

ŠIKANANA V DĚTSTVÍ JAKO PREDISPONUJÍCÍ FAKTOR PRO PSYCHICKÉ PROBLÉMY V DOSPĚLOSTI

souborný článek

Aneta Sandoval
Ján Praško
Marie Ocisková
Dana Kamarádová
Daniela Jelenová
Klára Látalová

Klinika psychiatrie,
Lékařská fakulta Univerzity
Palackého a Fakultní nemocnice
Olomouc

Kontaktní adresa:

Aneta Sandoval
Klinika psychiatrie
Lékařská fakulta UP a FNOL
I. P. Pavlova 6
779 00 Olomouc
e-mail: aneta.sandoval@fnol.cz

SOUHRN

Sandoval A, Praško J, Ocisková M, Kamarádová D, Jelenová D, Látalová K. Šikana v dětství jako predisponující faktor pro psychické problémy v dospělosti

Zážitky šikany v dětství a adolescenci mohou být spojeny s potížemi s psychologickým přizpůsobením se v dospělosti. Šikana je komplexní sociální fenomén, který zahrnuje přímé a nepřímé formy agrese. Přímá agrese může být verbální, brachiální, případně útočník působí destruktivně na věci, které jsou pro šikanovaného emočně či jinak významné. Nepřímá šikana představuje skrytou manipulaci skrze sociální vztahy s cílem zranit nebo vyčlenit šikanovaného jedince z kolektivu (např. pomluvou). Kyberšikana je v určitých směrech závažnější než „tradiční“ formy šikany. Šikana přináší různorodé nepříznivé následky, které bývají dlouhotrvající a negativně ovlivňují oběti i pachatele. Oběti šikany mají vyšší riziko rozvoje duševních problémů a poruch v dospělosti. Psychologické následky v dospělosti mohou zahrnovat potíže v sociálním fungování, internalizaci stálého očekávání ohrožení nebo úzkost v mezilidském kontaktu. U zranitelných jedinců může šikana vést k depresivní poruše, sebevražedným myšlenkám, poruchám příjmu potravy, poruše osobnosti i psychotickým poruchám. Somatické následky se projevují v podobě celé řady psychosomatických příznaků.

Klíčová slova: šikana v dětství, vývoj v dospělosti, psychiatrické problémy, interpersonální vztahy, juvenilní delikvence.

SUMMARY

Sandoval A, Praško J, Ocisková M, Kamarádová D, Jelenová D, Látalová K. Bullying in childhood as a predisposing factor for psychiatric problems in adulthood

The experiences of bullying in childhood and adolescence may be associated with difficulties in psychological adaptation in adulthood. Bullying is a complex social phenomenon, which includes direct and indirect forms of aggression. Direct aggression can be verbal, physical, or bully could be destructive to the things emotionally or otherwise important to the victim. Indirect bullying is the hidden manipulation through social relationships in order to hurt or exclude an individual from the peers (e.g. gossiping). Cyberbullying is more serious than “traditional” forms of bullying in some ways. Bullying brings a variety of adverse consequences, which are long-lasting and affect both the victim and the perpetrator. Victims of bullying are in a higher risk of developing mental health problems and disorders in adulthood. Psychological consequences in adulthood may involve difficulties in social functioning, permanent expectations of threat or anxiety in interpersonal contact. In vulnerable individuals bullying can lead to depressive disorder, suicidal thoughts, eating disorders, personality disorders and psychotic disorders. Somatic effects are manifested in a variety of psychosomatic symptoms.

Key words: bullying in childhood, adult development, psychiatric problems, interpersonal relationships, juvenile delinquency.

ÚVOD

Šikana je definována jako použití síly a agrese s cílem působit úzkost nebo ovládat druhé.¹ Při rozhovoru s dospělými psychiatrickými pacienty se často setkáváme s referováním o šikaně, proto jsme se rozhodli vytvořit přehledovou studii, která by pomohla lépe porozumět vlivu šikany v dětství na rozvoj a charakter psychopatologie v dospělosti. Pomocí různých variací klíčových slov „bully“, „health“, „physical health“, „mental health“, „prevalence“ a „intervention“ byly prohledány databáze PsycINFO a MEDLINE. Do přehledu byly zařazeny recenzované publikace z let 1980–2014. Rovněž jsme začlenili vlastní klinické zkušenosti.

Ačkoliv šikanou byla tradičně myšlena pouze fyzická agrese, ta je jen jednou z mnoha strategií, které děti používají ke kontrole a trápení druhých. Agrese přítomná při šikaně může být v zásadě rozdělena na přímou a nepřímou.¹ Přímá šikana je zjevným vyjádřením síly. Může zahrnovat agresi fyzickou (např. bití, kopání), verbální (např. nadávky, rasové nebo sexuální obtěžování, vyhrožování) nebo útoky na předměty, které mají pro šikanovaného citový či jiný význam. Nepřímá šikana (relační agrese) je skrytá manipulace skrze sociální vztahy s cílem zranit, nebo vyčlenit šikanovaného jedince z kolektivu (např. pomlouváním nebo šířením fám). S rozvojem techniky se v uplynulých letech objevila kyberšikana využívající k týrání druhých internet a mobilní technologie. Šikana je tedy soubor chování, které lze charakterizovat jako:² 1. agresivní nebo takové, které má za cíl ublížit, 2. prováděné opakovaně v průběhu času a 3. vyskytující se v mezilidských vztazích, v nichž existuje nerovnováha síly.

K pochopení složitosti šikany mohou být klíčem dva prvky. Za prvé, šikana je forma agresivního chování *vyvíjeného z pozice síly*: děti, které šikanují, mají větší sílu než děti, které jsou šikanovány. Dětská přesila může vycházet z fyzické výhody (např. velikost a fyzická síla), nebo ze sociální převahy (jako je například vyšší sociální postavení ve skupině vrstevníků, důvěryhodnost v očích učitelů), a nemusí být pro dospělé zjevná. Druhým klíčovým prvkem je, že šikana se opakuje v průběhu času a *s každým opakovaným incidentem dochází k posilování převahy šikanujícího*. Děti, které jsou v roli oběti, se stávají čím dál bezmocnějšími a neschopnějšími se této formě týrání bránit. Nicméně někdy děti označují za šikanu i jen jediný výskyt použití síly a agrese.³

