie (69,5 %). Polovica participantov zažila aspoň raz do 18. rokov života šikanu zo strany rovesníka. Početná bola aj skupina participantov, ktorí zažili buď odlúčenie, rozvod, alebo smrť jedného z rodičov. Približne tretina participantov vyrastala so závislým členom domácnosti. O niečo menej participantov zažilo fyzické zanedbávanie. Približne rovnaký počet participantov (11 %) vyrastalo s osobou s duševným ochorením, zažili fyzické alebo sexuálne násillie. Najmenej zastúpeným druhom traumatizácie vo výskumnom súbore bolo vyrastanie s osobou policajne zadržanou alebo poslanou do väzby.

5.2 Korelačná analýza

V rámci druhého výskumného cieľa sme sa zamerali na vzťah medzi ranou traumatizáciou a odpustením v dospelosti. Kládli sme nasledovné výskumné otázky: VO-2: Aký je vzťah medzi

traumatizáciou v detstve a situačným odpustením v dospelosti (VO-2a), odpustením rodičovi v dospelosti (VO-2b) a tendenciou odpustiť druhým v dospelosti (VO-2c)?

Pomocou Pearsonovej korelačnej analýzy sme sa zamerali na vzťahy medzi traumatizáciou v detstve, situačným odpustením a tendenciou odpúšťať (Tabuľka 9). Vzhľadom na to, že pri hodnotení situačného odpustenia meraného pomocou EFI-30 sa jednotlivci vyjadrovali k rôznym osobám, ktoré ich do 18. života zranili a najfrekvencovanejšou osobou, ktorá ich zranila, bol rodič (30,2 %), sme sa samostatne zamerali aj na vzťahy traumatizácie v detstve s odpustením rodičovi.

Tabuľka 9: Korelačné koeficienty (Pearson) – situačné odpustenie, odpustenie rodičovi, tendencia odpustiť druhým a traumatizácia v detstve

	ACE-IQ binárne	ACE-IQ frekvenčné
EFI-30	-0,06 N = 802	-0,10** N = 794
EFI-30 – rodič	-0,40** N = 332	-0,43** N = 332
HFS	-0,04 N = 827	-0,08* N = 818

Pozn. * < 0,05, ** < 0,01, dvojsmerný test signifikancie; EFI-30 – situačné odpustenie, EFI-30 – rodič – odpustenie rodičovi, HFS – tendencia odpustiť druhým, ACE-IQ binárne – traumatizácia v detstve vyhodnotená binárnym hodnotením, ACE-IQ frekvenčné – traumatizácia v detstve vyhodnotená frekvenčným hodnotením

Ako ukazujú výsledky uvedené v Tabuľke 9, medzi traumatizáciou v detstve a situačným odpustením druhému, ktorý jednotlivca zranil do 18. roku života, sa ukázal signifikantný slabý negatívny vzťah, pokiaľ bola traumatizácia hodnotená pomocou frekvenčného hodnotenia. Pokiaľ bola traumatizácia hodnotená binárne, vzťah nebol signifikantný. Podobne to bolo pri tendencii odpúšťať druhým – bol preukázaný signifikantný slabý negatívny vzťah pri hodnotení traumatizácie pomocou frekvenčného hodnotenia, avšak nesignifikantný vzťah pri binárnom hodnotení traumatizácie. Keď sme sa zamerali na ľudí, ktorí boli zranení rodičom, ukázalo sa, že medzi odpustením rodičovi a traumatizáciou v detstve bol preukázaný stredne silný negatívny vzťah, a to pri oboch typoch hodnotenia traumatizácie.

V ďalšej výskumnej otázke VO-3 sme sa zamerali na preskúmanie: *Ako jednotlivé druhy traumatizácie v detstve predikujú situačné odpustenie, odpustenie rodičovi a tendenciu odpustiť druhým v dospelosti?*

Viacnásobná lineárna regresia bola použitá na preskúmanie toho, ako jednotlivé druhy traumatizácie v detstve predikujú situačné odpustenie. Výsledný model bol štatisticky významný, $R^2 = 0,03$, $F(11,782) = 2,347$, $p = 0,008$; čo naznačuje, že uvedené prediktory vysvetľujú iba 3 % variability v situačnom odpustení. Z jednotlivých druhov traumatických zážitkov sa ukázala šikana ako štatisticky významný negatívny prediktor, $\beta = -0,13$, $t(781) = -3,41$, $p < 0,001$. Ostatné prediktory neboli štatisticky významné.

Ďalej sme skúmali, ako jednotlivé druhy traumatizácie v detstve predikujú odpustenie rodičovi, opäť pomocou viacnásobnej lineárnej regresie. Výsledný model bol štatisticky významný, $R^2 = 0,24$, $F(11,208) = 5,959$, $p < 0,001$; čo naznačuje, že uvedené prediktory vysvetľujú 24 % variability v odpustení rodičovi. Z jednotlivých druhov traumatických zážitkov sa ukázala separácia alebo rozvod rodičov ako štatisticky významný stredne silný prediktor, $\beta = -0,28$, $t(207) = -4,450$, $p < 0,001$. Ostatné prediktory neboli štatisticky významné.

Viacnásobná lineárna regresia bola použitá aj na preskúmanie toho, ako jednotlivé druhy traumatizácie v detstve predikujú tendenciu odpúšťať. Výsledný model bol štatisticky významný, $R^2 = 0,02$, $F(11,806) = 1,755$, $p = 0,050$; čo naznačuje, že uvedené prediktory vysvetľujú 2 % variability v tendencii odpustiť. Z jednotlivých druhov traumatických skúseností sa ukázalo, že šikana signifikantne slabo negatívne predikuje tendenciu odpustiť v dospelosti, $\beta = -0,12$, $t(805) = -3,363$, $p < 0,001$.

V treťom výskumnom ciele sme sa zamerali na vzťah traumatizácie v detstve a odpustenia s well-beingom v dospelosti. Formulovali sme tieto hypotézy:

H1: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí s well-beingom v dospelosti.

H2: Odpustenie pozitívne súvisí s well-beingom v dospelosti (H2a: situačné odpustenie druhému; H2b: odpustenie rodičovi, ktorý jednotlivca zranil; H2c: tendencia odpustiť druhým).

Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v Tabuľke 10.

Tabuľka 10: Korelačné koeficienty (Pearson) – well-being a traumatizácia v detstve, situačné odpustenie, odpustenie rodičovi a tendencia odpustiť druhým

	ACE-IQ binárne	ACE-IQ frekvenčné	EFI-30	EFI-30 – rodič	HFS
Well-being	-0,27**	-0,24**	0,11**	0,16**	0,23**
	827	818	1069	332	1100

Pozn. ** < 0,01, jednosmerný test signifikancie; EFI-30 – situačné odpustenie, EFI-30 – rodič – odpustenie rodičovi, HFS – tendencia odpustiť druhým, ACE-IQ binárne – traumatizácia v detstve vyhodnotená binárnym hodnotením, ACE-IQ frekvenčné – traumatizácia v detstve vyhodnotená frekvenčným hodnotením

Na základe výsledkov uvedených v Tabuľke 10 môžeme vidieť, že medzi well-beingom a traumatizáciou v detstve meranou ako frekvenčným, tak binárnym hodnotením je signifikantný negatívny slabý až stredne silný vzťah. Hypotéza H1 bola potvrdená.

Medzi tendenciou odpustiť druhým, situačným odpustením druhým a konkrétne tiež odpustením rodičovi, ktorý participanta zranil, je slabý pozitívny vzťah s well-beingom v dospelosti. Hypotézy H2a, H2b a H2c boli potvrdené.

Vo štvrtom výskumnom celi sme sa zamerali na vzťah traumatizácie v detstve, odpustenia v dospelosti so spánkom a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti. Formulovali sme nasledovné hypotézy:

H3: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí s kvalitou spánku (H3a), kvantitou spánku (H3b), problémami so spánkom (H3c) v dospelosti.

H4: Situačné odpustenie druhému pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H4a), kvantitou spánku (H4b) a problémami so spánkom (H4c) v dospelosti.

H5: Odpustenie rodičovi pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H5a), kvantitou spánku (H5b) a problémami so spánkom (H5c) v dospelosti.

H6: Tendencia odpustiť druhým pozitívne súvisí s kvalitou spánku (H6a), kvantitou spánku (H6b) a problémami so spánkom (H6c) v dospelosti.

H7: Traumatizácia v detstve negatívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H8: Situačné odpustenie druhému pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H9: Odpustenie rodičovi pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

H10: Tendencia odpustiť druhým pozitívne súvisí so subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

Výsledky korelačnej analýzy uvádzame v Tabuľke 11.

Tabuľka 11: Korelačné koeficienty (Pearson) – odpustenie a traumatizácia v detstve vo vzťahu so spánkom a vnímaným fyzickým zdravím

	Spánok – kvalita	Spánok – kvantita	Spánok – problémy	Fyzické zdravie
ACE-IQ binárne	-0,10**	-0,05	0,08**	-0,00
	818	818	818	818
ACE-IQ frekvenčné	-0,19**	-0,05	0,17**	-0,15**
	818	818	818	818
EFI-30	0,06	0,00	0,02	0,14**
	1069	1069	1069	1069
EFI-30 – rodič	0,06	0,06	-0,02	0,18**
	332	332	332	332
HFS	0,09**	0,00	-0,04	0,15**
	1100	1100	1100	1100

*Pozn. ** < 0,01, jednosmerný test signifikancie; EFI-30 – situačné odpustenie, EFI-30 – rodič – odpustenie rodičovi, HFS – tendencia odpustiť druhým, ACE-IQ binárne – traumatizácia v detstve vyhodnotená binárnym hodnotením, ACE-IQ frekvenčné – traumatizácia v detstve vyhodnotená frekvenčným hodnotením*

Z výsledkov uvedených v Tabuľke 11 je možné vidieť, že traumatizácia v detstve negatívne súvisela s kvalitou spánku, pričom sa preukázal signifikantný slabý negatívny vzťah. Hypotéza

H3a bola potvrdená. Medzi traumatizáciou v detstve a kvantitou spánku nebol potvrdený signifikantný vzťah, a teda hypotézu H3b zamietame. Traumatizácia v detstve slabo pozitívne súvisela s problémami so spánkom, H3c bola potvrdená. Situačné odpustenie, ani odpustenie rodičovi signifikantne nesúviselo ani s kvalitou spánku, kvantitou spánku, ani s problémami so spánkom, a teda hypotézy H4 a H5 zamietame. Preukázal sa iba slabý pozitívny vzťah medzi tendenciou odpustiť druhým a kvalitou spánku, a teda hypotézu H6a potvrdzujeme, kým hypotézy H6b a H6c o vzťahu tendencie odpustiť s kvantitou spánku a problémami so spánkom zamietame.

Čo sa týka vzťahu traumatizácie v detstve a vnímaného hodnotenia fyzického zdravia, preukázal sa slabý negatívny vzťah medzi traumatizáciou hodnotenou frekvenčným hodnotením (ktoré je o niečo presnejšie), a tak bola hypotéza H7 potvrdená. Taktiež bol preukázaný signifikantný slabý pozitívny vzťah medzi situačným odpustením, odpustením rodičovi a tendenciou odpustiť s vnímaným hodnotením fyzického zdravia – hypotézy H8, H9 a H10 potvrdzujeme.

5.3 Mediačná analýza

V piatom výskumnom celi sme sa zamerali na preskúmanie potenciálnych mediačných mechanizmov v kontexte ranej traumatizácie a odpustenia v dospelosti. Kládli sme tieto výskumné otázky:

VO-4: Pôsobí odpustenie druhému (VO-4a: situačné odpustenie, VO-4b: odpustenie rodičovi, VO-4c: tendencia odpustiť druhým) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom v dospelosti?

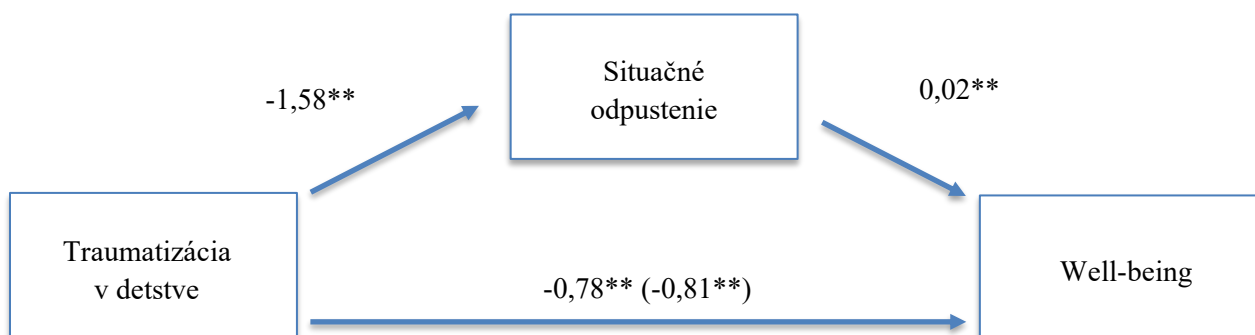
VO-5: Pôsobí odpustenie druhému (VO-5a: situačné odpustenie, VO-5b: odpustenie rodičovi, VO-5c: tendencia odpustiť druhým) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a spánkom v dospelosti (s kvalitou spánku, kvantitou spánku, problémami so spánkom)?

VO-6: Pôsobí odpustenie druhému (VO-6a: situačné odpustenie, VO-6b: odpustenie rodičovi, VO-6c: tendencia odpustiť druhým) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti?

Na testovanie mediačných vzťahov sme pracovali s frekvenčným hodnotením ACEs, vzhľadom na jeho presnejšie hodnotenie traumatizácie v detstve. V mediačnej analýze sme najskôr testovali, či je vzťah medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom v dospelosti

mediovany odpustením. Najskôr sme sa zamerali na mediačnú úlohu situačného odpustenia (Obrázok 1).

Obrázok 1: Hypotetický mediačný model. Situačné odpustenie druhému mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom.



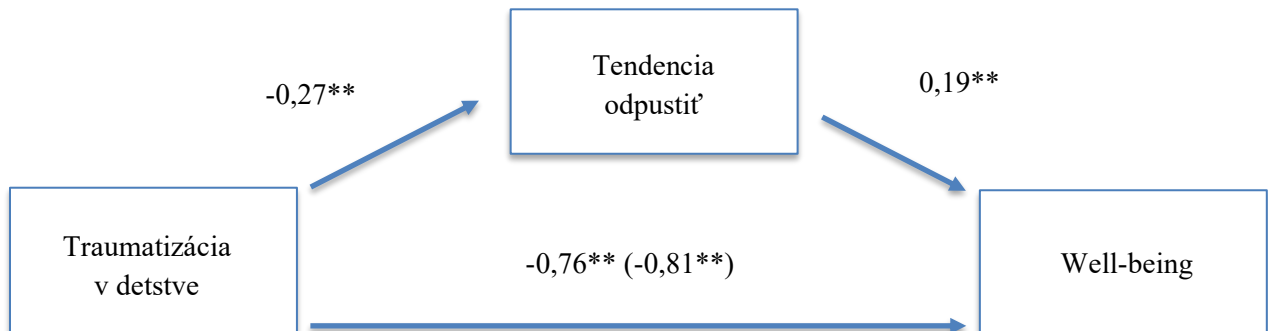
Pozn. $n = 794$; Prezentovaný model zobrazuje priamy efekt medzi premennými traumatizácia v detstve a situačné odpustenie ($a = -1,58^{**}$), situačné odpustenie a well-being ($b = 0,02^{**}$), totálny efekt medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom ($c = -0,81^{**}$) a priamy efekt traumatizácie v detstve na well-being prostredníctvom mediačnej premennej situačné odpustenie ($c' = -0,78^{**}$).

Pri testovaní potenciálneho mediátora situačného odpustenia (VO-4a) sme zistili signifikantný nepriamy efekt traumatizácie v detstve na well-being v dospelosti prostredníctvom mediácie situačného odpustenia, $ab = 0,03$, pričom 95 % konfidenčný interval nezahŕňal nulu [95 % $CI = -0,07; -0,00$]. Bola zistená malá miera efektu, $Pm = -0,04$.

Pri odpovedaní na výskumnú otázku VO-4b sa nepreukázal mediačný efekt odpustenia rodičovi vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom ($n = 220$), pretože efekt odpustenia rodičovi na well-being nebol signifikantný ($p = 0,319$).

Ďalej sme sa zamerali na testovanie potenciálnej mediačnej úlohy tendencie odpustiť vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom (Obrázok 2).

Obrázok 2: Hypotetický mediačný model. Tendencia odpustiť mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom.



*Pozn. $n = 818$, Prezentovaný model zobrazuje priamy efekt medzi premennými traumatizácia v detstve a tendencia odpustiť ($a = -0,27^{**}$), tendencia odpustiť a well-being ($b = 0,19^{**}$), totálny efekt medzi traumatizáciou v detstve a well-beingom ($c = -0,81^{**}$) a priamy efekt traumatizácie v detstve na well-being prostredníctvom mediačnej premennej tendencia odpustiť ($c' = -0,76^{**}$).*

Na základe výsledkov mediačnej analýzy (VO-4c) sme zistili signifikantný nepriamy efekt traumatizácie v detstve na well-being v dospelosti prostredníctvom mediácie tendencie odpustiť, $ab = 0,05$, pričom 95 % konfidenčný interval nezahŕňal nulu [95 % CI = -0,11; -0,01]. Bola zistená malá miera efektu, $Pm = -0,15$.

V ďalšej výskumnej otázke VO-5 sme sa zamerali na to, či pôsobí odpustenie ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a spánkom v dospelosti (s kvalitou spánku, kvantitou spánku, problémami so spánkom).

VO-5: Pôsobí odpustenie druhému (VO-5a: situačné odpustenie, VO-5b: odpustenie rodičovi, VO-5c: tendencia odpustiť druhým) ako mediátor vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a spánkom v dospelosti (s kvalitou spánku, kvantitou spánku, problémami so spánkom)?

Výsledky ukázali, že sa nepreukázal mediačný efekt situačného odpustenia vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a kvalitou spánku, pretože efekt situačného odpustenia na kvalitu spánku nebol signifikantný ($p = 0,576$). Podobne sa nepreukázal mediačný efekt situačného odpustenia vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a kvantitou spánku, pretože efekt situačného odpustenia na kvantitu spánku nebol signifikantný ($p = 0,603$), rovnako ako efekt traumatizácie na kvantitu spánku ($p = 0,170$). Nepreukázal sa ani mediačný efekt situačného

odpustenia medzi traumatizáciou v detstve a problémami so spánkom, pretože efekt situačného odpustenia na problémy so spánkom nebol signifikantný ($p = 0,178$).