Šikana není novým jevem. Téměř všichni dospělí mají vzpomínky z dětství na šikanu, ať už sami jednali agresivně, byli šikanováni, nebo se stali jejími svědky. Bez ohledu na věk jsou mnozí stále schopni vybavit si podrobnosti těchto událostí, jako např. jméno školního rváče, tyraňa třídy, kterou navštěvovali, nebo dobu, po kterou byli vystavováni šikaně. Ve výzkumu Croziera a Skliopidy⁴ se ukázalo, že dvě třetiny z 220 oslovených dospělých, kteří byli požádáni, aby zavzpomínali na období, kdy chodili na základní školu, si vybavily vzpomínky na své vystavení výsměchu nebo hanlivým poznámkám. Tyto relační formy agrese jsou stále velkým problémem ve školách po celém světě.⁵ Uvádí se, že některé formy šikany je ve spojení se školou vystaveno přibližně 12 % dětí ve věku 8–13 let.⁶ Rizikovými faktory pro to, stát se terčem šikany, jsou nízký

socioekonomický status, příslušnost k menšinové skupině, nadváha, skutečnost, že je jedinec vnímán jako odlišný (např. fyzickým vzhledem), poruchy učení nebo omezené sociální dovednosti (např. provokativní chování a vystupování, které naznačuje zranitelnost).^{7,8} Roli hraje také pocit osamění.⁵

Vědecká obec začala věnovat pozornost systematickému výzkumu šikany poté, co tři malí norští chlapci v krátkém sledu po sobě spáchali sebevraždu a zanechali vzkaz, že byli šikanováni svými vrstevníky.⁹ Od té doby byly opakovaně podávány zprávy o tom, že oběti šikany trpí zvýšeným rizikem rozvoje negativních následků. Dochází u nich k nárůstu pravděpodobnosti výskytu duševních potíží v dětství i dospělosti.¹⁰ Jedná se zejména o úzkostné poruchy, deprese,¹¹ sebepoškození,^{12,13} sebevražedné myšlenky a pokusy,^{14,15} psychózy,^{10,16–20} ale i somatické zdravotní problémy.²¹ Oběti šikany také mívají zhoršený školní prospěch a mohou opakovat ročník.²² Rovněž i ti, kteří byli obětmi šikany, a zároveň sami šikanovali, vykazují větší sebevražedné sklony.²³ Hlavním negativním důsledkem pro šikanující agresory je pak pokračování přímých i nepřímých nátlakových přístupů k druhým i v dospělosti.^{24,25}

ŠIKANA V DĚTSTVÍ

Šikana je stresující zážitek, který může mít chronický průběh a eskalovat celé roky.²⁵ Jedná se o komplexní jev ovlivněný osobnostními vlastnostmi, rysy chování jednotlivce a způsoby výchovy i situačními faktory, jako jsou četnost a druh šikany. I když se některé děti stávají terčem šikany již v předškolním věku,²⁶ prevalence vzájemného týrání je nejvyšší kolem 12. roku. V pozdní adolescenci se výskyt opět snižuje.^{27–29} Existují i neurobiologické studie věnující se šikaně. Slovní napadání mezi vrstevníky ve věku 11 až 14 let predikuje nepřizpůsobivost v časně dospělosti a souvisí s abnormalitami v corpus callosum.²⁹ Arseneault et al.¹⁰ zjistili, že volba oběti šikany 1. není náhodný jev a je možné ji předvídat podle individuálních charakteristik a rodinných faktorů; 2. je stabilní v průběhu delšího času; 3. šikana je spojena se závažnými příznaky duševních zdravotních problémů, včetně sebepoškození, násilného chování a psychotických příznaků u oběti; 4. má dlouhotrvající účinky, které mohou přetrvávat; 5. přispívá k rozvoji dětských psychických problémů i nezávisle na jiných faktorech. Děti, které zažívaly šikanu, se liší od dětí, které nebyly šikanovány, charakterem svého rodinného prostředí a psychologickým fungováním v dětství. Oběti šikany jsou popisovány jako neprůbojné, introvertní, snadno citově rozrušitelné, bez dostatečného sociálního a emocionálního porozumění, zatímco šikanující děti mají sklony být agresivní, snadno se rozhněvají a často bývají samy šikanovány svými sourozenci.¹⁰ Ti, kteří šikanovali a sami byli obětmi šikany, mají jen málo přátel, kteří by za nimi stáli, přisluhují agresorům nebo je posilují a jsou psychologicky nejproblémovější.^{30,31} Děti s dlouhodobými poruchami chování, emocionálními nebo vývojovými problémy jsou s větší pravděpodobností zapojeni do šikanování jiných nebo zapleteni do šikanování v roli šikanujícího i v roli oběti.³² Studie, která sledovala děti až

do dospělosti,³³ ukázala na zvýšené riziko psychiatrické hospitalizace nebo deprese o 5–15 roků později u častých obětí šikany, zejména u dívek. Jiné studie však rozdílnost mezi pohlavími neprokázaly.^{10,20,34} U mužů, kteří byli zároveň obětmi i pachateli, se v časně dospělosti objevují častější sebevražedné ideace, zatímco u žen spíše úzkostné příznaky a agorafobie. U pachatelů šikany je vyšší riziko rozvoje antisociální poruchy osobnosti, a to více než u dětí s poruchami chování či rodinnými problémy.

DOPAD ŠIKANY NA SOCIO-EKONOMICKÝ STATUS

Šikana neovlivňuje život jen v dětství, ale má dlouhodobý přesah i do dospělého života. Podle studie Takizawy et al.³⁵ se její vliv objevuje i 40 let po prožitě šikaně. Pro rozvoj důsledků v dospělosti nehraje tak významnou roli délka šikany ani období, kdy probíhala.³⁶ Šikana tedy může mít vliv na další fungování člověka ve společnosti s mnoha důsledky. Ukázalo se, že šikana v dětství má negativní dopad na schopnost začlenění se do kolektivu a navazování vztahů obecně.^{35,37} U těch, kteří čelili šikaně ve škole, je větší pravděpodobnost, že budou šikanováni i na pracovišti.³⁸ Několik studií potvrzuje, že šikana má také vliv na nižší ekonomický status.^{35,39} Jako vysvětlení se nabízí nižší ekonomický status již samotných „obětí“ šikany, nicméně další studie³⁹ ji nepotvrdila. Jinou možnou interpretací těchto výsledků je to, že narušení sociálního fungování negativně ovlivňuje schopnost dlouhodobějšího vzdělávání a docházky do zaměstnání, čímž sekundárně snižuje ekonomický status jedinců. Jiným vysvětlením sníženého statusu může být narušení kognitivních funkcí, které se objevuje u týraných osob.⁴⁰