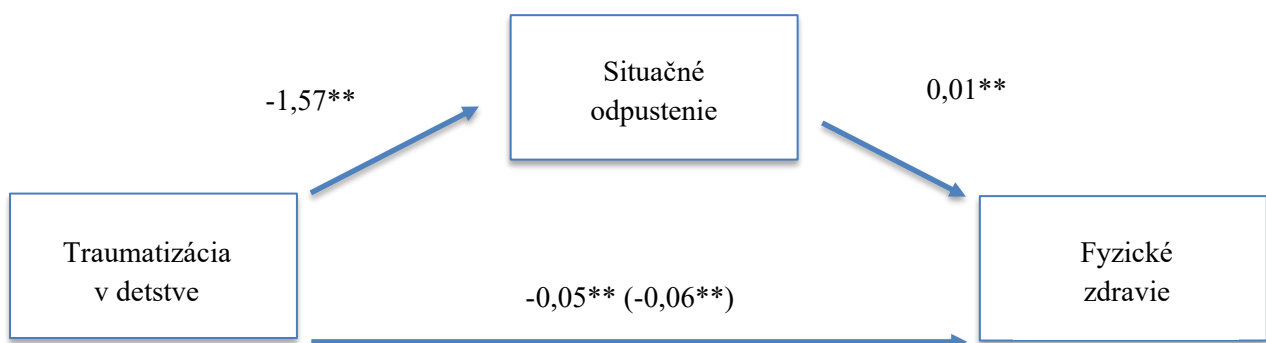
Podobné výsledky sa ukázali aj pri odpustení rodičovi, ktoré nemediovalo vzťah medzi traumatizáciou v detstve a kvalitou spánku (efekt odpustenia rodičovi na kvalitu spánku $p = 0,869$), traumatizáciou v detstve a kvantitou spánku (efekt odpustenia rodičovi na kvantitu spánku $p = 0,228$, efekt traumatizácie na kvantitu spánku $p = 0,670$), ani traumatizáciou v detstve a problémami so spánkom (efekt odpustenia rodičovi na problémy so spánkom $p = 0,379$).

Rovnako tak sa nepreukázal ani efekt tendencie odpustiť na kvalitu spánku (efekt tendencie odpustiť na kvalitu spánku $p = 0,522$), kvantitu spánku (efekt tendencie odpustiť na kvantitu spánku $p = 0,860$, efekt traumatizácie na kvantitu spánku $p = 0,159$) či problémy so spánkom (efekt tendencie odpustiť na problémy so spánkom $p = 0,661$).

Vo výskumnej otázke VO-6 sme sa zamerali na testovanie mediačného mechanizmu odpustenia vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti.

Výsledky mediačnej analýzy sú zobrazené na Obrázku 3.

Obrázok 3: Hypotetický mediačný model. Situačné odpustenie mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia.



Pozn. $n = 794$; Prezentovaný model zobrazuje priamy efekt medzi premennými traumatizácia v detstve a situačné odpustenie ($a = -1,57^{**}$), situačné odpustenie a fyzické zdravie ($b = 0,01^{**}$), totálny efekt medzi traumatizáciou v detstve a fyzickým zdravím ($c = -0,06^{**}$) a priamy efekt traumatizácie v detstve na fyzické zdravie prostredníctvom mediačnej premennej situačné odpustenie ($c' = -0,05^{**}$).

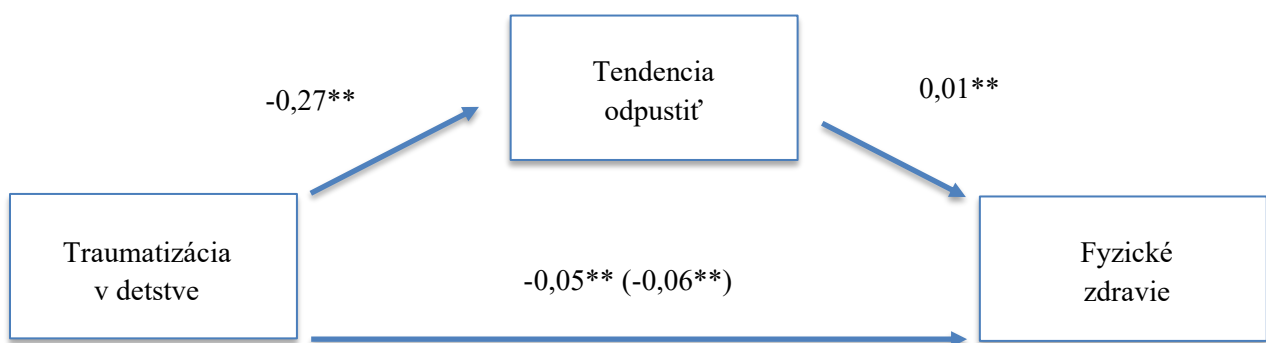
Zistili sme signifikantný nepriamy efekt traumatizácie v detstve na subjektívne hodnotenie fyzického zdravia v dospelosti prostredníctvom mediácie situačného odpustenia, $ab = 0,02$,

pričom 95 % konfidenčný interval nezahŕňal nulu [95 % $CI = -0,01; -0,00$]. Bol zistený stredne veľký efekt $Pm = -0,26$.

Pri odpovedaní VO-6b sa nepreukázal mediačný efekt odpustenia rodičovi vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a fyzickým zdravím, pretože efekt odpustenia rodičovi na fyzické zdravie nebol signifikantný ($p = 0,648$).

V poslednej výskumnej otázke VO-6c sme sa zamerali na testovanie mediačného mechanizmu tendencie odpustiť vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia v dospelosti. Výsledky mediačnej analýzy sú zobrazené na Obrázku 4.

Obrázok 4: Hypotetický mediačný model. Tendencia odpustiť mediuje vzťah medzi traumatizáciou v detstve a subjektívnym hodnotením fyzického zdravia.



Pozn. $n = 818$; Prezentovaný model zobrazuje priamy efekt medzi premennými traumatizácia v detstve a tendencia odpustiť ($a = -0,27^{**}$), tendencia odpustiť a fyzické zdravie ($b = 0,01^{**}$), totálny efekt medzi traumatizáciou v detstve a fyzickým zdravím ($c = -0,06^{**}$) a priamy efekt traumatizácie v detstve na fyzické zdravie prostredníctvom mediačnej premennej tendencia odpustiť ($c' = -0,05^{**}$).

Pri odpovedaní na VO-6c sme zistili signifikantný nepriamy efekt traumatizácie v detstve na subjektívne hodnotenie fyzického zdravia v dospelosti prostredníctvom mediácie tendencie odpustiť, $ab = 0,00$, pričom 95 % konfidenčný interval nezahŕňal nulu [95 % $CI = -0,01; -0,00$]. Bol však preukázaný iba veľmi malý efekt, $Pm = -0,04$. Výsledky sú zobrazené na Obrázku 4.

6 Diskusia

Hoci je problematika nepriaznivých skúseností z detstva (Adverse Childhood Experiences – ACEs) už dlhodobo predmetom intenzívneho výskumného záujmu, oblasť, ktorá skúma ich súvislosť so schopnosťou odpustiť osobe, ktorá jednotlivca v detstve zranila, či so všeobecnou tendenciou odpúšťať, zostáva pomerne málo rozpracovaná, najmä v európskom priestore. Zatiaľ čo mnohé štúdie mapujú súvislosti ACEs s výskytom psychických (Kascakova et al., 2025; Templeton et al., 2025; Zagaria et al., 2024) a fyzických ťažkostí (Bertele et al., 2022; Kascakova, Furstova, Hasto, Madarasova-Geckova, et al., 2020; Yin et al., 2023), len zriedkavo sa výskumné záujmy obracajú k psychologickým procesom, ktoré by mohli sprostredkovať alebo zmierniť tieto negatívne dôsledky. Jedným z takýchto procesov je odpustenie – vnútorný mechanizmus, ktorým človek spracováva prežité zranenie a mení svoj postoj voči tomu, kto mu ublížil. Táto štúdia sa preto pokúsila o bližšie porozumenie dlhodobých dôsledkov ranej traumatizácie a skúmala, aké sú súvislosti medzi jednotlivými typmi ACEs a schopnosťou odpúšťať, a to nielen všeobecne, ale aj voči konkrétnej osobe, ktorá jednotlivca v detstve najviac zranila. Často ide o jedného z rodičov.

Z teoretického hľadiska odpustenie predstavuje komplexný proces, ktorý prebieha na viacerých úrovniach – afektívnej (transformácia negatívnych emócií), kognitívnej (zmena pohľadu na druhého) a behaviorálnej (zmena správania voči tomu, kto jednotlivca zranil) (Enright, 2012). Tento proces si vyžaduje určité psychologické predpoklady, medzi ktoré patrí najmä schopnosť regulovať emócie, spracovať hnev a rozvíjať sebareflexiu (E. L. Worthington et al., 2007). Mnohé výskumy však ukazujú, že ľudia s históriou traumatizácie v detstve často zápasia s oslabenou schopnosťou emočnej regulácie (Cloitre et al., 2019), majú zvýšenú tendenciu k ruminačnému mysleniu (Gunduz et al., 2019), ťažkosti s dôverou v medziľudských vzťahoch (Kascakova et al., 2025) a pretrvávajúce pocity hnevu alebo zatrpknutosti (Win et al., 2021). Tieto faktory môžu predstavovať významnú prekážku v procese odpustenia, najmä ak išlo o hlboké a opakované zranenia spôsobené blízkou osobou.

Neurobiologické výskumy zároveň ukazujú, že traumatizácia v ranom vývinovom období môže viesť k štrukturálnym a funkčným zmenám v oblastiach mozgu, ktoré sú zodpovedné za emočnú reguláciu, empatiu, súcit a rozhodovanie, teda schopnosti kľúčové pre proces odpúšťania. Chronický stres v detstve narúša fungovanie osi hypotalamus – hypofýza – nadobličky (HPA), čo vedie k zvýšenej sekrécii kortizolu a dlhodobej aktivácii stresovej reakcie (Jurueña et al., 2020). Táto nerovnováha má negatívny vplyv najmä na vývin limbického systému, predovšetkým amygdaly a hipokampu, ale aj na prefrontálnu kôru, ktorá

je zodpovedná za inhibíciu impulzov a sociálne rozhodovanie (Danese & McEwen, 2012). U traumatizovaných jednotlivcov bola opakovane preukázaná zvýšená reaktivita amygdaly (Yan et al., 2013), ktorá súvisí s prehnaným spracovaním hrozby, a zároveň oslabená aktivita dorzolaterálneho prefrontálneho kortexu (Aupperle et al., 2012; Lu et al., 2019) či oblasti precuneus (Geuze et al., 2007; Yan et al., 2013), čo súvisí so zníženou schopnosťou regulovať hnev a iné negatívne emócie, uvažovať nad zranením z perspektívy druhého či generovať prosociálne odpovede, ako je súcít či odpustenie (H. Li & Lu, 2017; Ricciardi et al., 2013). Tento neurobiologický profil môže viesť k chronickému prežívaniu ohrozenia, rigidnému vnímaniu sociálnych situácií a pretrvávaniu negatívnych postojov voči tým, ktorí jednotlivcovi ublížili, aj keď objektívne nebezpečenstvo už pominulo. Z pohľadu psychologického spracovania traumy to znamená, že odpustenie nie je len vedomé rozhodnutie, ale komplexný proces, ktorému musí neraz predchádzať integrácia traumatickej skúsenosti a regulácia fyziologickej hyperaktívacie. Zároveň na základe neurobiologických výskumov môžeme uvažovať o tom, že pri nespracovanej traumatickej skúsenosti môže byť odpúšťanie náročné až nemožné.

Z pohľadu vývinovej psychológie je raná traumatizácia spojená s narušením základnej dôvery voči svetu a druhým ľuďom (Janoff-Bulman, 1992), čo sa môže v neskorších obdobiach života prejavíť ako zvýšená nedôvera, vyhýbanie sa intímite či narušená schopnosť regulovať vzťahovú blízkosť (Mikulincer & Shaver, 2019; Riggs, 2010; K. S. Snyder et al., 2024). Vzťah medzi traumou a odpustením je teda komplexný a nejednoznačný. Zatiaľ čo niektoré štúdie naznačujú, že odpustenie môže byť cestou k uzdraveniu a zmierneniu psychickej bolesti (Wade et al., 2005), iné upozorňujú na to, že niektorí jednotlivci potrebujú na odpustenie dlhší čas, alebo ho vôbec nevnímajú ako súčasť svojho liečebného procesu, najmä v prípade vážnych zranení, ako je sexuálne či fyzické násilie, a najmä vtedy, ak ho stotožňujú so zmierením s druhým, ospravedlňovaním alebo schvaľovaním toho, čo sa stalo (S. Freedman & Chang, 2010).

V predkladanom výskume sme preto stáli pred viacerými otázkami – do akej miery traumatizácia v detstve súvisí so schopnosťou odpustiť v dospelosti? Líši sa tento vzťah, pokiaľ človek uvažuje nad rôznymi osobami, ktoré ho mohli zraniť do 18. roku života, ako je kamarát/ka či spolužiak/čka, vtedy, keď hodnotí svoju celkovú hodnotu odpúšťať a vtedy, keď uvažuje nad odpustením rodičovi, ktorý ho zranil? A akú úlohu hrá odpustenie a traumatizácia v detstve vo vzťahu k celkovej životnej pohode, spánku (jeho kvalite, kvantite a potenciálnym problémom) a subjektívnemu hodnoteniu fyzického zdravia? Zároveň, odpustenie nie je len cieľovým javom, ale aj potenciálnym mediátorom. Ak človek dokáže odpustiť osobe, ktorá mu

v minulosti ublížila, môže to priaznivo ovplyvniť jeho subjektívnu pohodu, spánok a fyzické zdravie. Tento predpoklad vychádza z teórie emocionálnej regulácie, ktorá zdôrazňuje, že schopnosť preformulovať význam negatívnych zážitkov a transformovať hnev na neutrálne alebo pozitívne prežívanie prispieva k zníženiu stresu a zlepšeniu fyzického aj duševného zdravia (Gross, 2002). Vo výskume sme sa preto zamerali aj na testovanie odpustenia ako potenciálneho mediátora vo vzťahu medzi traumatizáciou v detstve a psychickou pohodou, spánkom a subjektívnym hodnotením zdravia.

Diskusia sa bude ďalej venovať jednotlivým výskumným otázkam a hypotézam. Výsledky budú interpretované v kontexte existujúcej teoretickej a empirickej literatúry, pričom zohľadnia špecifiká slovenskej populácie, ako aj metodologické rámce použité vo výskume. Zároveň bude venovaná pozornosť potenciálnym limitáciám, implikáciám pre psychoterapeutickú prax a návrhom na ďalší výskum v tejto oblasti.

Druhy traumatizácie v detstve u osôb, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života.

V rámci prvého výskumného cieľa sme sa zamerali na preskúmanie druhov traumatizácie v detstve u osôb v Slovenskej republike, ktoré zažili zranenie od inej osoby do 18. roku života. Výsledky vzťahujúce sa na výskumnú otázku VO-1 poukázali na to, že medzi participantmi, ktorí uviedli skúsenosť so zranením v detstve, dominovali emocionálne zanedbávanie (94,5 %), svedectvo domáceho násillia (72,2 %) a emocionálne násillie (69,5 %). Tieto formy ACEs sa vyskytovali vo vysokých hodnotách, čo možno vysvetliť tým, že sme v štúdií cielene oslovili osoby so subjektívne závažnou skúsenosťou zranenia pred 18. rokom života.

Tieto výsledky môžeme porovnať s reprezentatívnym výskumom Kaščákovej et al. (2025), ktorý mapoval výskyt ACEs na vzorke dospelých na Slovensku ($N=1018$). V ich štúdií boli najčastejšie ACEs: komunitné násillie (43,6 %), svedectvo domáceho násillia (38,1 %), emocionálne násillie (34,4 %) a emocionálne zanedbávanie (30,9 %). Keďže náš výskum komunitné násillie nezahrňal, priamo porovnateľné zostávajú tri typy ACEs, ktoré sa zároveň ukázali ako najčastejšie v oboch štúdiách. Rozdiely v prevalencii sú však výrazné. V našej štúdií boli tieto ACEs prítomné viac ako dvojnásobne až trojnásobne častejšie. Tento rozdiel je z metodologického hľadiska očakávaný, keďže náš výskum bol zameraný na osoby so subjektívne závažným zranením od inej osoby do 18. roku života.

Výsledok tiež ukazuje, že náš výskum zameraný na osoby so subjektívne vnímanou závažnou ujmu prirodzene zachytáva intenzívnejšie a častejšie formy psychickej traumy, najmä tie, ktoré sú emocionálne a vzťahovo viazané. Emocionálne zanedbávanie a násillie patria

medzi „tiché“ formy traumy – sú menej viditeľné, no podľa výskumov (Teicher et al., 2016) môžu mať rovnako závažné dôsledky ako fyzické alebo sexuálne násilie. Záverom možno povedať, že VO-1 identifikovala rovnaké dominantné typy ACEs ako reprezentatívna štúdia Kaščákovéj et al. (2025), avšak s výrazne vyššou prevalenciou, čo potvrdzuje závažnosť výberovej skupiny a podčiarkuje dôležitosť venovania vyššej klinickej a výskumnej pozornosti práve týmto typom detského zranenia.

Vzťah medzi traumatizáciou v detstve a situačným odpustením v dospelosti.

V rámci výskumnej otázky VO-2 sme sa zamerali na vzťah medzi traumatizáciou v detstve a odpustením v dospelosti. V štúdií boli analyzované dve formy odpustenia: situačné odpustenie osobe, ktorá spôsobila najväčšie zranenie, a dispozičné odpustenie druhým, teda všeobecná tendencia odpúšťať naprieč medziľudskými situáciami.

Výsledky nášho výskumu naznačujú, že miera prežitých traumatických skúseností v detstve (ACEs) súvisí s mierou odpustenia v dospelosti len v slabej miere. Konkrétne sme zistili, že celkové skóre traumatizácie (ACEs) slabo negatívne koreluje so situačným odpustením osobe, ktorá participantovi najviac ublížila do 18. roku života, a to iba v prípade, ak bola traumatizácia hodnotená frekvenčne (intenzita/závažnosť skúseností). Pri jednoduchom binárnom hodnotení (zažil vs. nezažil traumy) sa vzťah neprejavil ako štatisticky významný. Inými slovami, vyšší počet a frekvencia prežitých nepriaznivých raných skúseností mierne súvisela s nižšou mierou odpustenia konkrétnej osobe, hoci táto súvislosť bola relatívne slabá.

Zaujímavým zistením je, že charakter vzťahu medzi ranou traumou a odpustením závisí od totožnosti osoby, ktorá jednotlivca zranila. V podskupine participantov, ktorých najviac v detstve zranil vlastný rodič, sa ukázal stredne silný negatívny vzťah medzi mierou traumatizácie a odpustením tomuto rodičovi. Toto naznačuje, že čím viac nepriaznivých skúseností jednotlivec zažil, tým menej dokázal odpustiť rodičovi, ktorý mu ublížil. Tento výsledok je v súlade s koncepciou tzv. *traumy zrady* (betrayal trauma), ktorá poukazuje na to, že trauma spôsobená primárnym opatrovateľom (rodičom) má obzvlášť hlboký dosah na dôveru dieťaťa a jeho schopnosť odpustiť páchatelovi (Freyd, 1996). Zradu zo strany rodiča je často obzvlášť náročné odpustiť, pretože predstavuje zásadné narušenie pocitu bezpečia a vzťahovej väzby (attachmentu) v ranom veku. Tento výsledok korešponduje s konceptom narušenej väzby a vývinového zranenia v primárnych vzťahoch (Mikulincer & Shaver, 2019). Výskumy ukazujú, že v prípadoch, keď je narušená raná vzťahová väzba, dochádza

k pretrvávajúcim ťažkostiam v oblasti dôvery, spracovania hnevu a emocionálnej regulácie, ktoré komplikujú schopnosť odpustiť tomu, kto jednotlivca zranil (K. S. Snyder et al., 2024; L. Toussaint et al., 2016; Win et al., 2021). Výskumy v oblasti odpúšťania okrem toho ukazujú, že môže byť náročnejšie odpustiť blízkemu človeku ako človeku emocionálne vzdialenejšiemu (Záhorcová & Zelenáková, 2021), lebo práve do blízkeho vzťahu človek vkladal svoju dôveru, že ho druhý nezraní. O vzťahu s vlastným rodičom to platí o to viac, pretože dieťa má prirodzené očakávania, že ho bude rodič milovať a chrániť.

Okrem toho, pre mnohých zranených jednotlivcov je dôležitým faktorom podporujúcim ich schopnosť odpustiť úprimné ospravedlnenie od človeka, ktorý ich zranil (Kaleta & Mróz, 2021; Záhorcová & Zelenáková, 2021). Hoci ospravedlnenie nie je nevyhnutné k tomu, aby sme odpustili, pre mnohých jednotlivcov je v procese odpúšťania nápomocné. Uznanie poškodenia, priznanie viny a ospravedlnenie však nemusí vždy od rodiča nastať (Cmurová & Záhorcová, 2023), zvlášť v prípade ranej traumatizácie. U rodiča, ktorý závažne ublížil dieťaťu, môže byť práve absencia ospravedlnenia obrannou stratégiou pred hanbou, ktorú by mohol prežívať po priznaní si plného rozsahu ublíženia svojmu dieťaťu.

Ukazuje sa teda, že naše zistenia korešpondujú s poznatkami novších výskumov (Záhorcová & Zelenáková, 2021), ktoré upozorňujú na variabilitu odpustenia v závislosti od blízkosti vzťahu k pôvodcovi ujmy a úrovne psychologickéj pripravenosti odpustiť. V prípade hlbokého zranenia zo strany rodiča môže byť proces odpustenia náročnejší, ale aj potenciálne terapeuticky významnejší, ak sa uskutoční v bezpečnom a rešpektujúcom prostredí, v rámci ktorého motivácia k odpusteniu vychádza zo strany klienta.

Ďalším špecifickým zistením je vplyv šikany v detstve. V našej regresnej analýze jednotlivých typov traumy sa ukázalo, že práve skúsenosť šikanovania signifikantne predikovala nižšie situačné odpustenie, hoci iba slabo. Iné druhy traumatizácie (ako fyzické či sexuálne násilie, zanedbávanie atď.) sa ako štatisticky významné prediktory situačného odpustenia neprejavili. Toto naznačuje, že skúsenosť so šikanovaním vrstovníkom môže zanechať pretrvávajúce následky v podobe zníženej schopnosti odpustiť konkrétnemu páchatel'ovi. Jednotlivci, ktorí v detstve opakovane zažívali šikanu (posmech, fyzické útoky či sociálne vylúčenie), môžu v dôsledku toho prechovávať dlhodobý hnev alebo zatrpknutosť voči svojim agresorom (Wolke & Lereya, 2015). Navyše pocity bezmocnosti a poníženia zažívané počas šikany môžu pretrvávať do dospelosti a výrazne narušiť sebahodnotenie obete i jej dôveru voči okoliu (Choi & Park, 2021; Ttofi et al., 2011). Kombinácia týchto pretrvávajúcich následkov, chronického hnevu, zníženej dôvery a poškodenej sebaúcty potom

prežívším šikany sťažuje spracovanie minulých tráum a emočné „odpútanie sa“ od prežitej krivdy, čím komplikuje ich schopnosť odpustiť (Barcaccia et al., 2017).

Výskumy, naopak, ukazujú, že podporovanie odpúšťania páchatel'ovi v kontexte školského šikanovania viedlo k významnejšiemu zmierneniu hnevu, v porovnaní s podporovaním vyhýbania sa páchatel'ovi alebo pomste voči nemu (Watson et al., 2017). Minulý výskum tiež preukázal, že odpustenie mediovalo vzťah medzi viktimizáciou v dôsledku šikanovania a psychopatológiou u prežívších (van Rensburg & Raubenheimer, 2015). Tiež prehľadová štúdia Quintana-Orts et al. (2021) ukázala, že odpustenie je negatívne späté so šikanovaním – adolescenti s vyššou mierou odpustenia majú nižšie sklony šikanovať. Podobne je odpustenie negatívne späté s viktimizáciou. Adolescenti, ktorí sú viac odpúšťajúci, sú menej často obeťami. Naopak, neodpustenie bolo pozitívne späté s tradičným aj online šikanovaním. Výsledky viacerých štúdií, vrátane našej, naznačujú, že spracovanie zranení prostredníctvom odpustenia môže byť nápomocným faktorom v uzdravovaní sa z dôsledkov šikany v detstve.

Výsledky regresnej analýzy ďalej ukázali, že pri skúmaní schopnosti odpustiť rodičovi to bola skúsenosť s rozvodom alebo odlúčením rodičov v detstve, ktorá sa ukázala ako významný prediktor oslabujúci schopnosť odpustiť. Stabilná starostlivosť a bezpečná vzťahová väzba s rodičmi v detstve vytvárajú základ pre dôveru, sebaistotu a zdravý emočný vývin (Bowlby, 2023; Mikulincer & Shaver, 2019). Rozvod však často znamená narušenie tejto istoty, čo môže viesť k pretrvávajúcim ťažkostiam vo formovaní blízkych vzťahov a spracovaní krívd v dospelosti.

Aktuálne výskumy poukazujú na to, že rozvod rodičov negatívne ovplyvňuje kvalitu vzťahu medzi rodičom a dieťaťom, súvisí so zhoršenou komunikáciou medzi dieťaťom a rodičom, nižšou blízkosťou a dôverou vo vzťah (Kalmijn, 2016; Smith-Etxeberria & Eceiza, 2021). Ukazuje sa tiež, že osoby, ktoré zažili rozvod v detstve, majú vyššiu mieru vzťahovej úzkosti a vyhýbavosti (Schaan et al., 2019). Zrada alebo opustenie zo strany blízkej osoby (ako je rodič) môže výrazne narušiť schopnosť odpustiť, pretože dôvera a bezpečie, ako základné predpoklady odpustenia, boli narušené (Litz et al., 2022). Navyše, podľa novších neurobiologických zistení, môže chronický stres z rodinného rozvratu počas detstva ovplyvniť vývin mozgových štruktúr zodpovedných za emočnú reguláciu a spracovanie sociálnych signálov (McLaughlin et al., 2017), čo ďalej komplikuje schopnosť vytvárať dôverné vzťahy a spracúvať medziľudské konflikty v dospelosti. Naopak sa ukazuje, že terapia odpustením bola prospešná pre zlepšenie mentálneho zdravia u adolescentov, ktorí zažili nedostatok

rodičovskej lásky (Al-Mabuk et al., 1995) alebo u dospelých detí alkoholikov (Osterndorf et al., 2011), a tak by mohla byť prospešnou stratégiou uzdravenia aj pre dospelé deti zranené rozvodom či separáciou rodičov.

Vzťah medzi traumatizáciou v detstve a tendenciou odpúšťať druhým v dospelosti.

Druhou skúmanou oblasťou bol vzťah ranej traumatizácie a dispozičného odpustenia, čiže všeobecnej tendencie odpúšťať iným ľuďom v dospelosti. V tomto prípade naše dáta odhalili ešte slabšie súvislosti. Korelačná analýza ukázala, že pri binárnom hodnotení traumy nebol vzťah vôbec štatisticky významný a pri frekvenčnom hodnotení vyšiel iba veľmi slabý negatívny vzťah. Tieto výsledky naznačujú, že osoby s traumatickým detstvom nemusia byť v priemere o nič menej odpúšťajúce voči ostatným ako osoby bez traumy. Inak povedané, všeobecná schopnosť odpúšťať druhým sa zdá byť relatívne nezávislá od prežitej ranej traumatizácie.

Regresná analýza s jednotlivými druhmi traumy odhalila podobný obraz – model vysvetľoval len okolo 2 % variability v skóre odpúšťania druhým, pričom jediným štatisticky významným prediktorom bola opäť skúsenosť rozvodu alebo odlúčenia rodičov v detstve. Táto asociácia naznačuje, že deti z rozvrátených rodín môžu v dospelosti prejavovať o niečo nižšiu tendenciu dôverovať a odpúšťať iným, potenciálne v dôsledku narušených vzťahových vzorcov z detstva. Celkovo ale platí, že žiadny z typov detských traumatických zážitkov nevysvetľoval výraznú časť variability v dispozičnom odpustení.

Naše zistenie, že trauma v detstve zásadne neoslabuje celkovú schopnosť odpúšťať, je podporené aj predchádzajúcou štúdiou Rahmandani et al. (2022). Autori zistili, že odpustenie druhým nebolo signifikantne ovplyvnené počtom prežitých ACE. V ich mediačnom modeli sa práve dimenzia odpustenia voči iným neukázala byť znížená u osôb s traumou. Interpretovali to tak, že odpustenie iným ľuďom je do istej miery nezávislé od prežitej traumy a môže byť formované inými faktormi (napr. hodnotami, náboženskou výchovou či osobnostnými črtami). Naše dáta tento pohľad potvrdzujú, hoci účastníci s viacerými nepriaznivými skúsenosťami z detstva ťažšie odpúšťali konkrétnym osobám z minulosti, špecificky ich rodičom. Nemusí to automaticky znamenať, že by vo všeobecnosti boli zatrpknutejší alebo menej ochotní odpustiť bežné krivdy v medziľudských vzťahoch.

Naopak, niektoré zistenia naznačujú, že ľudia so zážitkami ranej traumatizácie sú schopní ešte väčšej empatie voči druhým ako tí, ktorí neprežili traumy v detstve (D. M. Greenberg et al., 2018). Traumatizovaní jednotlivci však môžu mať ťažkosti práve v dimenzii

súcitú so sebou, pretože majú väčšiu tendenciu byť k sebe kritickejší a menej láskaví (H. Zhang et al., 2023). Celkovo sa teda ukazuje, že dispozičné odpustenie môže byť ovplyvnené mnohými rôznymi faktormi, ako sú napr. osobnostné vlastnosti (napr. neurotizmus, prívetivosť (Riek & Mania, 2012), sociálne učenie, resp. schopnosť odpustenia u rodičov (Maio et al., 2008) či religiozita (Mróz et al., 2024), pričom trauma je len jedným z mnohých faktorov s relatívne malým vplyvom.

Vzťah traumatizácie v detstve a odpustenia s well-beingom v dospelosti.

Naše zistenie, že vyššia miera nepriaznivých skúseností v detstve (ACEs) súvisí s nižšou úrovňou subjektívnej pohody v dospelosti, je v súlade s množstvom súčasných výskumov. Zahraničné longitudinálne štúdie napríklad ukazujú, že jednotlivci s aspoň jedným ACE vykazujú štatisticky významne nižšiu spokojnosť so životom a psychickú pohodu v porovnaní s tými bez ACEs (Mosley-Johnson et al., 2019). Negatívny efekt ACEs na well-being zostáva významný aj po zohľadnení ďalších faktorov a platí, že čím viac nepriaznivých zážitkov jednotlivec zažil, tým horšie sú priemerné ukazovatele jeho životnej spokojnosti (Mosley-Johnson et al., 2019). Tieto závery podporujú širší konsenzus, že raná traumatizácia má dlhodobé dôsledky na psychické zdravie a pohodu. Napríklad Hinojosová a Hinojosa (2024) zistili, že každý ďalší nepriaznivý zážitok z detstva zvyšuje riziko mentálnych ťažkostí v dospelosti. Podobne v longitudinálnom výskume Giovanelli et al. (2016) sa ukázalo, že ľudia, ktorí zažili štyri a viac ACEs v detstve, mali neskôr vyššie riziko rozvoja depresie, častejšie vykazovali správanie poškodzujúce zdravie, ako je fajčenie, pravidelné užívanie alkoholu či drog, a boli častejšie zatknutí ako mladiství či obvinení z ťažkého zločinu. Náš nález stredne silnej negatívnej korelácie medzi ACEs a well-beingom tak zapadá do existujúceho rámca poznatkov o škodlivom vplyve detskej traumy na neskoršiu životnú pohodu.

Zistili sme tiež, že všetky sledované formy odpustenia, či už odpustenie v konkrétnej situácii, tendencia odpúšťať vo všeobecnosti alebo odpustenie smerom k rodičovi, pozitívne korelujú so subjektívnym well-beingom. Tento výsledok korešponduje so súčasnými zahraničnými výskumami, ktoré konzistentne poukazujú na priaznivé účinky odpustenia na duševné zdravie a životnú spokojnosť. Longitudinálny výskum na veľkom súbore ľudí stredného veku ukázal, že jednotlivci s vyššou mierou odpúšťania dosahovali v čase zvýšenú frekvenciu pozitívnych emócií a sociálnej integrácie a, naopak, nižšiu hladinu depresívnych symptómov (Long et al., 2020). Tieto zistenia reflektujú aj teoretické východiská, podľa ktorých akt odpustenia pomáha uvoľniť negatívne emócie spojené s krivdou a redukovať

chronický stres, čo prispieva k lepšiemu subjektívnemu zdraviu (L. L. Toussaint et al., 2019). Naše zistenia nadväzujú na výskumy ukazujúce, že odpustenie je spojené s vyššou úrovňou pozitívnych emócií, spokojnosti so životom a nižšou mierou depresie a úzkosti (Akhtar & Barlow, 2018; Rahmandani et al., 2022). Vzhľadom na to, že vzťah medzi odpustením a well-beingom sa ukázal iba malý, môžeme uvažovať nad tým, že do well-beingu môžu vstupovať aj ďalšie faktory, ako je napríklad vnímaná sociálna opora (Mao et al., 2024), zvládacie stratégie (Jiang et al., 2021), miera všímavosti a schopnosť žiť v prítomnom okamihu (Pan et al., 2022) či sebasúcit (Sotiropoulou et al., 2023).

Dôležitým zistením nášho výskumu je to, že odpustenie vystupuje ako mechanizmus sprostredkujúci vzťah medzi ranou traumou a subjektívnou pohodou v dospelosti. Konkrétne, odpustenie v konkrétnych situáciách a celková tendencia odpúšťať signifikantne mediovali negatívny vplyv ACEs na well-being. Hoci veľkosť nepriamych účinkov bola pomerne malá, ich štatistická významnosť naznačuje, že časť vplyvu raných traum na zníženú pohodu prebieha práve cez zníženú schopnosť odpúšťať. Tento výsledok podporuje predošlé zistenia, že rané traumy môžu narušiť emočnú reguláciu (Cloitre et al., 2019) a schopnosť spracovať krivdy, čo následne vedie k dlhodobjšiemu psychickému diskomfortu v dospelosti. Odpustenie úzko súvisí s emočnou reguláciou a schopnosťou „pustiť“ negatívne emócie (Eyring et al., 2021). Naše dáta teda naznačujú, že práve nedostatok odpustenia (pretrvávajúca zatrpknutosť či hnev) môže byť jedným z faktorov prehlbujúcich nepriaznivý vplyv ACEs na well-being. V tomto kontexte je relevantná aj štúdia Snydera a Heinzeho (2005), ktorí zistili, že schopnosť odpustiť sprostredkovala vzťah medzi traumou z detstva (PTSD symptómami) a hostilitou voči druhým. Taktiež Skolnická et al. (2023) uvádzajú, že odpustenie (voči sebe a iným) môže pôsobiť ako akýsi nárazník v medzigeneračnom prenose ACEs – u rodičov s vysokou mierou odpúšťania sa negatívne skúsenosti neprenášali na ich deti v takej miere. Naše zistenia tak zapadajú do širšieho obrazu, v ktorom odpustenie vystupuje ako protektívny činiteľ zmiernujúci dlhodobé následky traumy na duševnú pohodu jednotlivca.