ŠIKANA V DĚTSTVÍ A KRIMINALITA / RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ V DOSPĚLOSTI

Nálezy studií zkoumajících vliv šikany na kriminalitu v dětství jsou nejednoznačné. Závěry nedávné metaanalýzy podporují zjištění, že páchání šikany zvyšuje riziko pozdější trestné činnosti.²⁵ Zajímavé je, že pravděpodobnost rozvoje antisociální poruchy osobnosti se nezvyšuje u těch pachatelů a pachatelek šikany, kteří se stali obětmi. U obětí šikany bylo také nalezeno nižší sebevědomí a pravděpodobnější výskyt extrémního chování, jako je rozbíjení věcí.^{37,41–42} Existují však i studie, které nepotvrdily výskyt maladaptivních jevů v dospělosti, pokud byly vzaty do úvahy také další rizikové faktory v dětství a rodině.⁴³

Dalším očekávaným, avšak nepotvrzeným důsledkem šikany je rozvoj závislosti na alkoholu.^{20,44} Vysvětlením může být to, že cesta k problémům s alkoholem často začíná v dospívání a souvisí s nepříznivým příkladem vrstevníků, což je něco, čemu jsou oběti šikany vystaveny méně, a to právě pro problémy s vrstevníky. Oběti šikany však vykazují vyšší riziko kouření v dospělosti,⁴⁴ kterému se také děti často učí napodobováním svých vrstevníků.

ŠIKANA V DĚTSTVÍ A RIZIKO SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ V DOSPĚLOSTI

Další zajímavou otázkou je, zda šikana ovlivňuje suicidálníitu nejen přímo v dětském věku, ale jestli hraje roli i roky po jejím ukončení. Klomek et al.⁴⁵ tuto souvislost prokázali ve studii zkoumající dopad šikany na muže ve Finsku. O rok později provedli regresní analýzu dat u 5 302 finských dětí, jejich rodičů a z učitelských záznamů, kde se prokázalo, že souvislost mezi šikanou ve věku 8 let a pozdějšími suicidálními pokusy a kompletními sebevraždami závisí na pohlaví. U mužů vede role oběti i pachatele k vyššímu riziku pozdějších suicidálních pokusů i dokonaných sebevražd, tento vztah však mizí po vyloučení vlivu depresivních příznaků. Na druhou stranu, častá viktimizace dívek je spojena s pozdějšími suicidálními pokusy a dokonanými sebevraždami bez ohledu na vliv depresivních příznaků. Podobně Roeger et al.⁴⁶ se u vzorku 2 907 Australanů zaměřili na obzvláště závažné traumatické zážitky se spolužáky. Šikana byla zjištěna u 18,7% probandů. Tato část vzorku pak měla 3krát vyšší pravděpodobnost suicidálních ideací v porovnání s nešikanovanými. Po vyloučení vlivu dalších proměnných (deprese a sociodemografické údaje) zůstala pravděpodobnost výskytu sebevražedných úvah 2krát vyšší u šikanovaných ve srovnání s nešikanovanými. Věk obětí při výskytu suicidálních ideací nehrál roli.

ŠIKANA V DĚTSTVÍ A FYZICKÉ OBTÍŽE V DOSPĚLOSTI

Oběti dětské šikany (včetně těch, které zároveň šikanovaly ostatní) měly vyšší riziko horšího tělesného zdraví.^{39,47} Šikana může přispívat k předčasnému stárnutí, které podle všeho souvisí i s dalšími formami psychotraumatizace a zneužívání.^{48,49} Mamun et al.⁵⁰ v sekundární analýze dat z kohortové studie zkoumali, zda dospívající muži a ženy, kteří byli obětmi šikany, měli v mladém věku vyšší index tělesné hmotnosti (BMI) a trpěli obezitou. Dílčím vzorkem bylo 1 694 potomků (poměr pohlaví 1 : 1), kteří se zúčastnili studie Mater-University of Queensland Study of Pregnancy (MUSP) a ve 14 letech uvedli, že se stali obětmi šikany. Probandi byli následně ve svých 21 letech somaticky vyšetřeni. Autoři na základě vyšetření zjistili, že dospívající muži a ženy, kteří byli v minulosti šikanováni, mají v mladém věku významně vyšší BMI a riziko obezity ve srovnání s těmi, kteří šikanu neprožili.

ŠIKANA V DĚTSTVÍ A PSYCHIATRICKÉ PORUCHY V DOSPĚLOSTI

Závěrem mnoha výzkumů je zjištění, že děti a mladiství, kteří jsou šikanováni svými vrstevníky, mají významně zvýšené riziko pro rozvoj řady psychických problémů,

jako jsou sociální úzkost, deprese, nízké sebevědomí, poruchy příjmu potravy nebo posttraumatická stresová porucha.^{5,51–57} Šikanující ženy, které byly zároveň oběťmi, ukazují zvýšené riziko deprese, panické poruchy a agorafobie. U mužů byla prokázána zvýšená míra suicidality. Ve skupině šikanujících bylo prokázáno zvýšené riziko rozvoje antisociální poruchy osobnosti.²⁰

Deprese

Olweus⁵⁸ byl prvním, kdo zkoumal dlouhodobé následky šikany. Prokázal, že mladí muži, kteří se v dětství stali oběťmi šikany, vykazovali vyšší míru deprese a nízkého sebevědomí než jejich vrstevníci, kteří šikanováni nebyli. Tento výsledek se podařilo replikovat v mnoha dalších studiích.^{37,36,41,42,45} Zajímavá je studie Tunnarda et al.⁵⁹ zkoumající pacientky s farmakorezistentní depresí. Při přijetí byly zjišťovány nepříznivé klinické a demografické vlivy a psychopatologicky významné události v dětství (fyzické, sexuální nebo psychické týrání, šikana, traumatické události). Dále byla zkoumána spojitost mezi nepříznivými vlivy v dětství, depresivními příznaky a klinickým průběhem poruchy. Většina pacientů zažila v dětství nepřízeň osudu (62 %), část prožila traumatické události (35 %) či šikanu (29 %). Nepříznivé události v dětství byly spojeny s horším klinickým průběhem, včetně časnější doby nástupu příznaků, trvání epizody a rekurence poruchy. Kromě toho se nepříznivé události významně pojily s psychotickými příznaky a suicidálními pokusy.

Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy se řadí mezi nejčastější psychická onemocnění. Oběti šikany v průběhu útoku prožívají strach o svůj život, obavy ze zranění, strach z výsměchu a možných následků. Velmi podobně lze popsat i řadu pacientů trpících úzkostnou poruchou. Studie ukazují, že jedinci, kteří prožili šikanu, mají v dospělosti vyšší míru úzkosti.^{36,60,61} Zajímavý je vliv šikany na rozvoj jednotlivých úzkostných poruch. Ve výzkumu dospělých se sociální fobii nebo obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) byla šikana v dětství mnohem častěji hlášena ve skupině OCD než ve skupině se sociální fobii.⁶² Je známo, že jedinci s poruchami autistického spektra (PAS, tj. Aspergerův syndrom, autismus a pervazivní vývojové poruchy jinak nespecifikované) jsou častým terčem šikany. Bejerot a Mörtberg⁶² hodnotili přítomnost autistických znaků a zkušenost se šikanou v dětství u dospělých pacientů se sociální fobii (n = 63), nebo OCD (n = 65). Autoři zachytili významný rozdíl ve výskytu šikany mezi pacienty s OCD (50 %), sociální fobii (20 %) a referenční skupinou (27 %). Autistické rysy byly častější u OCD než u sociální fobie. Ukázalo se, že autistické rysy, jako jsou slabé sociální dovednosti, mohou být prediktorem šikany ve škole. Je také možné, že vysoký podíl obětí šikany u osob, u kterých se později rozvine OCD, souvisí s překryvem mezi OCD a PAS.

Psychotické poruchy

Wolke et al.⁴³ studovali pravděpodobnost rozvoje psychotické poruchy v dospělosti jako vliv páchání nebo zažívání

šikany. Do zkoumání bylo zařazeno celkem 4700 probandů ve věku 18 let. Analýza dat ukázala, že vztah mezi šikanou v dětství a psychotickými prožitky ve věku 18 let byl jen z malé části vysvětlitelný nápadným chováním nebo příznaky deprese v době šikany, ale zapojení do šikany, ať už jako oběť, násilník/oběť, nebo násilník, může zvýšit riziko rozvoje psychotických zážitků v pozdějším období.

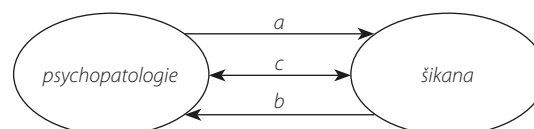
MECHANISMY VLIVU ŠIKANY NA POZDĚJŠÍ PSYCHICKÉ ZDRAVÍ

Mechanismy, které se podílejí na vlivu šikany na pozdější psychické i tělesné zdraví, zůstávají nejasné. Školní šikana a psychopatologie se mohou vzájemně ovlivňovat různými způsoby: (a) psychopatologie může být příčinou budoucí šikany; (b) šikana může vést k budoucí psychopatologii; nebo (c) body a i b mohou být pravdou, pokud jde o řetězec opakovaných vzájemných interakcí v bludné spirále, která může začínat jedním nebo druhým bodem (obr. 1).

Existují studie podporující jak jednu, tak druhou teorii. Podle většiny prací je psychopatologie spíše důsledkem než příčinou šikany.^{5,14,17,33,40,41,44} Na druhou stranu neléčené příznaky stresu, vedoucí k úzkosti, sociální izolaci, zvláštnostem v chování mohou být časnými prekurzory šikany.^{7,8} Druhý možný mechanismus působení může být založen na zjištění, že šikana generuje další zneužívání ze strany vrstevníků a dospělých, a tak vytváří první fázi bludné spirály, která je udržována v průběhu času napříč různými situacemi. Zdá se také, že děti vystavené násilí mají zvýšené riziko reviktimizace stejného charakteru, a jsou také terčem odlišných typů násilí.^{63,64}

Příčinou šikany i psychopatologie může být také nějaký jiný, třetí faktor, ze kterého vychází šikana i psychopatologie, např. pohybové dovednosti. Ve studii Bejerta a Humbleho,⁶⁵ zkoumající pacienty s ADHD nebo s poruchou z autistického spektra, byly oběti šikany svými rodiči popsány jako nemotornější než jejich vrstevníci. Horší výsledky při testování hrubé motoriky vykazovali šikanováni jedinci nejen v dětství, ale i v dospělosti.

Zdá se tedy, že poruchy hrubé motoriky mohou tvořit významný a nezávislý rizikový faktor pro šikanu vrstevníky v dětství, a to bez ohledu na pohlaví, dětskou psychiatrickou péči a diagnózu. Mohou zvyšovat zranitelnost pro rozvoj psychické poruchy v dospělosti. Příkladem je koktavost, která může vést k sociální fobii i šikaně, které se pak mezi sebou ovlivňují.⁶⁶ Přibližně 50 % dětí s balbuties trpí sociální fobii, k čemuž mohou přispívat problematické vztahy s vrstevníky, šikana, a anamnesticky také obtížný vývoj. Stereotypy ve společnosti vedou jedince s koktavostí



Obr. 1. Vzájemná souvislost mezi psychopatií a šikanou

tí ke zkušenostem, které potvrzují jejich obavy z negativního hodnocení druhými. To může vést k významnému sociálnímu a pracovnímu vyhýbání se a snižovat kvalitu jejich života.

Co vede k emočním poruchám a sebevražednému chování u jedinců, kteří byli šikanováni? Může se jednat o změnu fyziologické odpovědi na stres, změnu délky telomer nebo epigenomu, interakci genetické náchylnosti k emočním poruchám nebo změnu kognitivních reakcí na ohrožující situace. Bylo zjištěno, že viktimizace mění aktivitu osy hypothalamus – hypofýza – kůra nadledvin (HPA).⁶⁷ Změna v odpovědi kortizolu je pak spojena se zvýšeným rizikem vzniku deprese.⁶⁸ V poslední době se ukázala jako nový slibný biomarker stresu eroze délky telomer, opakující se TTAGGG sekvence na konci lineárních chromozomů. Zrychlená eroze byla nalezena u dětí, které byly vystaveny násilí, jako jsou šikana, domácí násilí nebo fyzické týrání.⁴⁹ U dětí vystavených šikaně byla také prokázána interakce gen–prostředí, a to variací genu pro serotoninový transportér (5-HTT).⁶⁹ A v souladu s hypotézami odvozenými z teorií biologického zakotvení stresu⁷⁰ se také ukazuje, že šikana v dětství je spojena s nižší odpovědí kortizolu na stres a vyšší úrovní metylace DNA transportního genu pro serotonin.^{71,72} Účinky tohoto druhu by mohly představovat další cesty k přetrvávání negativních vlivů šikany v průběhu života.