Prekvapivým zistením je, že odpustenie rodičovi, ktorý je častým pôvodcom detskej traumy, sa v našej štúdii neukázalo ako významný mediátor vzťahu medzi ACEs a well-beingom. Tento výsledok môže odrážať špecifickú náročnosť tohto typu odpustenia. Odpustiť blízkeму, ktorý zanedbával alebo ubližoval, predstavuje hlbokú výzvu, keďže ide o narušenie dôvery a základného pocitu bezpečia. Odpustenie v takomto prípade často neprebíha ako jednorazový akt, ale ako dlhodobý proces (Enright, 2012). Niektoré štúdie navyše naznačujú, že pre niektorých jednotlivcov traumatizovaných vo vzťahovej väzbe môže mať väčší prínos odpustenie sebe samému, najmä ak je prítomné sebaobviňovanie (Band-Winterstein et al.,

2024), rovnako ako aj rozvíjanie súcitu k sebe (H. Zhang et al., 2023). Napriek tomu existujú dôkazy, že ak sa podarí dosiahnuť autentické odpustenie aj voči pôvodcovi vážnej ujmy, môže to mať pozitívny dosah na duševné zdravie vrátane zníženia symptómov depresie a zvýšenia sebaúcty a nádeje (Akhtar & Barlow, 2018; S. R. Freedman & Enright, 1996). Ide však o proces, ktorý si vyžaduje čas, psychologickú pripravenosť a často aj terapeutickú podporu. Naše zistenia tak poukazujú na význam diferencovaného prístupu k odpusteniu v závislosti od povahy vzťahu a závažnosti traumy.

Vzťah traumatizácie v detstve a odpustenia so spánkom v dospelosti.

Výsledky nášho výskumu ukázali, že vyššia miera traumatizácie v detstve významne súvisí s horšou kvalitou spánku v dospelosti a s väčšími problémami so spánkom, avšak nie s celkovou kvantitou (dĺžkou) spánku. Tento vzorec vzťahov je v súlade so súčasnými zisteniami zahraničných štúdií. Mnohé výskumy potvrdzujú, že osoby vystavené viacerým ACEs majú v dospelosti častejšie poruchy spánku a zhoršenú subjektívnu kvalitu spánku (Kajeepeta et al., 2015; Sheehan et al., 2020). Olsen et al. (2024) napríklad uvádzajú, že retrospektívne hlásené ACEs u mladých dospelých Portorikáncov významne predpovedali vyššie (horšie) skóre Pittsburského indexu kvality spánku, hoci niektoré výskumy naznačili aj súvislosť ACEs so skrátenou dĺžkou spánku. Napríklad vo výskume Charles et al. (2022) muži, ktorí zažili aspoň jednu traumatickú skúsenosť, spali významne menej ako tí, ktorí nezažili žiadnu traumatickú skúsenosť, tento vzťah sa ale nepreukázal u žien. Vo viacerých novších štúdiách sa ukazuje, že hlavným prejavom vplyvu detskej traumatizácie sú skôr subjektívne poruchy spánku (insomnické ťažkosti, nekvalitný, prerušovaný spánok) než objektívne skrátenie jeho celkovej dĺžky (Rojo-Wissar et al., 2023). Autori (Rojo-Wissar et al., 2023) konkrétne zistili, že ľudia s vyšším skóre ACEs síce hodnotili svoj spánok ako menej kvalitný a trpeli väčšou dennou únavou, no pri aktigrafických meraniach nebol zistený významný rozdiel v celkovom čase spánku ani v jeho efektívite. Tieto zistenia poukazujú na to, že následky detských tráum sa v oblasti spánku prejavujú predovšetkým psychofyziologickou dimenziou (napr. zvýšenou bdelosťou, horšou schopnosťou odpočívať, subjektívnym pocitom nekvalitného spánku), kým samotná dĺžka spánku môže zostať relatívne neovplyvnená. Z praktického hľadiska to znamená, že jednotlivci s traumatickou minulosťou môžu spať približne rovnaký počet hodín ako tí bez ranej traumatizácie, avšak ich spánok môže byť menej osviežujúci a častejšie prerušovaný.

Zároveň je potrebné zdôrazniť, že zistené korelácie boli len slabé. V našej štúdii boli súvislosti ACEs so spánkovými ukazovateľmi štatisticky významné, no ich veľkosť (r približne 0,2) indikuje, že traumatizácia vysvetľuje len menšiu časť variability kvality spánku. Podobné slabé až stredné efekty uvádzajú aj iné výskumy. Napríklad Ashour et al. (2024) pozorovali síce signifikantný, ale malý vzťah medzi skóre ACEs a mierou spánkových ťažkostí (v koreláciách okolo $r = 0,21$) (Ashour et al., 2024). Takéto výsledky naznačujú, že hoci raná traumatizácia prispieva k zhoršeniu spánku v dospelosti, ide o jeden z viacerých faktorov. Vplyv ACEs sa často prelína s ďalšími premennými, ako sú aktuálna úroveň stresu, úzkosť či iné zdravotné problémy, ktoré tiež ovplyvňujú spánok (Rojo-Wissar et al., 2023). Z tohto dôvodu nie je prekvapujúce, že samotné ACEs vykazujú len slabé priame asociácie. Dôležitejšie môže byť, ako detská trauma sekundárne formuje dlhodobé psychické nastavenie jednotlivca (napr. chronický stres, hypervigilancia), či pretrvávajúci stav autonómneho nervového systému (kedy jednotlivec dlhodobo zotrúva v aktivite sympatického nervového systému), čo sa následne môže odrážať na kvalite spánku.

Náš výskum ďalej skúmal, či odpustenie môže súvisieť s kvalitou, kvantitou a problémami so spánkom, prípadne či môže mediovať vplyv ranej traumatizácie na spánok. Získané dáta ukázali, že situačné odpustenie (t. j. miera odpustenia v konkrétnych situáciách) ani odpustenie rodičovi nesúviseli so žiadnou z oblastí spánku (kvalitou, kvantitou ani problémami). Iba dispozičná tendencia odpustiť druhým vykazovala slabú pozitívnu koreláciu s kvalitou spánku. Jednotlivci, ktorí všeobecne ľahšie odpúšťajú iným, mali o niečo lepší subjektívny spánkový komfort. Toto zistenie korešponduje s trendmi v literatúre, hoci v našej štúdii bol efekt veľmi malý. Zahraničné výskumy totiž naznačujú pozitívne súvislosti odpustenia a spánku, avšak tieto vzťahy mávajú skôr miernu intenzitu. Napríklad reprezentatívna štúdia Toussainta et al. (2020) z USA zistila, že vyššia miera odpustenia iným (ale aj odpustenia sebe) významne koreluje s lepšou kvalitou spánku a celkovým zdravotným stavom. Efekty boli síce štatisticky významné, no pomerne malé ($\beta \approx 0,20$ pre odpustenie iným). Podobne Stoia-Caraballo et al. (2008) zistili slabé pozitívne vzťahy medzi odpustením a kvalitou spánku, pričom následné analýzy naznačujú, že tento vzťah je sprostredkovaný nižšou mierou ruminácií a negatívnych emócií. Inými slovami ľudia, ktorí dokážu odpúšťať, menej ruminujú zranenie a menej prežívajú súvisiace negatívne emócie, vrátane hnevu, čo podporuje pokojnejší spánok. Táto interpretácia je podporená aj experimentálnymi zisteniami. V štúdii od Witvlieta et al. (2022) účastníci, ktorí pred spaním praktizovali súcitné prehodnotenie krivdy (ako komponent odpúšťania) namiesto zámerného ruminovania zranenia, zaspali rýchlejšie a zažívali menej nočných prebudení. Súčasná literatúra tak podporuje

predstavu, že tendencia odpúšťať môže pôsobiť ako psychologický ochranný faktor pre spánok: zmierňuje emocionálne napätie (hnevливость, dlhodobý stres), čím uľahčuje zaspávanie a zlepšuje celkovú spokojnosť so spánkom (Toussaint et al., 2020; Witvliet et al., 2022).

Naše výsledky tak naznačujú, že situačné odpustenie alebo odpustenie rodičovi nemusia mať významný efekt na celkový spánok, pretože ide o úzko špecifické aspekty. Jednotlivec mohol rodičovi odpustiť, no stále môže trpieť následkami traumy (napr. úzkosťou či posttraumatickým stresom), ktoré mu nedovolia dobre spať. Naopak, mohol neodpustiť, avšak v dôsledku iných pozitívnych zmien vo svojom živote, zdravej životosprávy, dobrej spánkovej hygieny či psychoterapie môže mať kvalitný spánok. Dispozičné odpustenie odráža širší postoj človeka a jeho zvládanie negatívnych emócií voči iným v každodennom živote, čo pravdepodobne o niečo viac súvisí so všeobecnou psychickou pohodou a tým aj so spánkom. Opäť ale treba zdôrazniť, že zistený vzťah bol iba veľmi slabý. Je preto pochopiteľné, že nebol zistený ani mediačný vplyv odpustenia vo vzťahu traumatizácie v detstve a spánku v dospelosti. Celkovo teda možno zhodnotiť, že spánok môže byť ovplyvnený rôznymi inými (vyššie spomenutými) faktormi a keďže výskum odpúšťania a spánku je iba vo svojich začiatkoch, dôležité je jeho ďalšie pokračovanie. Taktiež sme v našom výskume hodnotili spánok iba pomocou jednej položky zameranej na kvalitu spánku, jednej položky zameranej na kvantitu spánku a jednej položky hodnotiacej problému so spánkom. Výsledky by teda mohli byť iné a potenciálne presnejšie pri použití komplexnejšej metodiky, napr. celého Pittsburského indexu kvality spánku.

Vzťah traumatizácie v detstve, odpustenia a vnímaného fyzického zdravia v dospelosti.

Výsledky nášho výskumu ukázali, že vyššia miera traumatizácie v detstve je spojená s horším vnímaným fyzickým zdravím v dospelosti, pričom bol zistený slabý vzťah. Toto zistenie je v zhode s rozsiahlym výskumom, ktorý systematicky dokumentuje vplyv ACEs na rôzne negatívne zdravotné výsledky. Ako poukazujú Senaratne et al. (2024), ľudia s vyšším počtom ACEs s vyššou pravdepodobnosťou trpia viacerými ochoreniami súčasne. Podobne Brown et al. (2009) zdôrazňujú, že osoby s nepriaznivými zážitkami v detstve majú zvýšené riziko chronických ochorení a skoršej úmrtnosti. Raná traumatizácia je okrem toho často spojená s vyšším kardiovaskulárnym rizikom (Jackson et al., 2022), s častejším výskytom bolestí hlavy (Kascakova, Furstova, Hasto, Madarasova-Geckova, et al., 2020), horším vnímaným hodnotením fyzického zdravia, s cukrovkou alebo výraznejšími fyzickými obmedzeniami (Monnat & Chandler, 2015). ACEs môžu pôsobiť na zdravie viacerými cestami. Kumulatívny

stres vyvoláva dysreguláciu osi HPA, čo môže podporovať zápalové procesy v tele (Juruena et al., 2020). Chronický stres navyše spôsobuje chronické alostatické preťaženie, ktoré zvyšuje riziko vzniku rôznych zdravotných problémov (McEwen, 2003; Wallace et al., 2020). Ďalšie výskumy identifikovali rôzne iné sprostredkujúce mechanizmy, ako je častejší výskyt správania poškodzujúceho zdravie u traumatizovaných jednotlivcov, napr. častejšie fajčenie, vyšší BMI index, nižšia fyzická aktivita a užívanie alkoholu (Hales et al., 2023), ale aj rôzne ťažkosti so spánkom (Roman-Juan et al., 2023). Z psychologického hľadiska to môžu byť ťažkosti s emočnou reguláciou (Cloitre et al., 2019) alebo depresívne symptómy (Boisgontier et al., 2020) ako mediujúce faktory vo vzťahu traumatizácie a fyzického zdravia. Napriek tomu, že mnohé výskumy opakovane potvrdzujú prepojenie ranej traumatizácie s problémami v oblasti fyzického zdravia, náš výskum priniesol iba slabý vzťah medzi týmito premennými. Dôvodom môže byť metodologické hľadisko. V našom výskume bolo vnímané fyzické zdravie hodnotené iba jednou položkou. Iné výsledky by mohlo priniesť komplexnejšie hodnotenie fyzického zdravia. V našom výskume sme volili simplexnejšie hodnotenie vzhľadom na to, že sme nechceli preťažiť participantov dĺžkou výskumnej batérie (tento výskum je súčasťou komplexnejšieho výskumu o súvislostiach ranej traumatizácie so zdravím v dospelosti).

Ďalej sme sa zamerali na preskúmanie súvislostí odpustenia s vnímaným fyzickým zdravím. Pozitívne korelácie všetkých skúmaných aspektov odpustenia so zdravím naznačujú, že vyššia miera odpustenia druhým, ako i konkrétnej osobe, ktorá jednotlivca v detstve zranila, sa spája s lepším subjektívnym fyzickým zdravím. Túto súvislosť podporuje aj nedávny výskum. Mróz a Kaleta (2023) uvádzajú, že zníženie neodpustenia (čo predstavuje vyššiu mieru odpustenia) významne predpovedalo lepšie fyzické zdravie. Toto potvrdzujú aj výsledky metaanalýzy rôznych výskumných štúdií, ukazujúc, že odpustenie druhým pozitívne súvisí s fyzickým zdravím (Lee & Enright, 2019). Autori zistili, že situačné odpúšťanie aj tendencia odpúšťať druhým pozitívne súviseli s telesným zdravím. Tieto výsledky boli navyše nezávislé od rôznych premenných, ako je vek, pohlavie, etnický pôvod, úroveň vzdelania, pracovný status, typ výskumného súboru (klinický alebo bežná populácia), alebo od spôsobu, akým bolo fyzické zdravie merané – objektívne pomocou biomarkerov (napr. krvného tlaku), subjektívnym hodnotením zdravia alebo prostredníctvom zdravotne relevantného správania. Okrem korelačných štúdií sú to aj výsledky experimentálnych štúdií (Lee & Enright, 2014; Waltman et al., 2009), ktoré poukázali na zlepšenie viacerých aspektov fyzického zdravia u osôb, ktoré absolvovali intervenciu odpustením. Odpúšťanie druhým pozitívne súviselo s vnímaným hodnotením fyzického zdravia aj u jednotlivcov s dlhodobým COVID-om vo výskume Sirotiaka et al. (2024). Zdá sa teda, že výskumy, vrátane nášho, opakovane

preukazujú pozitívne súvislosti medzi odpúšťaním a fyzickým zdravím. Zistenie nášho výskumu však preukázalo iba slabé súvislosti, ktoré mohli opäť súvisieť so simplexným jednopoložkovým hodnotením fyzického zdravia. Takéto hodnotenie zachytáva síce celkový dojem o vlastnom zdraví, ale neumožňuje analyzovať jednotlivé zdravotné dimenzie a môže byť ovplyvnené aktuálnym rozpoložením participanta.

Mediačná analýza ďalej ukázala, že situačné odpustenie (schopnosť odpustiť konkrétnu udalosť) sprostredkúva významnú časť vzťahu medzi ACEs a zdravím: približne 26 % efektu je odvodené cez túto premennú. Naopak, všeobecná tendencia odpúšťať mala veľmi slabý mediačný efekt a odpustenie rodičovi nebolo signifikantným mediátorom. Toto zistenie môže súvisieť s tým, že pri ACEs sú to často rôzne konkrétne osoby, ktoré jednotlivca mohli zraniť do 18. roku života, ako je spolužiak/čka, kamarát/ka rovnakého pohlavia, súrodenec, teta/ujó a pod., a pokiaľ človek dokáže odpustiť práve tým osobám, ktoré ho najviac zranili, môže to mať najsilnejší efekt na fyzické zdravie. Toto zistenie môže naznačovať, že aktuálna schopnosť odpúšťať v konkrétnej situácii zranenia je relevantnejšia pre zdravie než všeobecný sklon odpúšťať naprieč rôznymi situáciami. Participanti nemuseli uvažovať nad závažnými zraneniami, ale aj bežnými situáciami medziľudského styku. Získané výsledky o mediačnej úlohe situačného odpustenia vo vzťahu ranej traumatizácie a fyzického zdravia sú tak v súlade s mnohou už diskutovanou literatúrou, ktorá poukazuje ako na negatívne súvislosti medzi ranou traumatizáciou a fyzickým zdravím (Monnat & Chandler, 2015; Rojo-Wissar et al., 2019), tak na pozitívne súvislosti odpustenia a fyzického zdravia v dospelosti (Lee & Enright, 2019; L. L. Toussaint et al., 2016). Môžeme teda uvažovať o tom, že rozvíjanie odpúšťania môže byť jednou zo stratégií podporujúcich zlepšenie fyzického zdravia u jednotlivcov zranených vo vzťahoch počas svojho detstva a dospievania. Zároveň ale nesmieme zabudnúť na fakt, že fyzické zdravie je ovplyvnené mnohými inými rôznymi premennými, ako je napr. úroveň fyzickej aktivity (Zhao et al., 2020), miera chronického stresu (Mariotti, 2015), životný štýl (fajčenie, strava, alkohol) (Ferrero-Hernández et al., 2025), kvalita a množstvo spánku (C. Gao et al., 2022) či genetické predispozície (Warrier et al., 2021).

Limity výskumu

Prvým limitom nášho výskumu je, že má korelačný charakter, čo znamená, že zistené súvislosti nemožno interpretovať kauzálné. Výsledky sú teda skôr popisné a príčinné vzťahy medzi ranou traumatizáciou, odpustením, well-beingom, spánkom a fyzickým zdravím zostávajú nejasné. Ďalším limitom je štruktúra nášho výskumného súboru. Hoci agentúra pri zbere dát pôvodne sledovala reprezentatívne zloženie populácie, nakoniec sa do štúdie zapojilo viac žien než mužov. Vzhľadom na to, že sme sa cielene zamerali na participantov zranených iným človekom (aby bolo možné merať odpustenie), naše výsledky nie je možné generalizovať na celú populáciu. Merania boli realizované retrospektívnymi sebahodnotiacimi dotazníkmi, ktoré môžu podliehať pamäťovým a sociálne žiaducim skresleniam. Pri hodnotení traumatizácie sme nezahrnuli meranie komunitného a kolektívneho násillia, a tak výskumný súbor nezohľadňuje celú škálu typov traumatizácie v detstve. Niektoré dôležité indikátory, vnímané hodnotenie fyzického zdravia a spánku, sme hodnotili jednopoložkovými škálami, čo môže obmedziť ich citlivosť. Tieto zjednodušené ukazovatele mohli viesť k menej presným zisteniam v oblasti fyzického zdravia a spánku. Napokon, zber dát online prostredníctvom panelu obmedzuje kontrolu nad podmienkami vyplňania dotazníkov, a preto treba pristupovať k údajom opatrne.