Kognitivní teorie umožňuje lépe porozumět tomu, jak může proces internalizace události šikany přispět k možným následkům, jako jsou deprese a úzkosti. To, co určuje povahu afektivní reakce, je podle této teorie význam, který dotyčný jedinec události připisuje.⁷³ Pokud dlouhodobě zvýšeně užívá připisování negativních významů a atribucí, mívá vyšší riziko rozvoje deprese, úzkosti a problémů ve vztazích.^{74,75} Beckův⁷³ příklad mladého muže, kterého si dobírali jeho přátelé, poskytuje ukázkou toho, jaký vliv na emocionální reakci může mít vnitřní hodnocení události. V tomto příkladu Beck uvádí, že objektivní význam byl ten, že přátelé s chlapcem jednoduše žertovali. Chlapcovo vnitřní hodnocení však bylo, že je „slaboch“ a „nemají ho rádi“. Vzhledem k tomu, že jsou tato vnitřní hodnocení často považována za trapná, je málo pravděpodobné, že se jedinec s těmito myšlenkami svěří ostatním. Pokud ostatní nemají příležitost zpochybnit takovéto myšlenky, toto negativní vnímání může přetrvávat a nadále ovlivňovat přesvědčení o sobě. U dětí a mladistvých, kteří se stali terčem šikany, je pravděpodobnější, že budou sociálně izolováni.^{58,76,78} Je tak méně pravděpodobné, že jejich negativní přesvědčení o sobě bude vyvráceno. Naproti tomu ti, kteří mají příležitost vybudovat si sociální vazby a dovednosti, mají větší pravděpodobnost, že jejich negativní myšlenky a postoje k sobě samým budou rozptýleny. Nové sociální zkušenosti v průběhu dospělosti, které připomínají předchozí negativní zkušenosti s vrstevníky, mohou spustit negativní sociální schémata a vyvolat emoce, myšlenky, obrazy a chování spojené s těmito staršími averzními situacemi.⁷⁹ Tyto výklady pak posilují úzkosti spojené se sociálními situacemi. Oběti šikany také mohou rozvinout naučenou bezmocnost,⁸⁰ kognitivní schéma, které často vidáme u depresivních jedinců.⁸¹ Jedinci, kteří nemají příležitosti pro rozvoj sociálních dovedností, jsou totiž náchylnější k vytvoření postojů souvisejících s na-

učenou bezmocností. Jako oběti se mohou domnívat, že nejsou schopni zastavit šikana, a mohou také začít věřit, že jejich snaha ovlivnit výsledky jiných situací bude neúčinná.⁸² Pokud šikana přetrvává po dlouhou dobu, oběti mohou začít zobecňovat tento pocit neschopnosti i v jiných oblastech svého života, což zpravidla vede k nízkému sebevědomí a větší pravděpodobnosti rozvoje deprese a úzkosti během vysokoškolských let.⁸³

INTERVENCE U DOSPĚLÝCH PACIENTŮ POMÁHAJÍCÍ VYROVNAT SE SE ŠIKANOU V DĚTSTVÍ

Vyšetření

Prvním krokem je zjistit, zda v dětství došlo u daného jedince k šikaně. Lidé trpící psychickými problémy v dospělosti často na spojitost s dětskou šikanou nemyslí a odborníci se jich mnohdy opomenou zeptat. Je důležité ptát se jednoduše a přímo. Specifická otázka pro pacienta může znít: „Zkuste vzpomenout na období, kdy jste byl/a na základní nebo na střední škole. Vzpomínáte si na nějaký zážitek, kdy další dítě, nebo skupina dětí, udělali něco, co vás zranilo?“ Následují otázky: „Co se stalo? Opakovalo se to častěji? Zkuste mi popsat konkrétní příhodu.“ Na počátku je také důležité si ujasnit, kdy je vhodné začít pracovat na problémech, které mohou souviset se šikanou v dětství.

Pokud terapeut zjistí, že pacient byl v dětství či adolescenci terčem šikany, na prvním místě je ujasnit si, jaký tomu sám dává význam („Zasloužil jsem si to. Jsem neschopný. Nemám žádnou hodnotu pro druhé. Lidé jsou zlí.“ apod.). Zpravidla je obtížné říci, nakolik šikana souvisí se současnými problémy, nicméně podle typických situací (v kolektivu, s dominantním člověkem) a typického kognitivního zpracování („Určitě se mi vysměje, využijí mě, poníží, nepatřím mezi ně.“ apod.) lze na tuto souvislost usuzovat. Důležité je zjistit, co si kvůli svým zážitkům jedinec myslel o sobě („Jsem divný, odlišný, slabý.“ apod.) a druhých („Jsou zlí, odmítají slabé, jsou zákeřní, nikdy o mě nebudou stát.“ apod.) v době, kdy šikana zažíval, a zda se podobné postoje k sobě i druhým neobjevují v některých situacích i v současnosti. („V práci mají ze mě všichni legraci a šéf to ještě podporuje!“).

Načasování

Protože jde o práci, která může přinášet značný stres, není namístě zpracovávat zážitky spojené se šikanou v době hlubší deprese, akutní psychotické dekompenzace nebo akutních stresujících problémů. Dokud se nepodaří dosáhnout přiměřené symptomatické kontroly, není možná práce na hlubších postojích, které vznikly v souvislosti se šikanou.

Tab. 1. **Příklad testování automatické myšlenky**

SITUACE: Musím dojít na úřad práce.	
AUTOMATICKÁ MYŠLENKA: „Budou se na mě dívat jako na neschopného debila, protože jsem si nenašel místo sám!“	
CO SVĚDČÍ PRO?	CO SVĚDČÍ PROTI?
Nemám práci. Každý den tam chodí dav a uvidí mě, jak jsem neschopný. Už jsem slyšel, že se tam úřednice chovají přezíravě. Mám z toho strach a taky se stydím, takže se budu chovat nervózně.	Není práce a mnoho lidí je na tom stejně a nejsou neschopní. V práci jsem byl vždy dobrý. Práci jsem neztratil pro svou neschopnost, ale kvůli zkrachování firmy. Předem si maluju čerta na zeď, protože se stydím za to, že jsem bez práce. Berou to normálně, mnoho lidí nemá práci. Některé úřednice se mohou chovat odměřeně, ale je to spíše jejich obrana, že nemohou pomoci, než že by člověka považovaly za neschopného.
RACIONÁLNÍ HODNOCENÍ SITUACE: Nevím předem, jak se úřednice bude chovat, ale i pokud by byla z přetížení nebo jiných důvodů odměřená nebo kritická, neznamená to, že jsem neschopný.	