Odporúčania pre budúce výskumy

Na základe uvedených limitácií by budúce štúdie mali smerovať k prekonaniu týchto metodologických obmedzení. V ideálnom prípade by sa mali vykonávať longitudinálne výskumy, ktoré lepšie odhalia časové súvislosti a súvislosti medzi nepriaznivými zážitkami v detstve a neskorším možným odpúšťaním a well-beingom. Pri zbere dát by bolo vhodné zahrnúť reprezentatívnejší výskumný súbor, vrátane participantov bez skúsenosti s raným zranením, aby sa umožnilo porovnanie s porovnávacou skupinou. Na hodnotenie spánku a zdravia by bolo ideálne použiť objektívne meracie metódy (napr. aktigrafia alebo biomarkery) namiesto výlučne sebahodnotiacich škál.

Vychádzajúc z nazerania na traumy ako na vnútorný zážitok (S. Porges & Porges, 2024; van der Kolk, 2022) by ďalším odporúčaním mohlo byť pridanie kvalitatívnych výskumných postupov na skúmanie traumy ako vnútornej skúsenosti. Vzhľadom na to, že traumatizovaní jednotlivci majú často ťažkosti práve so súcitom k sebe (Zhang et al., 2023), by sa ďalší výskum mohol zamerať na skúmanie sebasúcitú a odpustenia sebe v kontexte ranej traumatizácie. Téma odpustenia sebe a sebasúcitú v kontexte traumy ostáva málo preskúmaná

a jej prepojenie s well-beingom u ľudí s ACEs by mohlo priniesť nové poznatky. Vzhľadom na komplexnosť vzťahov odporúčame tiež skúmať moderátory a mediátory (napr. úroveň aktuálneho stresu, zvládacie stratégie, sociálna podpora), ktoré by spresnili porozumenie vzťahov medzi ranou traumatizáciou, odpustením a ukazovateľmi duševného a fyzického zdravia.

Odporúčania pre prax

Vzhľadom na preukázané súvislosti medzi traumatizáciou v detstve a nízkym odpustením, a to špecificky odpustením voči rodičovi, ako aj výsledky o mediačnej úlohe odpustenia vo vzťahu traumatizácie a well-beingu a vo vzťahu traumatizácie a fyzického zdravia, je možné odporučiť do praxe zameranie sa na rozvíjanie odpúšťania ako spôsobu uzdravovania zranení a potenciálneho zvyšovania osobnej pohody alebo zlepšenia fyzického zdravia. Pri práci s odpúšťaním u traumatizovaných klientov je však potrebné pristupovať mimoriadne citlivo. Tiež je potrebné rešpektovať niekoľko zásad pri sprevádzaní klientov odpúšťaním.

1. V prvom rade ide o zásadu práce s odpustením ako s možnosťou, nie ako s povinnosťou. Odpustenie by nikdy nemalo byť klientovi nútené, ale malo by vychádzať z jeho vlastných potrieb. Pokiaľ sa klient rozhodne neodpustiť, je dôležité rešpektovať túto voľbu.
2. Odpúšťanie by nemalo byť urýchlené. Je potrebné rešpektovať individuálny čas, ktorý jednotlivec potrebuje na spracovanie bolestivých emócií, ako aj čas potrebný na smútenie. Urýchlenie odpustenia by mohlo byť pseudoodpustením, ktoré by mohlo mať ubližujúci, až poškodzujúci efekt na klientov.
3. Pre možnosť odpustenia je dôležité spracovanie a integrovanie traumatickej skúsenosti. Práca s odpúšťaním by mala byť v ideálnom prípade integrovaná s inými psychoterapeutickými prístupmi a metódami zameranými na spracovanie traumy. K takýmto prístupom patrí napríklad EMDR či somatické prežívanie. Vhodné tiež môžu byť metódy zamerané na reguláciu nervového systému pomocou princípov polyvagálnej teórie.
4. Odpustenie by nemalo byť zamieňané so zmierením. Pokiaľ odborník sprevádza klienta procesom odpúšťania, mal by jasne odlišovať medzi odpustením a zmierením a aj klient by mal byť edukovaný o tomto rozdieli. Zmierenie s človekom, ktorý spôsobil traumatickú skúsenosť, by mohlo byť v niektorých prípadoch nebezpečné a brániace uzdraveniu.

5. Odborník sprevádzajúci klienta odpúšťaním rešpektuje a edukuje klienta o tom, že odpustiť neznamená schváliť konanie druhého, ospravedlniť ho alebo zabudnúť naň. Je možné jasne odsudzovať nevhodné správanie druhého a zároveň odpúšťať, so súčasným stanovením a držaním osobných hraníc.
6. Do procesu liečenia traumy je vhodné zapojiť aj rozvoj sebasúcit. Rozvíjanie schopnosti nehodnotiaceho prijímania vlastných pocitov, uvedomenia si spoločnej ľudskosti a rozvíjania láskavosti k sebe pri spracovávaní zranení podporuje psychické uzdravenie (Himmerich & Orcutt, 2021). Sebasúcit umožňuje klientom prekonať pocity viny a hanby, ktoré sa často vyskytujú pri traume, a podporuje aj odpúšťanie sebe. Intervencie zamerané na sebasúcit (napr. cvičenia súcitnej meditácie, techniky seba prijatia) môžu byť cennou súčasťou terapie pre dospelých s ACEs.

Záver

Traumatické zážitky v detstve (ACEs) majú dlhodobé negatívne dôsledky na psychické aj fyzické zdravie v dospelosti. Výskumy ukazujú, že ACEs narúšajú reguláciu stresu a spôsobujú chronickú hyperaktiváciu nervového a endokrinného systému, čo zvyšuje riziko imunitných problémov, kardiovaskulárnych ochorení, chronických bolestí, porúch spánku či problémov v oblasti duševného zdravia (Bertele et al., 2022; Kascakova, Furstova, Hasto, Madarasova Geckova, et al., 2020; Senaratne et al., 2024). Naša štúdia potvrdila, že čím viac nepriaznivých zážitkov jednotlivec prežil, tým nižšia bola jeho subjektívne prežívaná pohoda v živote a subjektívne vnímané fyzické zdravie. Naše výsledky sú tak v zhode s inými predchádzajúcimi štúdiami (Ria Sidana, 2024; Yin et al., 2023), ktoré poukázali na nižšiu životnú spokojnosť u jednotlivcov s viacerými ACEs. Prepojenie ranej traumatizácie s horším fyzickým zdravím opakovane ukazuje viacero výskumov vrátane nedávnej metaanalýzy Senaratne et al. (2024), ktorí preukázali súvislosť medzi ACEs a viacerými chronickými ochoreniami. ACEs tiež zvyšujú pravdepodobnosť depresie, úzkosti alebo posttraumatickej symptomatológie a predisponujú k rizikovému správaniu, ako je zneužívanie návykových látok (Dánielsdóttir et al., 2024; McLaughlin et al., 2017). Preživší ranej traumatizácie tiež častejšie prežívajú dlhodobý hnev v dospelosti (Win et al., 2021) a vykazujú ťažkosti s emočnou reguláciou (Cloitre et al., 2019). Z tohto hľadiska sa ako významné zdá hľadanie mechanizmov, ktoré môžu potenciálne zmierniť negatívne dosahy ranej traumatizácie na psychickú pohodu a zdravie v dospelosti.

Odpustenie predstavuje dôležitý psychologický mechanizmus pri spracovaní zranení od iných osôb. Empirické štúdie potvrdzujú, že pokiaľ odpustenie nie je zamieňané s inými pojmami, ako je schválenie alebo ospravedlňovanie zraňujúcich činov, alebo zmierenie s páchatelom, má priaznivé účinky na duševné (Akhtar & Barlow, 2018), ako aj telesné zdravie (Lee & Enright, 2019). Naše zistenia sú v súlade s týmito poznatkami. Participanti s väčším počtom ACEs uvádzali nižšiu schopnosť odpúšťať, preukázali sa iba veľmi slabé vzťahy. Keď sme sa zamerali na preskúmanie vzťahu medzi ranou traumatizáciou a rôznymi druhmi odpustenia, ukázalo sa, že najsilnejšie vzťahy boli zistené medzi traumatizáciou v detstve a odpustením rodičovi. Čím viac traumatických zážitkov zažili ľudia, ktorých zranil vlastný rodič, tým náročnejšie pre nich bolo odpustiť mu. Tieto zistenia sú v súlade s koncepciou traumy zrady (Freyd, 1996), ktorá hovorí o tom, že práve trauma spôsobená rodičom má obzvlášť závažný vplyv na dôveru dieťaťa a jeho schopnosť odpustiť mu. Také zranenie môže závažne narušiť pocit bezpečia a vzťahovej väzby v ranom veku (Mikulincer & Shaver, 2019),

ovplyvniť emocionálnu reguláciu a prežívanie hnevu (Cloitre et al., 2019; Win et al., 2021). Ukazuje sa teda, že práve táto citlivá skupina môže potrebovať najväčšiu podporu a citlivé sprevádzanie v bezpečnom procese odpúšťania. Zároveň naše zistenia poukázali na variabilitu odpúšťania v závislosti od blízkosti vzťahu k pôvodcovi zranenia.

V práci sme sa ďalej sústredili na vzťah medzi ACEs, odpustením a subjektívnou pohodou. Zistili sme, že odpustenie, najmä dispozícia odpúšťať a odpúšťanie konkrétnych situácií, sprostredkovalo (mediovalo) vzťah ranej traumatizácie a subjektívnej pohody. Úloha odpustenia ako ochranného faktora je podporená aj inými prácami. Napríklad Skolnicka et al. (2023) zistili, že pokiaľ boli rodičia, ktorí zažili traumatizáciu v detstve, viac schopní odpúšťať, oslabil sa efekt ich ACEs na ACEs u ich detí. Odpustenie by tak mohlo hrať rolu v zmiernení medzigeneračného prenosu traumatických skúseností. Naše zistenie tak podporuje záver, že raná traumatizácia znižuje subjektívnu pohodu a odpustenie môže byť ochranným mechanizmom v tomto vzťahu. Nami zistené vzťahy však boli slabé, a preto nesmieme zabúdať na viacero ďalších faktorov, ktoré súvisia so subjektívnym well-beingom po traumatizácii, napríklad rozvoj sebasúcity, psychologickéj odolnosti alebo adaptívne copingové stratégie sa ukazujú ako prostriedky zmiernujúce negatívny vplyv ACEs (Chi et al., 2023).

Ďalší aspekt nášho výskumu skúmal prepojenia ACEs, odpustenia a subjektívneho hodnotenia fyzického zdravia. Podobne ako pri psychickom well-beingu, aj tu sme pozorovali meditačný efekt odpustenia, najmä situačné odpustenie zmiernilo negatívny vplyv ACEs na vnímané zdravie. Tieto zistenia sú v súlade s predchádzajúcimi výskumami ukazujúcimi, že odpustenie môže podporovať nielen psychické, ale aj vnímané fyzické zdravie u zranených jednotlivcov (Lee & Enright, 2019). Opäť upozorňujeme, že odpustenie je iba jednou zo stratégií s potenciálnym pozitívnym vplyvom na traumatizovaných jednotlivcov a naše zistenia je potrebné interpretovať v kontexte korelačného výskumu, ktorý neprináša kauzálne zistenia. Prínosom nášho výskumu je doplnenie existujúcej literatúry o ACEs, ktorá sa doteraz primárne zameriavala na sledovanie negatívnych symptómov (napr. PTSD alebo depresia) o premenné, ktoré môžu podporovať rezilienciu po traume – odpustenie môže zmiernovať efekt traumatizácie v detstve na subjektívnu pohodu a vnímané zdravie v neskoršom živote. Na druhej strane, pri skúmaní potenciálnej mediačnej úlohy odpustenia vo vzťahu ranej traumatizácie a spánku v dospelosti sa tento efekt nepreukázal. Aj samotná traumatizácia v detstve významne nesúvisela s kvantitou spánku, bola však zistená súvislosť s nižšou kvalitou spánku a väčšími problémami so spánkom v dospelosti. Tento výsledok korešponduje s predchádzajúcimi zisteniami o vzťahu ACEs a nižšej kvality spánku (Rojo-Wissar et al.,

2024) a zároveň upozorňuje na potrebu metodologicky presnejšieho hodnotenia spánku v kontexte skúmania ranej traumatizácie.

Veríme, že poznatky z nášho výskumu by mohli byť využiteľné v psychologickej praxi. Terapia zameraná na traumatické zážitky by mohla systematicky zahŕňať prvky podpory odpúšťania, ktoré sa opakovane ukazuje ako vedúce k redukcii symptómov depresie, úzkosti či hnevu, ako aj rozvoju sebaúcty alebo nádeje do budúcnosti (Akhtar & Barlow, 2018; Wade et al., 2014). Je však potrebné vždy myslieť na to, že odpustenie je jednou z možností stratégií uzdravenia po bolestivých zážitkoch z minulosti, nie je však povinnosťou a vždy by malo vychádzať z potrieb klienta. Psychológovia a psychoterapeuti, ktorí pracujú s klientmi s ACEs, by okrem vlastných psychoterapeutických prístupov a metód pre prácu s traumou, ako je napr. EMDR alebo somatické prežívanie, mohli zahrnúť aj prácu s procesom odpúšťania podľa jeho jednotlivých fáz a krokov (Enright, 2001; Worthington, 2005; Záhorcová, 2024). Preventívne a edukačné programy by mohli byť, napr. v školskom prostredí, zamerané na učenie zvládania hnevu a rozvíjanie empatie, súcitu a odpustenia. V mnohých krajinách sveta úspešne funguje napr. edukácia o odpustení pod záštitou Medzinárodného inštitútu odpúšťania (International Forgiveness Institute). Celkovo možno povedať, že pri práci s traumou je dôležité zamerať sa nielen na zmiernenie symptómov, ale aj na budovanie vnútorných zdrojov odolnosti, ku ktorým môže patriť aj odpustenie, pokiaľ je realizované bezpečne, nezamieňané s popieraním zranenia, jeho ospravedlňovaním, schválením, zabudnutím alebo nevyhnutným zmierením s druhým v prípade, že jeho zraňujúce správanie pretrváva.

Analýza a syntéza teoretických a výskumných zistení prezentovaných v tejto monografii, spolu s výskumnými zisteniami našej štúdie, poukazujú na komplexný negatívny efekt traumatizácie v detstve na neskoršiu subjektívnu pohodu, spánok a vnímané fyzické zdravie, ako aj na význam nového ochranného faktora, odpustenia. Zároveň ponúka nový pohľad na spracovanie traumy: ukazuje, že posilňovanie schopnosti odpúšťať môže byť jednou z efektívnych ciest k zlepšeniu subjektívnej pohody a vnímaného fyzického zdravia u jednotlivcov, ktorí čelili ACEs. Vzhľadom na to, že zistené vzťahy v našej štúdii boli iba slabé až stredne silné, ďalšími štúdiami, najmä longitudinálnymi a intervenčnými, je vhodné tieto mechanizmy dôkladnejšie preskúmať.

Zoznam použitej literatúry

- Akhtar, S., & Barlow, J. (2018). Forgiveness Therapy for the Promotion of Mental Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(1), 107–122. <https://doi.org/10.1177/1524838016637079>
- Al-Mabuk, R. H., Enright, R. D., & Cardis, P. A. (1995). Forgiveness Education with Parentally Love-deprived Late Adolescents. *Journal of Moral Education, 24*(4), 427–444. <https://doi.org/10.1080/0305724950240405>
- Albers, L. D., Grigsby, T. J., Benjamin, S. M., Rogers, C. J., Unger, J. B., & Forster, M. (2022). Adverse childhood experiences and sleep difficulties among young adult college students. *Journal of Sleep Research, 31*(5). <https://doi.org/10.1111/jsr.13595>
- Anda, R. F. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *JAMA, 282*(17), 1652. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
- Ashour, R., Halstead, E. J., Mangar, S., Lin, V. K. Q., Azhari, A., Carollo, A., Esposito, G., Threadgold, L., & Dimitriou, D. (2024). Childhood experiences and sleep problems: A cross-sectional study on the indirect relationship mediated by stress, resilience and anxiety. *PLOS ONE, 19*(3), e0299057. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299057>
- Aupperle, R. L., Melrose, A. J., Stein, M. B., & Paulus, M. P. (2012). Executive function and PTSD: Disengaging from trauma. *Neuropharmacology, 62*(2), 686–694. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2011.02.008>
- Badri Gargari, R., Fathi Azar, E., Nemati, S., & Mohammadi, D. (2021). Effectiveness of Forgiveness Training Program on Self-compassion among Victim of Bullying Students. *Pajouhan Scientific Journal, 19*(3), 34–40. <https://doi.org/10.61186/psj.19.3.34>
- Balistreri, K. S., & Alvira-Hammond, M. (2016). Adverse childhood experiences, family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health, 132*, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.10.034>
- Band-Winterstein, T., Shulyaev, K., & Eisikovits, Z. (2024). Is lifetime abuse forgivable in old age? *Journal of Elder Abuse & Neglect, 36*(2), 198–225. <https://doi.org/10.1080/08946566.2024.2319785>
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. General Learning Press.
- Barcaccia, B., Howard Schneider, B., Pallini, S., & Baiocco, R. (2017). Bullying and the detrimental role of un-forgiveness in adolescents' wellbeing. *Psicothema, 2*(29), 217–222. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.251>

- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D., & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Berry, J. W., & Worthington, E. L. (2001). Forgiveness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48(4), 447–455. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.4.447>
- Berry, J. W., Worthington, E. L., O'Connor, L. E., Parrott, L., & Wade, N. G. (2005). Forgiveness, Vengeful Rumination, and Affective Traits. *Journal of Personality*, 73(1), 183–226. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00308.x>
- Bertele, S., Heitland, I., Fraccarollo, D., Stapel, B., Bauersachs, J., Westhoff-Bleck, M., & Kahl, K. G. (2022). Behavioral pathway to a broken heart: The link between adverse childhood experiences, depression, physical exercise and cardiovascular health. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.1002143>
- Bethell, C., Jones, J., Gombojav, N., Linkenbach, J., & Sege, R. (2019). Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample. *JAMA Pediatrics*, 173(11), e193007. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>
- Black, D. S., Sussman, S., & Unger, J. B. (2010). A Further Look at the Intergenerational Transmission of Violence: Witnessing Interparental Violence in Emerging Adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 1022–1042. <https://doi.org/10.1177/0886260509340539>
- Boisgontier, M. P., Orsholits, D., von Arx, M., Sieber, S., Miller, M. W., Courvoisier, D., Iversen, M. D., Cullati, S., & Cheval, B. (2020). Adverse Childhood Experiences, Depressive Symptoms, Functional Dependence, and Physical Activity: A Moderated Mediation Model. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(8), 790–799. <https://doi.org/10.1123/jpah.2019-0133>
- Boleková, V., & Chlebcová, V. (2021). Odpúšťanie a posttraumatický rozvoj odliečených onkologických pacientov. In *Sociálni procesy a osobnosť 2020* (pp. 20–26). Masarykova Univerzita.
- Boleková, V., & Chlebcová, V. (2024). Predictors of forgiveness in cancer patients after treatment. *Health Psychology Report*. <https://doi.org/10.5114/hpr/177729>
- Bono, G., McCullough, M. E., & Root, L. M. (2008). Forgiveness, Feeling Connected to Others, and Well-Being: Two Longitudinal Studies. *Personality and Social Psychology*