Kognitivní restrukturalizace automatických myšlenek

Základním krokem je zpracování myšlenek, které souvisí se vzpomínkami na zážitky šikany a současnými událostmi, které tyto myšlenky spouštějí. Typicky jde o sebeznehodnocující myšlenky o sobě (např. „Zase jsem trapný! Nemám šanci!“) a obavné myšlenky týkající se druhých („Budou mě ironicky kritizovat. Znemožní mě, poníží.“). Po testování negativních automatických myšlenek a nalezení alternativní reakce je namísto propojit tyto myšlenky, které vznikly kvůli šikane, s postoji o sobě (např. „Jsem neschopný!“) a o druhých (např. „Lidé jsou zlí!“). Pro zvládnání nadměrných obav v mezilidských situacích je potřebné nejdříve si s pacientem ujasnit, zda nutně muselo jít nebo půjde o odmítání či znevažování či jeho neschopnost, nebo zda se na jeho obavách nepodílí přehnané očekávání nebo sebeznehodnocování. K tomu může pomoci kognitivní restrukturalizace automatických myšlenek. Pravidelný záznam automatických myšlenek a jejich testování pak učí pacienta, jak interpersonální situace hodnotit přiměřeněji a nechovat se vyhýbavě.

Práce s kognitivními schématy

Hlubší negativní postoje k sobě i druhým lidem doprovázely pacienta v nějaké míře celý život, a proto se je často snažil kompenzovat horlivostí, pečlivostí, pomáháním druhým nebo podobným kompenzatorním chováním. Pro

zmírnění nadměrných obav a negativního sebehodnocení i změnu kompenzatorního chování je proto potřebné pracovat s celkovým sebepojetím a pohledem na druhé.

Přepis traumatických událostí

Pokud se zážitky šikany objevují v reminiscencích, snech nebo flashbacích, je na místě zpracovat je v imaginaci. To je možné opakovanou expozicí, nebo opakovanou re-skripcí v imaginaci. Terapeut pomáhá pacientovi pochopit souvislost mezi současnými problémy a traumatickými událostmi v dětství. K přepisu traumatických událostí se zpravidla přistupuje až po kognitivním zpracování základních postojů (jádrových schémat) a podmíněných pravidel. Během přepisu je po popisu původní situace vytvořen nový scénář, ve kterém šikanovaného ochrání jiná osoba, nebo pacient v imaginaci najde způsob, jak šikanu zvládne sám. Zdá se, že tento přístup umožňuje výrazně zkrátit léčbu a utrpení pacienta a vede k rychlejšímu zotavení než tradiční expoziční terapie.

Nácvik komunikačních dovedností

Nejdůležitějšími dovednostmi, které se lidé, kteří prodělali šikanu, zpravidla potřebují naučit, je být schopen vyjadřovat své potřeby a požadavky beze strachu z výsměchu či odmítnutí, snášet kritiku a odmítání, říkat „ne“. Komunikační dovednosti jsou nacvičovány pomocí hraní rolí.

Tab. 2. **Práce s jádrovým schématem, které souvisí se šikanou**

Automatická myšlenka:	Budou se na mě dívat jako na neschopného debila, protože jsem si nenašel místo sám!
Induktivní otázka: Co to o mně znamená?	Že jsem neschopný najít si práci a všichni to vidí.
Co to obecně o mně znamená? Jaký jsem?	Jsem neschopný a pro druhé nepřijatelný.
Co automatická myšlenka znamená o druhých?	Schválně si na mně zgustnou a budou mnou pohrdat.
Co to znamená obecně o druhých lidech? Jací jsou?	Druzí jsou nelítostní a pohrdají těmi, kteří jsou v nevýhodě.
Jak tento postoj vznikl?	Ve škole na začátku puberty se mi smáli, že jsem tlustý, neobratný a chodím jako vandrák, když máma neměla na značkové oblečení.
Mám nějaké argumenty, které svědčí proti postoji k sobě (od dětství do současnosti)?	Učil jsem se dobře, měl jsem spoustu zájmů, dostal jsem se na střední školu a tam mě všichni brali, dokázal jsem zhubnout a najít si ženu, v práci jsem byl vždy oceňovaný za pečlivost a schopnost toho hodně zvládnout, našel jsem si přátele, které mám dlouhodobě a přijímají mě, žena a děti mě přijímají.
O čem svědčí tyto argumenty?	Nejsem ani neschopný, ani pro druhé nepřijatelný, jen v některých situacích mívám takový dojem. Řada lidí je citlivých a přijímajících.

Tab. 3. Přepis v imaginaci

KROKY	OBSAH
Psychoedukace	Terapeut vysvětlí pacientovi, že se budou společně vracet k nepříjemným zážitkům se šikanou a budou hledat způsob, jak se s nimi v současné době vyrovnat tak, aby se nevracely v reminiscencích, ani neovlivňovaly prožívání a chování v současných situacích, které se vážou k minulým prožitkům šikany.
Předání kontroly a zklidnění	Předá pacientovi kontrolu nad tím, co se bude dít, s možností kdykoliv z imaginace vystoupit. Zdůrazňuje, že to bude probíhat pacientovým tempem a způsobem, kterým si to pacient sám bude přát, kdykoliv mohou proces imaginace přerušit a zrelaxovat se.
Popis události	Pacientem je popsána jedna konkrétní bolestná situace spojená se šikanou, včetně jeho prožívání, chování šikanujících, reakce svědků i důsledků.
Vytvoření ochránce	Najít ochránce, který by v situaci pomohl, kdyby tam byl, v dalších reskripcích pak vybudovat imaginativní představu sama sebe jako ochránce.
Zahájení imaginace	Imaginace počátku situace šikany
Přepis události	Imaginace ideální situace s ochráncem
Reflexe	Probrání zážitků a posílení imaginativního zvládnutí situace

U každého jedince mohou být problémy s používáním komunikačních dovedností samozřejmě jiné. Například u lidí trpících sociální fobií je potřebný nácvik vedení konverzace, u pacientů s hraniční poruchou osobnosti konstruktivní kritizování a řešení konfliktů apod.

ZÁVĚR

Šikana není jen neškodným rituálem nebo nevyhnutelnou součástí dospívání. Oběti šikany mají vyšší riziko rozvoje duševních problémů a poruch v dospělosti. Psychologické následky v dospělosti mohou zahrnovat potíže v sociálním fungování, internalizaci stálého očekávání ohrožení

nebo úzkost v mezilidském kontaktu. U zranitelných jedinců může šikana vést k depresivní poruše, sebevražedným myšlenkám, poruchám příjmu potravy, poruše osobnosti i psychotickým poruchám. Somatické následky se projevují v podobě celé řady psychosomatických příznaků, proto by mělo být podporováno úsilí o snížení výskytu šikany. Kromě toho je potřebné objasnit mechanismy, které se podílejí na rozvoji psychických problémů u šikanované mládeže. Podle současných znalostí jsou školní intervence zaměřené na regulaci chování dítěte, zvýšení prosociálních dovedností žáků a podporu vztahů s vrstevníky vhodné pro ty, kteří nemají souběžné psychiatrické příznaky. Žáci, kteří mají příznaky psychiatrické poruchy, by měli být doporučeni k psychiatrické konzultaci a intervenci.

LITERATURA

1. Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Pepler D, Rubin K, editors. The development and treatment of childhood aggression. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Publishers; 1991; 411–448.
2. Olweus D. Sweden. In: Smith PK, Morita Y, Junger-Tas J, Olweus D, Catalano R, Slee P, (eds): The Nature of school bullying: A cross-national perspective. New York, NY: Routledge; 1999: 7–27.
3. Smith PK, Levan S. Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. Br J Educ Psychol 1995; 65 (Pt. 4): 489–500.
4. Crozier WR, Skliopidou E. Adult recollections of name-calling at school. Educ Psychol 2002; 22 (1): 113–124.
5. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. J Child Psychol Psychiatry 2000; 41: 441–455.
6. Hunter SC, Boyle JM, Warden D. Perceptions and correlates of peer victimization and bullying. Br J Educ Psychol 2007; 77 (Pt. 4): 797–810.
7. Salmon G, West A. Physical and mental health issues related to bullying in school. Curr Opin Psychiatry 2000; 13: 375–380.
8. Lumeng JC, Forrest P, Appugliese DP, Kaciroti N, Corwyn RE, Bradley RH. Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. Pediatrics 2010; 125: e1301–e1307.
9. Stassen Berger K. Update on bullying at school: Science forgotten? Developmental Review 2007; 27 (1): 90–126.
10. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: „much ado about nothing“? Psychol Med 2010; 40 (5): 717–729.
11. Reijntjes A, Kamphuis JH, Prinzie P, Telch MJ. Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. Child Abuse & Neglect 2010; 34 (4): 244–252.
12. Lereya ST, Winsper C, Heron J, Lewis G, Gunnell D, Fisher HL, Wolke D. Being bullied during childhood and the prospective pathways to self-harm in late adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013; 52: 608–618.
13. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould MS. The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. Canadian Journal of Psychiatry 2010; 55 (5): 282–288.
13. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimization and risk of self-harm in early adolescence: longitudinal cohort study. BMJ 2012; 344: e2683.
14. Herba CM, Ferdinand RE, Stijnen T, Veenstra R, Oldehinkel AJ, Ormel J, Verhulst FC. Victimization and suicide ideation in the TRAILS study: specific vulnerabilities of victims. J Child Psychol Psychiatry 2008; 49: 867–876.

16. Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics* 2006; 117: 1568–1574.
17. Schreier A, Wolke D, Thomas K, Horwood J, Hollis C, Gunnell D, Lewis G, Thompson A, Zammit S, Duffy L, Salvi G, Harrison G. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66 (5): 527–536.
18. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL, Polanczyk G, Moffitt TE, Caspi A. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2011; 168: 65–72.
19. Mackie CJ, O'Leary-Barrett M, Al-Khudairy N, Castellanos-Ryan N, Struve M, Topper L, Conrod P. Adolescent bullying, cannabis use and emerging psychotic experiences: a longitudinal general population study. *Psychol Med* 2012; 7: 1–12.
20. Copeland WE, Wolke D, Angold A, Costello EJ. Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (4): 419–426.
21. Gini G, Pozzoli T. Association Between Bullying and Psychosomatic Problems: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2009; 123 (3): 1059–1065.
22. Nakamoto J, Schwartz D. Is Peer Victimization Associated with Academic Achievement? A Metaanalytic Review. *Social Development* 2010; 19 (2): 221–242.
23. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in Bullying and Suicide-Related Behavior at 11 Years: A Prospective Birth Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2012; 51(3): 271–282.
24. Farrington DP, Tfofi MM, Lösel F. School bullying and later criminal offending. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2011; 21 (2): 77–79.
25. Kumpulainen K. Psychiatric conditions associated with bullying. *Int J Adolesc Med Health* 2008; 20 (2): 121–132.
25. Tfofi MM, Farrington DP, Lösel F, Loeber R. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: A systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2011; 21(2): 80–89.
26. Crick NR, Casas JF, Ku H. Relational and physical forms of peer victimization in preschool. *Developmental Psychology* 1999; 35: 376–385.
27. Kaufman P, Chen X, Choy SP, Ruddy SA, Miller AK, Fleury JK, Chandler KA, Rand MR, Klaus P, Planty MG. Indicators of school crime and safety, 2000 (NCES 2001-017. NCJ-184176). Washington, D.C: Departments of Education and Justice; 2000.
28. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association* 2001; 285: 2094–2100.
29. Teicher MH, Samson JA, Sheu Y, Polcari A, McGreenery CE. Hurtful words: Association of exposure to peer verbal abuse with elevated psychiatric symptom scores and corpus callosum abnormalities. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167: 1464–1471.
30. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics* 2003; 112 (6): 1231–1237.
31. Salmivalli C. Bullying and the peer group: A review. *Aggress Violent Behav* 2010; 15 (2): 112–120.
32. Van Cleave J, Davis MM. Bullying and peer victimization among children with special health care needs. *Pediatrics* 2006; 118 (4): e1212–9.
33. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Almqvist F, Gould MS. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 (3): 254–261.
34. Anat Brunstein K, Andre S, Kirsti K, Jorma P, Tuula T, Irma M, Fredrik A, Madelyn SG. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *Journal of affective disorders* 2008; 109 (1): 47–55.
35. Takizawa R, Maughan B, Arseneault L. Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence From a Five-Decade Longitudinal British Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 2014 Apr 18. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13101401. [Epub ahead of print]
36. Sesar K, Barišić M, Pandža M, Dodaj A. The relationship between difficulties in psychological adjustment in young adulthood and exposure to bullying behaviour in childhood and adolescence. *Acta Med Acad* 2012; 41 (2): 131–144.
37. Schafer M, Korn S, Smith PK, Hunter SC, Mora-Merchan J, Singer MM, van der Meulen K. Lonely in the crowd: Recollections of bullying. *British Journal of Developmental Psychology* 2004; 22: 379–394.
38. Smith PK, Singer M, Hoel H, Cooper CL. Victimization in the school and the workplace: Are there any links? *British Journal of Psychology* 2003; 94:175–188.
39. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci* 2013; 24 (10): 1958–1970.
40. Pears K, Fisher PA. Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *J Dev Behav Pediatr* 2005; 26: 112–122.
41. Lund R, Nielsen KK, Hansen DH, Kriegaum M, Molbo D, Due P, Christensen U. Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *The European Journal of Public Health* 2009; 19: 111–116.
42. Gladstone GL, Parker GB, Malhi GS. Do bullied children become anxious and depressed adults?: A cross-sectional investigation of the correlates of bullying and anxious depression. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194: 201–208.
43. Wolke D, Lereya ST, Fisher HL, Lewis G, Zammit S. Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: a longitudinal, population-based cohort study. *Psychol Med* 2013: 1–13.
44. Niemelä S, Brunstein-Klomek A, Sillanmäki L, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, Moilanen I, Tamminen T, Almqvist F, Sourander A. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males: a nationwide prospective study. *Addict Behav* 2011; 36: 256–260.
45. Klomek AB, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, Almqvist F, Gould MS. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. *J Affect Disord* 2008; 109 (1–2): 47–55
46. Roeger L, Allison S, Korossy-Horwood R, Eckert KA, Goldney RD. Is a history of school bullying victimization associated with adult suicidal ideation?: A South Australian population-based observational study. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198 (10): 728–733.
47. Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N. Does school bullying affect adult health? Population Survey of health-related quality of life and past victimization. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; 43: 1163–1170.
48. Tyrka AR, Price LH, Kao HT, Porton B, Marsella SA, Carpenter LL. Child-