- Bulletin*, 34(2), 182–195. <https://doi.org/10.1177/0146167207310025>
- Bowlby, J. (2023). *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.
- Brindle, R. C., Cribbet, M. R., Samuelsson, L. B., Gao, C., Frank, E., Krafty, R. T., Thayer, J. F., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2018). The Relationship Between Childhood Trauma and Poor Sleep Health in Adulthood. *Psychosomatic Medicine*, 80(2), 200–207. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000542>
- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., & Giles, W. H. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389–396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Carletto, S., Oliva, F., Barnato, M., Antonelli, T., Cardia, A., Mazzaferro, P., Raho, C., Ostacoli, L., Fernandez, I., & Pagani, M. (2018). EMDR as Add-On Treatment for Psychiatric and Traumatic Symptoms in Patients with Substance Use Disorder. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02333>
- Cavanna, A. E., & Trimble, M. R. (2006). The precuneus: a review of its functional anatomy and behavioural correlates. *Brain*, 129(3), 564–583. <https://doi.org/10.1093/brain/awl004>
- Çelik, E., & Ertürk, K. (2022). The effect of forgiveness psychoeducation on forgiveness and life satisfaction in high school students. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(1), 187–196. <https://doi.org/10.1002/capr.12418>
- Chapman, D. P., Wheaton, A. G., Anda, R. F., Croft, J. B., Edwards, V. J., Liu, Y., Sturgis, S. L., & Perry, G. S. (2011). Adverse childhood experiences and sleep disturbances in adults. *Sleep Medicine*, 12(8), 773–779. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.013>
- Charles, L. E., Mnatsakanova, A., Fekedulegn, D., Violanti, J. M., Gu, J. K., & Andrew, M. E. (2022). Associations of adverse childhood experiences (ACEs) with sleep duration and quality: the BCOPS study. *Sleep Medicine*, 89, 166–175. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.12.011>
- Chen, H. J., Zhang, L., Ke, J., Qi, R., Xu, Q., Zhong, Y., Pan, M., Li, J., Lu, G. M., & Chen, F. (2019). Altered resting-state dorsal anterior cingulate cortex functional connectivity in patients with post-traumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(1), 68–79. <https://doi.org/10.1177/0004867418812674>
- Chen, R., Gillespie, A., Zhao, Y., Xi, Y., Ren, Y., & McLean, L. (2018). The Efficacy of Eye

- Movement Desensitization and Reprocessing in Children and Adults Who Have Experienced Complex Childhood Trauma: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00534>
- Chi, X., Jiang, W., Guo, T., Hall, D. L., Luberto, C. M., & Zou, L. (2023). Relationship between adverse childhood experiences and anxiety symptoms among Chinese adolescents: The role of self-compassion and social support. *Current Psychology*, 42(15), 12822–12834. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02534-5>
- Chlebcová, V., & Greškovičová, K. (2019). *Heartlandský dotazník odpúšťania - preklad*. <https://doi.org/https://static1.squarespace.com/static/562403d2e4b0a77217f38772/t/5d9663f50903db39acc4172/1570137078087/HFS-Slovak-scoring-interpreting.pdf>
- Choi, B., & Park, S. (2021). Bullying Perpetration, Victimization, and Low Self-esteem: Examining Their Relationship Over Time. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(4), 739–752. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01379-8>
- Ciydem, E., & Avci, D. (2025). The Effect of Forgiveness and Resilience on Anxiety, Depression and Stress in Nursing Students. *Journal of Holistic Nursing*, 43(1), 26–37. <https://doi.org/10.1177/08980101241295944>
- Clancy, F., Prestwich, A., Caperon, L., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2020). The association between worry and rumination with sleep in non-clinical populations: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 14(4), 427–448. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1700819>
- Cloitre, Marylene, Khan, Christina, Mackintosh, Margaret-Anne, Garvert, Donn W., Henn-Haase, Clare M., Falvey, Erin C., Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 82–89.
- Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M.-A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>
- Cmurová, J., & Záhorcová, L. (2023). Qualitative analysis of forgiveness towards parents and examination of connections to current romantic relationship in adults from children's homes. *Children and Youth Services Review*, 155, 107151. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107151>
- Conway, M. A., Cabrera, O. A., Clarke-Walper, K., Dretsch, M. N., Holzinger, J. B., Riviere, L. A., & Quartana, P. J. (2020). Sleep disturbance mediates the association of adverse

- childhood experiences with mental health symptoms and functional impairment in US soldiers. *Journal of Sleep Research*, 29(4). <https://doi.org/10.1111/jsr.13026>
- Coyle, C. T., & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1042–1046. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.6.1042>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: a systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385–400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Cross, B. J., Collard, J. J., & Levidi, M. D. C. (2023). Core self-evaluation, rumination and forgiveness as an influence on emotional distress. *Current Psychology*, 42(3), 2087–2099. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01628-4>
- Crouch, E., Radcliff, E., Strompolis, M., & Wilson, A. (2018). Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Alcohol Abuse among South Carolina Adults. *Substance Use & Misuse*, 53(7), 1212–1220. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1400568>
- Cuijpers, P., Veen, S. C. van, Sijbrandij, M., Yoder, W., & Cristea, I. A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 165–180. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>
- Daines, C. L., Hansen, D., Novilla, M. L. B., & Crandall, A. (2021). Effects of positive and negative childhood experiences on adult family health. *BMC Public Health*, 21(1), 651. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10732-w>
- Danese, A., & Lewis, J. S. (2017). Psychoneuroimmunology of Early-Life Stress: The Hidden Wounds of Childhood Trauma? *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 99–114. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.198>
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Danielsdóttir, H. B., Aspelund, T., Shen, Q., Halldorsdottir, T., Jakobsdóttir, J., Song, H., Lu, D., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Fall, K., Magnusson, P. K. E., Fang, F., Bergstedt, J., & Valdimarsdóttir, U. A. (2024). Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 81(6), 586. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039>
- Degli Esposti, M., Humphreys, D. K., Jenkins, B. M., Gasparini, A., Pooley, S., Eisner, M., & Bowes, L. (2019). Long-term trends in child maltreatment in England and Wales, 1858–

- 2016: an observational, time-series analysis. *The Lancet Public Health*, 4(3), e148–e158. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30002-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30002-7)
- Demers, L. A., Olson, E. A., Crowley, D. J., Rauch, S. L., & Rosso, I. M. (2015). Dorsal Anterior Cingulate Thickness Is Related to Alexithymia in Childhood Trauma-Related PTSD. *PLOS ONE*, 10(10), e0139807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139807>
- Deschênes, S. S., Kivimäki, M., & Schmitz, N. (2021). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Coronary Heart Disease in Adulthood: Examining Potential Psychological, Biological, and Behavioral Mediators in the Whitehall II Cohort Study. *Journal of the American Heart Association*, 10(10). <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.019013>
- DeWall, C. N., Pond, R. S., & Bushman, B. J. (2010). Sweet revenge: Diabetic symptoms predict less forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 823–826. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.030>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. S. & S. J. L. (Eds.) (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 463–73). Oxford University Press.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). *Recent findings on subjective well-being*. 24, 25–41.
- Dršťáková, Ž., Záhorcová, L., & Teličák, P. (n.d.). *Pilot version of self-forgiveness intervention for academic procrastination in university students*.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713–725. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Eger, E. E. (2018). *Vol'ba*. Eastone Books.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741–753. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.741>
- Elbow, M. (1982). Children of Violent Marriages: The Forgotten Victims. *Social Casework*, 63(8), 465–471. <https://doi.org/10.1177/104438948206300803>

- Ellett, L., Foxall, A., Wildschut, T., & Chadwick, P. (2023). Dispositional forgiveness buffers paranoia following interpersonal transgression. *Journal of Personality*, 91(3), 556–565. <https://doi.org/10.1111/jopy.12755>
- Enright, R. D., & Rique, J. (2004). *The Enright forgiveness inventory sampler set manual, instrument, and scoring guide*. Mind Garden.
- Enright, R. D. (1996). Counseling Within the Forgiveness Triad: On Forgiving, Receiving Forgiveness, and Self-Forgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107–126. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.1996.tb00844.x>
- Enright, R. D. (2001). *Forgiveness is a Choice: A Step-by-Step Process for Resolving Anger and Restoring Hope*. American Psychological Association.
- Enright, R. D. (2012). *The Forgiving Life: A Pathway to Overcoming Resentment and Creating a Legacy of Love*. American Psychological Association.
- Enright, R. D., Rique, J., Lustosa, R., Song, J. Y., Komoski, M. C., Batool, I., Bolt, D., Sung, H., Huang, S. T. T., Park, Y., Leer-Salvesen, P. E., Andrade, T., Naeem, A., Viray, J., & Costuna, E. (2022). Validating the Enright Forgiveness Inventory – 30 (EFI-30). *European Journal of Psychological Assessment*, 38(2), 113–123. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000649>
- Enright, R. D., Santos, M. J. D., & Al-Mabuk, R. (1989). The adolescent as forgiver. *Journal of Adolescence*, 12(1), 95–110. [https://doi.org/10.1016/0140-1971\(89\)90092-4](https://doi.org/10.1016/0140-1971(89)90092-4)
- Eyring, J. B., Leavitt, C. E., Allsop, D. B., & Clancy, T. J. (2021). Forgiveness and Gratitude: Links Between Couples’ Mindfulness and Sexual and Relational Satisfaction in New Cisgender Heterosexual Marriages. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(2), 147–161. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1842571>
- Feinstein, J. S., Adolphs, R., Damasio, A., & Tranel, D. (2011). The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear. *Current Biology*, 21(1), 34–38. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2010.11.042>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Ferrero-Hernández, P., O’Donovan, G., Petermann-Rocha, F., Christofaro, D. G. D., Cristi-Montero, C., Marques, A., Nascimento, M. de M., Farías-Valenzuela, C., Rezende, L. F. M., & Ferrari, G. (2025). Association between lifestyle risk factors and mortality in the Mexico City prospective study. *Scientific Reports*, 15(1), 145.

- <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84104-w>
- Finlay, S., Roth, C., Zimsen, T., Bridson, T. L., Sarnyai, Z., & McDermott, B. (2022). Adverse childhood experiences and allostatic load: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 136, 104605. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2022.104605>
- Fox, B. H., Perez, N., Cass, E., Baglivio, M. T., & Epps, N. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.01.011>
- Frankl, V. E. (Viktor E. (2011). *Hľadanie zmyslu života Napriek všetkému povedať životu ÁNO*. Eastone Books.
- Freedman, S., & Chang, W.-C. R. (2010). An Analysis of a Sample of the General Population's Understanding of Forgiveness: Implications for Mental Health Counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(1), 5–34. <https://doi.org/10.17744/mehc.32.1.a0x246r8l6025053>
- Freedman, S. R., & Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 983–992. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.5.983>
- Freyd, J. J. (1996). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Harvard University Press.
- Friedberg, J. P., Suchday, S., & Srinivas, V. S. (2009). Relationship Between Forgiveness and Psychological and Physiological Indices in Cardiac Patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 205–211. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9016-2>
- Friedman, N. P., & Robbins, T. W. (2022). The role of prefrontal cortex in cognitive control and executive function. *Neuropsychopharmacology*, 47(1), 72–89. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01132-0>
- Gao, C., Guo, J., Gong, T.-T., Lv, J.-L., Li, X.-Y., Liu, F.-H., Zhang, M., Shan, Y.-T., Zhao, Y.-H., & Wu, Q.-J. (2022). Sleep Duration/Quality With Health Outcomes: An Umbrella Review of Meta-Analyses of Prospective Studies. *Frontiers in Medicine*, 8. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.813943>
- Gao, F., Li, Y., & Bai, X. (2022). Forgiveness and subjective well-being: A meta-analysis review. *Personality and Individual Differences*, 186, 111350. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111350>
- Geuze, E., Vermetten, E., de Kloet, C. S., & Westenberg, H. G. M. (2007). *Precuneal activity*

- during encoding in veterans with posttraumatic stress disorder (pp. 293–297). [https://doi.org/10.1016/S0079-6123\(07\)67026-5](https://doi.org/10.1016/S0079-6123(07)67026-5)
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- Giovanelli, A., Reynolds, A. J., Mondì, C. F., & Ou, S.-R. (2016). Adverse Childhood Experiences and Adult Well-Being in a Low-income, Urban Cohort. *Pediatrics*, 137(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4016>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W., & Gross, J. J. (2008). The Neural Bases of Emotion Regulation: Reappraisal and Suppression of Negative Emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577–586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>
- Golkar, A., Lonsdorf, T. B., Olsson, A., Lindstrom, K. M., Berrebi, J., Fransson, P., Schalling, M., Ingvar, M., & Öhman, A. (2012). Distinct Contributions of the Dorsolateral Prefrontal and Orbitofrontal Cortex during Emotion Regulation. *PLoS ONE*, 7(11), e48107. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048107>
- Greenberg, D. M., Baron-Cohen, S., Rosenberg, N., Fonagy, P., & Rentfrow, P. J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLOS ONE*, 13(10), e0203886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>
- Greenberg, L. G. (2021). *Changing Emotion With Emotion*. American Psychological Association.
- Griffin, B. J., Worthington, E. L., Lavelock, C. R., Wade, N. G., & Hoyt, W. T. (2015). Forgiveness and Mental Health. In *Forgiveness and Health* (pp. 77–90). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-9993-5_6
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Güloğlu, B., Karairmak, Ö., & Emiral, E. (2016). Çocukluk çağı travmalarının tinsellik ve affetme üzerindeki rolü [The role of spirituality and forgiveness in childhood trauma]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 309–316.
- Gunduz, A., Gundogmus, I., Engin, B., İşler, A., Sertcelik, S., & Yasar, A. (2019). Effects of adverse childhood events over metacognitions, rumination, depression and worry in healthy university students. *Annals of Medical Research*, 1. <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2019.05.269>
- Hales, G. K., Saribaz, Z. E., Debowska, A., & Rowe, R. (2023). Links of Adversity in

- Childhood With Mental and Physical Health Outcomes: A Systematic Review of Longitudinal Mediating and Moderating Mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1465–1482. <https://doi.org/10.1177/15248380221075087>
- Hannon, P. A., Finkel, E. J., Kumashiro, M., & Rusbult, C. E. (2012). The soothing effects of forgiveness on victims' and perpetrators' blood pressure. *Personal Relationships*, 19(2), 279–289. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01356.x>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.
- Hébert, M., Langevin, R., & Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.044>
- Hebl, J., & Enright, R. D. (1993). Forgiveness as a psychotherapeutic goal with elderly females. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(4), 658–667. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.30.4.658>
- Heilbronner, S. R., & Hayden, B. Y. (2016). Dorsal Anterior Cingulate Cortex: A Bottom-Up View. *Annual Review of Neuroscience*, 39(1), 149–170. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-070815-013952>
- Hillebrant-Openshaw, M. J., & Wong, M. M. (2024). The Mediating Role of Sleep Quality, Regularity, and Insomnia on the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Resilience. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00595-1>
- Himmerich, S. J., & Orcutt, H. K. (2021). Examining a brief self-compassion intervention for emotion regulation in individuals with exposure to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(8), 907–910. <https://doi.org/10.1037/tra0001110>
- Hinojosa, M. S., & Hinojosa, R. (2024). Positive and adverse childhood experiences and mental health outcomes of children. *Child Abuse & Neglect*, 149, 106603. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106603>
- Ho, M. Y., Worthington, E. L., Cowden, R. G., Bechara, A. O., Chen, Z. J., Gunatirin, E. Y., Joynt, S., Khalanskyi, V. V., Korzhov, H., Kurniati, N. M. T., Rodriguez, N., Anastasiya Salnykova, A., Shtanko, L., Tymchenko, S., Voytenko, V. L., Zulkaida, A., Mathur, M. B., & VanderWeele, T. J. (2024). International REACH forgiveness intervention: a multisite randomised controlled trial. *BMJ Public Health*, 2(1), e000072. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000072>

- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. H., & Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of Affective Disorders*, 198, 189–197. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.050>
- Horneyová, K. (2007). *Neurotická osobnost naší doby*. Portál.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Hur, Y.-M. (2006). Nonadditive Genetic Effects on Hostility in South Korean Adolescent and Young Adult Twins. *Twin Research and Human Genetics*, 9(5), 637–641. <https://doi.org/10.1375/183242706778553408>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of Change in the Relationship between Self-Compassion, Emotion Regulation, and Mental Health: A Systematic Review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215–235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Iob, E., Lacey, R., & Steptoe, A. (2020). Adverse childhood experiences and depressive symptoms in later life: Longitudinal mediation effects of inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 90, 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.045>
- Ioverno, S., Pallini, S., Farina, F., Lizzadro, F., & Barcaccia, B. (2022). The less you judge, the better you sleep: The benefits of mindfulness and forgiveness for insomnia and sleep problems. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 86(4), 324–338. <https://doi.org/10.1521/bumc.2022.86.4.324>
- Jackson, D. B., Testa, A., Woodward, K. P., Qureshi, F., Ganson, K. T., & Nagata, J. M. (2022). Adverse Childhood Experiences and Cardiovascular Risk among Young Adults: Findings from the 2019 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11710. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811710>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Jiang, X., Ji, L., Chen, Y., Zhou, C., Ge, C., & Zhang, X. (2021). How to Improve the Well-Being of Youths: An Exploratory Study of the Relationships Among Coping Style,

- Emotion Regulation, and Subjective Well-Being Using the Random Forest Classification and Structural Equation Modeling. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.637712>
- Juruena, M. F., Erer, F., Cleare, A. J., & Young, A. H. (2020). The Role of Early Life Stress in HPA Axis and Anxiety. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 141–153. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9
- Kajeepeeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L., & Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review. *Sleep Medicine*, 16(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.013>
- Kaleta, K., & Mróz, J. (2021). The effect of apology on emotional and decisional forgiveness: The role of personality. *Personality and Individual Differences*, 168, 110310. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110310>
- Kalmijn, M. (2016). Father–Child Contact, Interparental Conflict, and Depressive Symptoms among Children of Divorced Parents. *European Sociological Review*, 32(1), 68–80. <https://doi.org/10.1093/esr/jcv095>
- Kascakova, N., Furstova, A., Solcova, I., Polackova, I. P., Biescad, M., Hasto, J., & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza českej verzie dotazníka Trauma z dĕtství (CTQ) so sociodemografickými rozdielmi v traumatizácii dospelých obyvateľov Českej republiky. *Československá Psychologie*, 22(3), 212–230.
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova-Geckova, A., & Tavel, P. (2020). When a Head Is about to Burst: Attachment Mediates the Relationship Between Childhood Trauma and Migraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4579. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124579>
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., Madarasova Geckova, A., & Tavel, P. (2020). The Unholy Trinity: Childhood Trauma, Adulthood Anxiety, and Long-Term Pain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 414. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020414>
- Kascakova, N., Furstova, J., Hasto, J., & Tavel, P. (2025). Associations of multiple adverse childhood experiences, attachment insecurity and loneliness with physical and mental health difficulties in a representative Slovak sample. *Preventive Medicine Reports*, 50, 102982. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2025.102982>
- Kim, J. J., & Enright, R. D. (2016). “State and trait forgiveness”: A philosophical analysis and implications for psychotherapy. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(1), 32–44. <https://doi.org/10.1037/scp0000090>

- Kobrinisky, V., & Siedlecki, K. L. (2023). Mediators of the Relationship Between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and Symptoms of Anxiety, Depression, and Suicidality among Adults. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 233–246. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00510-0>
- Kolk, B. van der. (2022). *Telo si pamätá Mozog, myseľ a telo pri liečení traumy*. Tatran.
- Kotouček, P., Enright, R., Gregor Sorgerová, S., Hunáková, L., Chlebcová, V., Cholužová, D., Jakubíková, J., Mravec, B., Naništová, E., Paneková, L., & Sedlák, J. (2023). Neurobiology of multiple myeloma and its therapeutical use – results of the pilot study with a control arm. *Klinická Onkologie*, 36(4). <https://doi.org/10.48095/ccko2023287>
- Kuhfuß, M., Maldei, T., Hetmanek, A., & Baumann, N. (2021). Somatic experiencing – effectiveness and key factors of a body-oriented trauma therapy: a scoping literature review. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1929023>
- Lawler-Row, K. A. (2010). Forgiveness as a mediator of the religiosity—health relationship. *Psychology of Religion and Spirituality*, 2(1), 1–16. <https://doi.org/10.1037/a0017584>
- Lawler-Row, K. A., Karremans, J. C., Scott, C., Edlis-Matityahou, M., & Edwards, L. (2008). Forgiveness, physiological reactivity and health: The role of anger. *International Journal of Psychophysiology*, 68(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2008.01.001>
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Jobe, R. L., Edmondson, K. A., & Jones, W. H. (2005). The Unique Effects of Forgiveness on Health: An Exploration of Pathways. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(2), 157–167. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-3665-2>
- Lee, Y.-R., & Enright, R. D. (2014). A forgiveness intervention for women with fibromyalgia who were abused in childhood: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice*, 1(3), 203–217. <https://doi.org/10.1037/scp0000025>
- Lee, Y.-R., & Enright, R. D. (2019). A meta-analysis of the association between forgiveness of others and physical health. *Psychology & Health*, 34(5), 626–643. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1554185>
- Levine, P. (2019). *Léčba traumatu Program probuzení moudrosti těla*. Maitrea.
- Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>
- Li, H., & Lu, J. (2017). The Neural Association between Tendency to Forgive and Spontaneous Brain Activity in Healthy Young Adults. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11.

<https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00561>

- Li, J., Qiu, J., & Li, H. (2023). Connectome-based predictive modeling of trait forgiveness. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 18(1). <https://doi.org/10.1093/scan/nsad002>
- Li, M., D'Arcy, C., & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Liebenberg, L., Ungar, M., & LeBlanc, J. C. (2013). The CYRM-12: A Brief Measure of Resilience. *Canadian Journal of Public Health*, 104(2), e131–e135. <https://doi.org/10.1007/BF03405676>
- Litz, B. T., Plouffe, R. A., Nazarov, A., Murphy, D., Phelps, A., Coady, A., Houle, S. A., Dell, L., Frankfurt, S., Zerach, G., & Levi-Belz, Y. (2022). Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.923928>
- Long, K. N. G., Worthington, E. L., VanderWeele, T. J., & Chen, Y. (2020). Forgiveness of others and subsequent health and well-being in mid-life: a longitudinal study on female nurses. *BMC Psychology*, 8(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00470-w>
- Lu, S., Xu, R., Cao, J., Yin, Y., Gao, W., Wang, D., Wei, Z., Hu, S., Huang, M., Li, L., & Xu, Y. (2019). The left dorsolateral prefrontal cortex volume is reduced in adults reporting childhood trauma independent of depression diagnosis. *Journal of Psychiatric Research*, 112, 12–17. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.02.014>
- Maio, G. R., Thomas, G., Fincham, F. D., & Carnelley, K. B. (2008). Unraveling the role of forgiveness in family relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(2), 307–319. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.2.307>
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665–680. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>
- Mao, Y., Chen, J., Liu, X., Dang, J., & Schiöth, H. B. (2024). Social support predicted subsequent subjective well-being during the COVID-19 pandemic: a prospective study. *BMC Public Health*, 24(1), 943. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18473-2>
- Mariotti, A. (2015). The Effects of Chronic Stress On Health: New Insights Into the Molecular Mechanisms of Brain–Body Communication. *Future Science OA*, 1(3). <https://doi.org/10.4155/fso.15.21>

- Martinčeková, L., & Klatt, J. (2017). Mothers' Grief, Forgiveness, and Posttraumatic Growth After the Loss of a Child. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 75(3), 248–265. <https://doi.org/10.1177/0030222816652803>
- McCullough, M. E., Pargament, K. I., & Thoresen, C. E. (2001). *Forgiveness: Theory, Research, and Practice*. The Guilford Press.
- McDonnell, C. J., & Garbers, S. V. (2018). Adverse childhood experiences and obesity: Systematic review of behavioral interventions for women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(4), 387–395. <https://doi.org/10.1037/tra0000313>
- McEwen, B. S. (1998). Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840(1), 33–44. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x>
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Biological Psychiatry*, 54(3), 200–207. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00177-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00177-X)
- McKeen, H., Hook, M., Podduturi, P., Beitzell, E., Jones, A., & Liss, M. (2023). Mindfulness as a mediator and moderator in the relationship between adverse childhood experiences and depression. *Current Psychology*, 42(8), 6576–6586. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02003-z>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Bromet, E. J., Karam, E. G., Liu, H., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Sampson, N. A., Stein, D. J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Borges, G., Demyttenaere, K., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Kawakami, N., ... Kessler, R. C. (2017). Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 211(5), 280–288. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.197640>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., & Guinn, A. S. (2018). Prevalence of Adverse Childhood Experiences From the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatrics*, 172(11), 1038. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Miu, A. C., Szentágotai-Tătar, A., Balázsi, R., Nechita, D., Bunea, I., & Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>

- Mlouki, I., Naimi, A., Sioud, I., Bouanene, I., & El Mhamdi, S. (2023). Adverse childhood experiences and sleep disorders among Tunisian adolescents: The mediating role of internet addiction. *Child Abuse & Neglect*, 136, 106028. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106028>
- Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Moody, G., Cannings-John, R., Hood, K., Kemp, A., & Robling, M. (2018). Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. *BMC Public Health*, 18(1), 1164. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6044-y>
- Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S., & Egede, L. E. (2019). Assessing the relationship between adverse childhood experiences and life satisfaction, psychological well-being, and social well-being: United States Longitudinal Cohort 1995–2014. *Quality of Life Research*, 28(4), 907–914. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2054-6>
- Moyes, E., Nutman, G., & Mirman, J. H. (2022). The Efficacy of Targeted Mindfulness-Based Interventions for Improving Mental Health and Cognition Among Youth and Adults with ACE Histories: A Systematic Mixed Studies Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(4), 1165–1177. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00454-5>
- Mróz, J., & Kaleta, K. (2023). Forgive, Let Go, and Stay Well! The Relationship between Forgiveness and Physical and Mental Health in Women and Men: The Mediating Role of Self-Consciousness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6229. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136229>
- Mróz, J., Toussaint, L., & Kaleta, K. (2024). Association between Religiosity and Forgiveness: Testing a Moderated Mediation Model of Self-Compassion and Adverse Childhood Experiences. *Religions*, 15(9), 1137. <https://doi.org/10.3390/rel15091137>
- Muñoz, R. T., & Hanks, H. (2021). A Structural Model of Adverse Childhood Experiences as Antecedents of Rumination Leading to Lower Hope. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19–20), 9790–9807. <https://doi.org/10.1177/0886260519868195>
- Nam, C. N., J. Bryant, D., & F, W. (2016). The Neural Correlates of Moral Thinking: A Meta-Analysis. *International Journal of Computational & Neural Engineering*, 28–39. <https://doi.org/10.19070/2572-7389-160005>
- Narayan, A. J., Frederick, D. E., Merrick, J. S., Sayyah, M. D., & Larson, M. D. (2023).

- Childhood Centeredness is a Broader Predictor of Young Adulthood Mental Health than Childhood Adversity, Attachment, and Other Positive Childhood Experiences. *Adversity and Resilience Science*, 4(2), 191–210. <https://doi.org/10.1007/s42844-023-00089-x>
- Nation, J. A., Wertheim, E. H., & Worthington, E. L. (2018). Evaluation of an online self-help version of the REACH forgiveness program: Outcomes and predictors of persistence in a community sample. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 819–838. <https://doi.org/10.1002/jclp.22557>
- Negriff, S., Schneiderman, J. U., & Trickett, P. K. (2015). Child Maltreatment and Sexual Risk Behavior. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(9), 708–716. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000204>
- Nejati, V., Majdi, R., Salehinejad, M. A., & Nitsche, M. A. (2021). The role of dorsolateral and ventromedial prefrontal cortex in the processing of emotional dimensions. *Scientific Reports*, 11(1), 1971. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-81454-7>
- Nelson, J., Klumpparendt, A., Doebler, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>
- Nogovitsyn, N., Addington, J., Souza, R., Placsko, T. J., Stowkowy, J., Wang, J., Goldstein, B. I., Bray, S., Lebel, C., Taylor, V. H., Kennedy, S. H., & MacQueen, G. (2022). Childhood trauma and amygdala nuclei volumes in youth at risk for mental illness. *Psychological Medicine*, 52(6), 1192–1199. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003177>
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>
- O’Beirne, S., & Harmon, D. (2024). Forgiveness and Chronic Pain: A Cohort Study. *Pain Studies and Treatment*, 12(02), 13–20. <https://doi.org/10.4236/pst.2024.122002>
- Olsen, E. L., April-Sanders, A. K., Bird, H. R., Canino, G. J., Duarte, C. S., & Suglia, S. F. (2024). Adverse Childhood Experiences and Sleep Disturbances Among Puerto Rican Young Adults. *JAMA Network Open*, 7(4), e247532. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.7532>
- Osterndorf, C. L., Enright, R. D., Holter, A. C., & Klatt, J. S. (2011). Treating Adult Children of Alcoholics Through Forgiveness Therapy. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(3), 274–292. <https://doi.org/10.1080/07347324.2011.586285>
- Pan, B., Fan, S., Wang, Y., & Li, Y. (2022). The relationship between trait mindfulness and subjective wellbeing of kindergarten teachers: The sequential mediating role of emotional

- intelligence and self-efficacy. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.973103>
- Panikratova, Y. R., Vlasova, R. M., Akhutina, T. V., Korneev, A. A., Sinitsyn, V. E., & Pechenkova, E. V. (2020). Functional connectivity of the dorsolateral prefrontal cortex contributes to different components of executive functions. *International Journal of Psychophysiology*, 151, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.02.013>
- Park, E.-J., Kim, S.-Y., Kim, Y., Sung, D., Kim, B., Hyun, Y., Jung, K.-I., Lee, S.-Y., Kim, H., Park, S., Kim, B.-N., & Park, M.-H. (2020). The Relationship between Adverse Childhood Experiences and Sleep Problems among Adolescent Students: Mediation by Depression or Anxiety. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 236. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010236>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Peter Levine. (2019). *Léčba traumatu. Program probuzení moudrosti těla*. Maitrea.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford University Press; American Psychological Association.
- Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113–139. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1705872>
- Porges, S., & Porges, S. W. (2024). *Náš polyvagální svět Jak nás pocit bezpečí a trauma mění*. Maitrea.
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301–318. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, T. W., & Porges, S. (2024). *Náš polyvagální svět Jak nás pocit bezpečí a trauma mění*. Maitrea.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717–731. <https://doi.org/10.3758/BF03206553>
- Qu, G., Ma, S., Liu, H., Han, T., Zhang, H., Ding, X., Sun, L., Qin, Q., Chen, M., & Sun, Y. (2022). Positive childhood experiences can moderate the impact of adverse childhood experiences on adolescent depression and anxiety: Results from a cross-sectional survey. *Child Abuse & Neglect*, 125, 105511. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105511>
- Quintana-Orts, C., Rey, L., & Worthington, E. L. (2021). The Relationship Between

- Forgiveness, Bullying, and Cyberbullying in Adolescence: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(3), 588–604. <https://doi.org/10.1177/1524838019869098>
- Rahmandani, A., Salma, S., Kaloeti, D., Sakti, H., & Suparno, S. (2022). Which dimensions of forgiveness mediate and moderate childhood trauma and depression? Insights to prevent suicide risk among university students. *Health Psychology Report*, 10(3), 177–190. <https://doi.org/10.5114/hpr/150252>
- Rebollo, I., & Boomsma, D. I. (2006). Genetic Analysis of Anger: Genetic Dominance or Competitive Sibling Interaction. *Behavior Genetics*, 36(2), 216–228. <https://doi.org/10.1007/s10519-005-9025-8>
- Reed, G. L., & Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 920–929. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.920>
- Ria Sidana, N. K. (2024). Impact of Adverse Childhood Experiences on Overall Life Satisfaction in Young Adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 12(2), 1818–1833. <https://doi.org/10.25215/1202.155>
- Ricciardi, E., Rota, G., Sani, L., Gentili, C., Gaglianese, A., Guazzelli, M., & Pietrini, P. (2013). How the brain heals emotional wounds: the functional neuroanatomy of forgiveness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00839>
- Riek, B., & Mania, E. W. (2012). The antecedents and consequences of interpersonal forgiveness: A meta-analytic review. *Personal Relationships*, 19(2), 304–325. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01363.x>
- Riggs, S. A. (2010). Childhood Emotional Abuse and the Attachment System Across the Life Cycle: What Theory and Research Tell Us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5–51. <https://doi.org/10.1080/10926770903475968>
- Ripley, J. S., & Worthington, E. L. (2002). Hope-Focused and Forgiveness-Based Group Interventions to Promote Marital Enrichment. *Journal of Counseling & Development*, 80(4), 452–463. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00212.x>
- Rivera, P. M., & Fincham, F. (2015). Forgiveness as a Mediator of the Intergenerational Transmission of Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 895–910. <https://doi.org/10.1177/0886260514539765>
- Rojo-Wissar, D. M., Davidson, R. D., Beck, C. J., Kobayashi, U. S., VanBlargan, A. C., & Haynes, P. L. (2019). Sleep quality and perceived health in college undergraduates with adverse childhood experiences. *Sleep Health*, 5(2), 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2018.11.007>

- Rojo-Wissar, D. M., Reid, M. J., Burton, E., Sosnowski, D. W., Smith, M. T., Coughlin, J. W., Spira, A. P., & Salwen-Deremer, J. K. (2023). Adverse childhood experiences and sleep links in a predominantly Black sample of overweight adults. *Stress and Health*, 39(1), 209–218. <https://doi.org/10.1002/smi.3182>
- Roman-Juan, J., Solé, E., Sánchez-Rodríguez, E., Castarlenas, E., Jensen, M. P., & Miró, J. (2023). Adverse Childhood Events and Chronic Pain in Adolescents: The Role of Sleep Disturbance. *Journal of Pediatric Psychology*, 48(11), 931–939. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsad063>
- Rutledge, T., Reis, V. A., Linke, S. E., Greenberg, B. H., & Mills, P. J. (2006). Depression in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 48(8), 1527–1537. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2006.06.055>
- Samji, H., Long, D., Herring, J., Correia, R., & Maloney, J. (2024). Positive childhood experiences serve as protective factors for mental health in pandemic-era youth with adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 106640. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106640>
- Sandage, S. J., Long, B., Moen, R., Jankowski, P. J., Worthington, E. L., Wade, N. G., & Rye, M. S. (2015). Forgiveness in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Clinical Psychology*, 71(7), 625–640. <https://doi.org/10.1002/jclp.22185>
- Santoro, A. F., Suchday, S., Robbins, R. N., Benkhokha, A., & Zemon, V. (2021). Childhood adversity and physical health among Asian Indian emerging adults in the United States: Exploring disease-specific vulnerabilities and the role of anger. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 214–222. <https://doi.org/10.1037/tra0000942>
- Santos, M., Burton, E. T., Cadieux, A., Gaffka, B., Shaffer, L., Cook, J. L., & Tucker, J. M. (2023). Adverse childhood experiences, health behaviors, and associations with obesity among youth in the United States. *Behavioral Medicine*, 49(4), 381–391. <https://doi.org/10.1080/08964289.2022.2077294>
- Schaan, V. K., Schulz, A., Schächinger, H., & Vögele, C. (2019). Parental divorce is associated with an increased risk to develop mental disorders in women. *Journal of Affective Disorders*, 257, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.071>
- Schroeder, K., Schuler, B. R., Kobulsky, J. M., & Sarwer, D. B. (2021). The association between adverse childhood experiences and childhood obesity: A systematic review. *Obesity Reviews*, 22(7). <https://doi.org/10.1111/obr.13204>