- hood maltreatment and telomere shortening: preliminary support for an effect of early stress on cellular aging. *Biol Psychiatry* 2010; 67: 531–534.
49. Shalev I, Moffitt TE, Sugden K, Williams B, Houts RM, Danese A, Mill J, Arseneault L, Caspi A. Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. *Mol Psychiatry* 2013; 18: 576–581.
 50. Mamun AA, O'Callaghan MJ, Williams GM, Najman JM. Adolescents bullying and young adults body mass index and obesity: a longitudinal study. *Int J Obes (Lond)* 2013; Aug; 37 (8): 1140–1146.
 51. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007; 46: 40–44.
 52. Esterberg ML, Goulding SM, Walker EF. Personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32 (4): 515–528.
 53. Paquette JA, Underwood MK. Sex differences in young adolescents' experiences of peer victimization: Social and physical aggression. *Merrill-Palmer Quarterly* 1999; 45: 242–266.
 54. Prinstein MJ, Boergers J, Vernberg EM. Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology* 2001; 30: 479–491.
 55. Storch EA, Brassard MR, Masia-Warner CL. The relationship of peer victimization to social Anxiety and loneliness in adolescence. *Child Study Journal* 2003; 33: 1–18.
 56. Sullivan TN, Farrell AD, Kliewer W. Peer victimization in early adolescence: Association between physical and relational victimization and drug use, aggression, and delinquent behaviors among urban middle school students. *Development and Psychopathology* 2006; 18: 119–137.
 57. Nylander L, Holmqvist M, Gustafson L, Gillberg C. ADHD in adult psychiatry. Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nord J Psychiatry* 2009; 63: 64–71.
 58. Olweus D. *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Oxford: Blackwell Publishers; 1993.
 59. Tunnard C, Rane LJ, Wooderson SC, Markopoulou K, Poon L, Fekadu A, Juruena M, Cleare AJ. The impact of childhood adversity on suicidality and clinical course in treatment-resistant depression. *J Affect Disord* 2014; 152–154: 122–130.
 60. Sourander A, Jensen P, Rönning JA, Niemelä S, Helenius H, Sillanmäki L, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I, Almqvist F. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? the Finnish "From a Boy to a Man" study. *Pediatrics* 2007; 120: 397–404.
 61. Stapinski LA, Bowes L, Wolke D, Pearson RM, Mahedy L, Button KS, Lewis G, Araya R. Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: a prospective cohort study. *Depress Anxiety*. 2014 Apr 30. doi: 10.1002/da.22270. [Epub ahead of print]
 62. Bejerot S, Mörtberg E. Do autistic traits play a role in the bullying of obsessive-compulsive disorder and social phobia sufferers? *Psychopathology* 2009; 42 (3): 170–176.
 63. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Poly-victimization: a neglected component in child victimization. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 7–26.
 64. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 479–502.
 65. Bejerot S, Humble MB. Childhood clumsiness and peer victimization: a case-control study of psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 68. doi: 10.1186/1471-244X-13-68.
 66. Menzies RG, Onslow M, Packman A, O'Brian S. Cognitive behavior therapy for adults who stutter: a tutorial for speech-language pathologists. *J Fluency Disord* 2009; 34 (3): 187–200.
 67. Ouellet-Morin I, Danese A, Bowes L, Shakoor S, Ambler A, Pariante CM, Papadopoulos AS, Caspi A, Moffitt TE, Arseneault L. A discordant monozygotic twin design shows blunted cortisol reactivity among bullied children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 574–582.
 68. Harkness KL, Stewart JG, Wynne-Edwards KE. Cortisol reactivity to social stress in adolescents: Role of depression severity and child maltreatment. *Psychoneuroendocrino* 2011; 36 (2): 173–181.
 69. Sugden K, Arseneault L, Harrington HL, Moffitt TE, Williams B, Caspi A. Serotonin transporter gene moderates the development of emotional problems among children following bullying victimization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 49 (8): 830–840.
 70. Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav* 2012; 106: 29–39.
 71. Ouellet-Morin I, Danese A, Bowes L, Shakoor S, Ambler A, Pariante CM, Papadopoulos AS, Caspi A, Moffitt TE, Arseneault L. A discordant monozygotic twin design shows blunted cortisol reactivity among bullied children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011; 50 (6): 574–582.
 72. Ouellet-Morin I, Wong CC, Danese A, Pariante CM, Papadopoulos AS, Mill J, Arseneault L. Increased serotonin transporter gene (SERT) DNA methylation is associated with bullying victimization and blunted cortisol response to stress in childhood: a longitudinal study of discordant monozygotic twins. *Psychol Med* 2013; 43: 1813–1823.
 73. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; 1976.
 74. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York, NY: Basic Books; 1985.
 75. Beck AT, Rush JA, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press; 1979.
 76. Boulton MJ, Trueman M, Chau C, Whitehand C, Amataya K. Concurrent and longitudinal links between friendship and peer victimization: Implications for befriending interventions. *J Adolesc* 1999; 22: 461–466.
 78. Espelage DL, Swearer SM. Research on school bullying and victimization: what have we learned and where do we go from here? *School Psychol Rev* 2003; 32 (3): 365–383.
 79. Brewin CR. Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychol Rev* 1989; 96: 379–394.
 80. Besag V. *Bullies and Victims in Schools: A Guide to understanding and management*. Philadelphia: Open University Press; 1989.
 81. Abrahamson LY, Seligman, Teasdale M. Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49–74.
 82. Roth DA, Coles ME, Heimberg RG. The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *J Anxiety Disord* 2002; 16: 149–164.
 83. Smokowski PR, Holland K. Bullying in school: correlates, consequences, and intervention strategies for school social workers. *Children & Schools* 2005; 27 (2): 101–110.