- Scott, K. M., Smith, D. R., & Ellis, P. M. (2010). Prospectively Ascertained Child Maltreatment and Its Association With DSM-IV Mental Disorders in Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 712. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.71>
- Seitz, K. I., Leitenstorfer, J., Krauch, M., Hillmann, K., Boll, S., Ueltzhoeffer, K., Neukel, C., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2021). An eye-tracking study of interpersonal threat sensitivity and adverse childhood experiences in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00141-7>
- Senaratne, D. N. S., Thakkar, B., Smith, B. H., Hales, T. G., Marryat, L., & Colvin, L. A. (2024). The impact of adverse childhood experiences on multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 22(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03505-w>
- Shakoor, S., Theobald, D., & Farrington, D. P. (2022). Intergenerational Continuity of Intimate Partner Violence Perpetration: An Investigation of Possible Mechanisms. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(7–8), NP5208–NP5227. <https://doi.org/10.1177/0886260520959629>
- Shapiro, F., Korn, D., & Stickgold, R. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy*. Guilford Publications.
- Sheehan, C. M., Li, L., & Friedman, E. M. (2020). Quantity, timing, and type of childhood adversity and sleep quality in adulthood. *Sleep Health*, 6(2), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2020.01.010>
- Shenhav, A., Cohen, J. D., & Botvinick, M. M. (2016). Dorsal anterior cingulate cortex and the value of control. *Nature Neuroscience*, 19(10), 1286–1291. <https://doi.org/10.1038/nn.4384>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>
- Sirotiak, Z., Thomas, E. B. K., Wade, N. G., & Brellenthin, A. G. (2024). Associations between forgiveness and physical and mental health in the context of long COVID. *Journal of Psychosomatic Research*, 178, 111612. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111612>
- Skolnick, V. G., Lynch, B. A., Smith, L., Romanowicz, M., Blain, G., & Toussaint, L. (2023). The Association Between Parent and Child ACEs is Buffered by Forgiveness of Others

- and Self-Forgiveness. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(4), 995–1003. <https://doi.org/10.1007/s40653-023-00552-y>
- Smith-Etxeberria, K., & Eceiza, A. (2021). Mother-Child and Father-Child Relationships in Emerging Adults from Divorced and Non-Divorced Families. *Social Sciences*, 10(10), 382. <https://doi.org/10.3390/socsci10100382>
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 236–245. <https://doi.org/10.1037/a0024855>
- Snyder, C. R., & Heinze, L. S. (2005). Forgiveness as a mediator of the relationship between PTSD and hostility in survivors of childhood abuse. *Cognition & Emotion*, 19(3), 413–431. <https://doi.org/10.1080/02699930441000175>
- Snyder, K. S., Luchner, A. F., & Tantleff-Dunn, S. (2024). Adverse childhood experiences and insecure attachment: The indirect effects of dissociation and emotion regulation difficulties. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 16(Suppl 1), S20–S27. <https://doi.org/10.1037/tra0001532>
- Song, W., & Qian, X. (2020). Adverse Childhood Experiences and Teen Sexual Behaviors: The Role of Self-Regulation and School-Related Factors. *Journal of School Health*, 90(11), 830–841. <https://doi.org/10.1111/josh.12947>
- Sotiropoulou, K., Patitsa, C., Giannakouli, V., Galanakis, M., Koundourou, C., & Tsitsas, G. (2023). Self-Compassion as a Key Factor of Subjective Happiness and Psychological Well-Being among Greek Adults during COVID-19 Lockdowns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6464. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156464>
- Špatenková, N. (2023). *Poradenství pro pozůstalé*. Grada.
- Sporrer, S. F. (2021). *The moderating role of mindful awareness in the associations of adverse childhood experiences and coronavirus exposure with sleep patterns*. University of Northern Iowa.
- Stackhouse, M. R. D. (2019). Trait forgiveness as a predictor of state forgiveness and positive work outcomes after victimization. *Personality and Individual Differences*, 149, 209–213. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.06.006>
- Stoia-Caraballo, R., Rye, M. S., Pan, W., Brown Kirschman, K. J., Lutz-Zois, C., & Lyons, A. M. (2008). Negative affect and anger rumination as mediators between forgiveness and sleep quality. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(6), 478–488.

- <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9172-5>
- Subkoviak, M. J., Enright, R. D., Wu, C.-R., Gassin, E. A., Freedman, S., Olson, L. M., & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal forgiveness in late adolescence and middle adulthood. *Journal of Adolescence*, 18(6), 641–655. <https://doi.org/10.1006/jado.1995.1045>
- Sullivan, K., Rochani, H., Huang, L.-T., Donley, D. K., & Zhang, J. (2019). Adverse childhood experiences affect sleep duration for up to 50 years later. *Sleep*, 42(7). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz087>
- Svalina, S. S., & Webb, J. R. (2012). Forgiveness and health among people in outpatient physical therapy. *Disability and Rehabilitation*, 34(5), 383–392. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.607216>
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(10), 652–666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>
- Templeton, J. M., Dixon, W. E., Williams, S., Morelen, D., Driggers-Jones, L., & Robertson, C. (2025). The mediating role of social support on the link between adverse childhood experiences and adult mental health. *Journal of Experimental Child Psychology*, 252, 106148. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2024.106148>
- Tenklova, L., & Slezackova, A. (2016). Differences between self-forgiveness and interpersonal forgiveness in relation to mental health. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 42(2), 282–290.
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., & Hoffman, L. (2005). *Heartland Forgiveness Scale*. University of Nebraska - Lincoln.
- Thompson, L. Y., Snyder, C. R., Hoffman, L., Michael, S. T., Rasmussen, H. N., Billings, L. S., Heinze, L., Neufeld, J. E., Shorey, H. S., Roberts, J. C., & Roberts, D. E. (2005). Dispositional Forgiveness of Self, Others, and Situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313–360. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x>
- Toussaint, L., Gall, A. J., Cheadle, A., & Williams, D. R. (2020). Editor choice: Let it rest: Sleep and health as positive correlates of forgiveness of others and self-forgiveness. *Psychology & Health*, 35(3), 302–317. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1644335>
- Toussaint, L. L., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2016). Forgiveness, Stress, and Health: a 5-Week Dynamic Parallel Process Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 727–735. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9796-6>
- Toussaint, L. L., Skalski-Bednarz, S. B., Lanoix, J.-P., Konaszewski, K., & Surzykiewicz, J.

- (2023). The Relationship Between Forgiveness and Health Outcomes Among People Living with HIV: A Cross-Sectional Study in France. *AIDS and Behavior*, 27(10), 3332–3341. <https://doi.org/10.1007/s10461-023-04052-w>
- Toussaint, L. L., Worthington, E. L., Williams, D. R., & Webb, J. R. (2019). Forgiveness and Physical Health. In *Handbook of Forgiveness* (pp. 178–187). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351123341-17>
- Toussaint, L., Lee, J. A., Hyun, M. H., Shields, G. S., & Slavich, G. M. (2023). Forgiveness, rumination, and depression in the United States and Korea: A cross-cultural mediation study. *Journal of Clinical Psychology*, 79(1), 143–157. <https://doi.org/10.1002/jclp.23376>
- Toussaint, L., Shields, G. S., Dorn, G., & Slavich, G. M. (2016). Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1004–1014. <https://doi.org/10.1177/1359105314544132>
- Tsang, J., McCullough, M. E., & Hoyt, W. T. (2005). Psychometric and Rationalization Accounts of the Religion-Forgiveness Discrepancy. *Journal of Social Issues*, 61(4), 785–805. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2005.00432.x>
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 80–89. <https://doi.org/10.1002/cbm.808>
- Uehli, K., Miedinger, D., Bingisser, R., Dürr, S., Holsboer-Trachsler, E., Maier, S., Mehta, A. J., Müller, R., Schindler, C., Zogg, S., Künzli, N., & Leuppi, J. D. (2014). Sleep quality and the risk of work injury: a <sc>S</sc> wiss case–control study. *Journal of Sleep Research*, 23(5), 545–553. <https://doi.org/10.1111/jsr.12146>
- van der Kolk, B. (2022). *Telo si pamätá Mozog, myseľ a telo pri liečení traumy*. Tatran.
- van Rensburg, E. J., & Raubenheimer, J. (2015). Does forgiveness mediate the impact of school bullying on adolescent mental health? *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 27(1), 25–39. <https://doi.org/10.2989/17280583.2014.955502>
- vanOyen Witvliet, C., Root Luna, L. M., Vlisides-Henry, R. D., & Griffin, G. D. (2020). Consecutive reappraisal strategies strengthen and sustain empathy and forgiveness: Utilizing compassion and benefit finding while holding offenders accountable. *The Journal of Positive Psychology*, 15(3), 362–372. <https://doi.org/10.1080/17439760.2019.1615104>
- Vojtová, H. (2023). *Trauma a disociace*. Portál.

- Wade, N. G., Bailey, D. C., & Shaffer, P. (2005). Helping Clients Heal: Does Forgiveness Make a Difference? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 634–641. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.634>
- Wade, N. G., Hoyt, W. T., Kidwell, J. E. M., & Worthington, E. L. (2014). Efficacy of psychotherapeutic interventions to promote forgiveness: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 154–170. <https://doi.org/10.1037/a0035268>
- Wallace, M., Felker-Kantor, E., Madkour, A., Ferguson, T., Welsh, D., Molina, P., & Theall, K. P. (2020). Adverse Childhood Experiences, Smoking and Alcohol Use, and Allostatic Load Among People Living with HIV. *AIDS and Behavior*, 24(6), 1653–1662. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02684-5>
- Waltman, M. A., Russell, D. C., Coyle, C. T., Enright, R. D., Holter, A. C., & M Swoboda, C. (2009). The effects of a forgiveness intervention on patients with coronary artery disease. *Psychology & Health*, 24(1), 11–27. <https://doi.org/10.1080/08870440903126371>
- Waltman, A. D., Russell, C., Coyle, C., Enright, R. D., Holter, A. C., & Swoboda, C. (2009). The effects of a forgiveness intervention on patients with coronary artery disease. *Psychology & Health*, 24(1), 11–27. <https://doi.org/10.1080/08870440903126371>
- Warrier, V., Kwong, A. S. F., Luo, M., Dalvie, S., Croft, J., Sallis, H. M., Baldwin, J., Munafò, M. R., Nievergelt, C. M., Grant, A. J., Burgess, S., Moore, T. M., Barzilay, R., McIntosh, A., van IJzendoorn, M. H., & Cecil, C. A. M. (2021). Gene–environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 373–386. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30569-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30569-1)
- Watson, H., Rapee, R., & Todorov, N. (2017). Forgiveness Reduces Anger in a School Bullying Context. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1642–1657. <https://doi.org/10.1177/0886260515589931>
- Wen, Z., & Fan, X. (2015). Monotonicity of effect sizes: Questioning kappa-squared as mediation effect size measure. *Psychological Methods*, 20(2), 193–203. <https://doi.org/10.1037/met0000029>
- WHO. (2011). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*.
- Williams, L. M., Kemp, A. H., Felmingham, K., Barton, M., Olivieri, G., Peduto, A., Gordon, E., & Bryant, R. A. (2006). Trauma modulates amygdala and medial prefrontal responses to consciously attended fear. *NeuroImage*, 29(2), 347–357. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2005.03.047>
- Win, E., Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2021). Trait anger expression mediates childhood

- trauma predicting for adulthood anxiety, depressive, and alcohol use disorders. *Journal of Affective Disorders*, 288, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.03.086>
- Winblad, N. E., Changaris, M., & Stein, P. K. (2018). Effect of Somatic Experiencing Resiliency-Based Trauma Treatment Training on Quality of Life and Psychological Health as Potential Markers of Resilience in Treating Professionals. *Frontiers in Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00070>
- Wiss, D. A., & Brewerton, T. D. (2020). Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity: A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies. *Physiology & Behavior*, 223, 112964. <https://doi.org/10.1016/J.PHYSBEH.2020.112964>
- Wittbrodt, M. T., Moazzami, K., Lima, B. B., Alam, Z. S., Corry, D., Hammadah, M., Campanella, C., Ward, L., Quyyumi, A. A., Shah, A. J., Vaccarino, V., Nye, J. A., & Bremner, J. D. (2019). Early childhood trauma alters neurological responses to mental stress in patients with coronary artery disease. *Journal of Affective Disorders*, 254, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.018>
- Witvliet, C. V. O., Blank, S. L., & Gall, A. J. (2022). Compassionate reappraisal and rumination impact forgiveness, emotion, sleep, and prosocial accountability. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.992768>
- Witvliet, C. vanOyen, & Luna, L. R. (2017). *Forgiveness and Well-Being*. Routledge.
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Long-term effects of bullying. *Archives of Disease in Childhood*, 100(9), 879–885. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306667>
- Worthington, E. L., Jr., Sandage, S. J., & Berry, J. W. (2000). Group interventions to promote forgiveness: What researchers and clinicians ought to know. In M. E. McCullough, K. I. Pargament, & C. E. Thoresen (Eds.), *Forgiveness: Theory, research, and practice* (pp. 228–253). The Guilford Press.
- Worthington, E. L. J. (2003). *Forgiving and Reconciling: Bridges to Wholeness and Hope*. IVP Books.
- Worthington, E. L., Witvliet, C. V. O., Pietrini, P., & Miller, A. J. (2007). Forgiveness, Health, and Well-Being: A Review of Evidence for Emotional Versus Decisional Forgiveness, Dispositional Forgiveness, and Reduced Unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(4), 291–302. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9105-8>
- Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., Suliman, S., Spies, G., Ahmadi, K., Capezzani, L., Carletto, S., Karatzias, T., Kullack, C., Laugharne, J., Lee, C. W., Nijdam, M. J., Olff, M., Ostacoli, L., Seedat, S., & Sijbrandij, M. (2024).

- EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 54(8), 1580–1588. <https://doi.org/10.1017/S0033291723003446>
- Yamada, M., Camerer, C. F., Fujie, S., Kato, M., Matsuda, T., Takano, H., Ito, H., Suhara, T., & Takahashi, H. (2012). Neural circuits in the brain that are activated when mitigating criminal sentences. *Nature Communications*, 3(1), 759. <https://doi.org/10.1038/ncomms1757>
- Yan, X., Brown, A. D., Lazar, M., Cressman, V. L., Henn-Haase, C., Neylan, T. C., Shalev, A., Wolkowitz, O. M., Hamilton, S. P., Yehuda, R., Sodickson, D. K., Weiner, M. W., & Marmar, C. R. (2013). Spontaneous brain activity in combat related PTSD. *Neuroscience Letters*, 547, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2013.04.032>
- Yin, H., Qiu, X., Zhu, Y., & Yang, Q. (2023). Adverse childhood experiences affect the health of middle-aged and older people in China: The multiple mediating roles of sleep duration and life satisfaction. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1092971>
- Ysseldyk, R., Matheson, K., & Anisman, H. (2019). Revenge is sour, but is forgiveness sweet? Psychological health and cortisol reactivity among women with experiences of abuse. *Journal of Health Psychology*, 24(14), 2003–2021. <https://doi.org/10.1177/1359105317714319>
- Yu, H., Liu, X., Yang, H., Chen, R., & He, Q. (2022). The association of adverse childhood experiences and its subtypes with adulthood sleep problems: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sleep Medicine*, 98, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.06.006>
- Zagaria, A., Fiori, V., Vacca, M., Lombardo, C., Pariante, C. M., & Ballesio, A. (2024). Inflammation as a mediator between adverse childhood experiences and adult depression: A meta-analytic structural equation model. *Journal of Affective Disorders*, 357, 85–96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.072>
- Záhorcová, L. (2024). *Ako odpustiť aj neodpustiteľné*. Ikar.
- Záhorcová, L., & Dočkal, V. (2022). Slovak validation of the Enright Forgiveness Inventory-30. *Ceskoslovenska Psychologie*, 66(6), 568–587. <https://doi.org/10.51561/cspych.66.6.568>
- Záhorcová, L., Enright, R. D., & Halama, P. (2023a). The Effectiveness of a Forgiveness Intervention on Mental Health in Bereaved Parents—A Pilot Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 87(2), 614–631. <https://doi.org/10.1177/00302228211024479>

- Záhorcová, L., Enright, R., & Halama, P. (2023b). The Effectiveness of a Forgiveness Intervention on Mental Health in Bereaved Parents—A Pilot Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 87(2), 614–631. <https://doi.org/10.1177/00302228211024479>
- Záhorcová, L., & Zelenáková, B. (2021). Qualitative analysis of a Slovakian sample of the lay population's understanding of forgiveness with regard to age differences. *Ceskoslovenska Psychologie*, 65(5), 411–425. <https://doi.org/10.51561/cspych.65.5.411>
- Záhorcová, L., & Žitňanská, H. (2022). Vzťah medzi odpustením a religiozitou u kresťanov: Empatia ako mediátor. In *Acta Psychologica Tyrnaviensia 24-25* (pp. 239 – 249). Trnavská univerzita v Trnave.
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2020). Levels of Acceptance and Forgiveness Reported by Patients With BPD and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 20 Years of Prospective Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 34(2), 262–272. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_395
- Zhang, H., Li, J., Sun, B., & Wei, Q. (2023). Effects of Childhood Maltreatment on Self-Compassion: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(2), 873–885. <https://doi.org/10.1177/15248380211043825>
- Zhang, Y., Lin, C., Li, H., Li, L., Zhou, X., Xiong, Y., Yan, J., Xie, M., Zhang, X., Zhou, C., & Yang, L. (2024). The relationship between childhood adversity and sleep quality among rural older adults in China: the mediating role of anxiety and negative coping. *BMC Psychiatry*, 24(1), 346. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05792-2>
- Zhao, M., Veeranki, S. P., Magnussen, C. G., & Xi, B. (2020). Recommended physical activity and all cause and cause specific mortality in US adults: prospective cohort study. *BMJ*, m2031. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2031>
- Zhu, J., Exner-Cortens, D., Dobson, K., Wells, L., Noel, M., & Madigan, S. (2024). Adverse childhood experiences and intimate partner violence: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*, 36(2), 929–943. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000196>
- Zhu, W., Chen, Y., & Xia, L.-X. (2020). Childhood maltreatment and aggression: The mediating roles of hostile attribution bias and anger rumination. *Personality and Individual Differences*, 162, 110007. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110007>