

SYNDROM TÝRANÉ RODINY DÍTĚTEM V DĚTSKÉ OBEZITOLOGICKÉ AMBULANCI

kazuistika

Zlatko Marinov
Marie Nesrstová

Dětská obezitologická ambulance
Dětské polikliniky FN Motol
a 2. LF UK Praha

Kontaktní adresa:

MUDr. Zlatko Marinov
Dětská obezitologická ambulance
FN Motol
V Úvalu 84
150 00 Praha 5
e-mail: z.marinov@seznam.cz

SOUHRN

Marinov Z, Nesrstová M. Syndrom týrané rodiny dítětem v dětské obezitologické ambulanci

Na příkladu konkrétní kazuistiky si dovolujeme poukázat na význam komplexní multidisciplinární péče, kterou ve specifických případech obézní dětská pacienta vyžadují. Presentujeme kazuistiku dvanáctiletého obézního chlapce vedeného v dětské obezitologické ambulanci, u kterého se rozvinula obezita na podkladu psychické deprivace vyvolané šikanou agresivním bratrem. V současné době se jedná o nezmapovaný problém, protože na šikanu postižený rodič ani rodina neupozorní a dlouhodobá deprivace může například vyústit v poruchu příjmu potravy. V případě rozchodu partnerů z důvodu agresivního partnera se v dlouhodobém vývoji vztahu zbylého submisivního rodiče a dominantního dítěte může rozvinout obraz syndromu týraného rodiče, respektive submisivního zbytku rodiny. V dětské obezitologické praxi jsme se opakovaně setkali s obrazem nejen psychického, ale i fyzického napadání rodiče svým adolescentním dítětem – potomkem agresora, přestože se v rodinné jednotce již nevyskytuje.

Klíčová slova: dětská obezita, šikana, psychická deprivace, syndrom týraní.

SUMMARY

Marinov Z, Nesrstová M. Syndrom of family bullying and tyranny reported in children obesity outpatient clinic

We would like to show importance of complex multidisciplinary care that is required for treatment of children obesity on example of reported case.

Obesity of 12 years old boy was developed by mental stress based on bullying, family tyranny and deprivation caused by aggressive brother. Today, such a situation is not yet well mapped as family bullying is not reported neither by family or parents. Such a long term condition may cause food intake disorders. In case of family breakup due to aggressivity of parent family bullying may continue. In long term relationship of submissive parent and dominant child can lead to development of bullying or tyranny of parent or even tyranny of submissive part of family. In children obesity clinic we have reported cases of mental and physical attack of parent by her or his adolescent child. Offspring of aggressor may cause tyranny despite the fact that aggressive parent no longer lives with the rest of family.

Key words: childhood obesity, bullying, mental deprivation.

ÚVOD

Podle současných statistických údajů je v průměrné ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost registrováno okolo sedmdesáti dětí s obezitou.¹ Z toho je padesát dětí indikováno k dlouhodobé léčbě obezity ze zdravotní indikace, patnáct dětí je určeno k cílené úpravě jídelníčku a téměř v každé ordinaci je jedno dítě s patognómičnou obezitou.² Specifika dětské obezitologie vycházejí z dynamického růstu dítěte a fixovaného rodinného zázemí. Základem úspěšné léčby obezity je cílená diagnostika, ale ta je bez podpory rodiny neefektivní. Hlavní metodou léčby dětské obezity je dlouhodobá individuální kognitivně-behaviorální terapie, která zahrnuje celou rodinnou jednotku.³ V tomto případě má dietoterapie a fyzioterapie jen pomocný význam.⁴ Při této komplexní léčbě dětské obezity se však mohou objevit obtíže, které se při multidisciplinární spolupráci dají příznivě zvrátit. Naší kazuistikou bychom chtěli především demonstrovat úlohu dětského psychologa a jeho nepopíratelný přínos v dětském obezitologickém týmu.⁵

KAZUISTIKA

V prosinci 2008 přichází do Dětské obezitologické ambulance Fakultní nemocnice Motol 12,5letý chlapec s obezitou III. stupně s BMI (body mass index) 30,3, tj. 2,75 SD BMI (směrodatná odchylka body mass indexu). Laboratorní nálezy byly bez pozoruhodností, jen se sníženým HDL cholesterolem, který je typický pro běžnou obezitu na alimentárním podkladě. Nárůst hmotnosti nastal kolem 10. roku věku, s urychlením nárůstu za poslední 2 roky o 20 kg, kdy byl na medikaci antidepressiv. V léčbě byl ordinován Sertralin a Prothazin pro školní fobii a separační úzkostnou poruchu. Na tělovém schématu se vnímal silnější a měl velké přání zhubnout.

Osobní anamnéza

Chlapec je z 2. fyziologického těhotenství, porodní hmotnost 3 600 g, porodní délka 52 cm. Kojen byl 6 měsíců. Do 4 let byl v péči matky doma. Ve čtyřech letech nastoupil do mateřské školky, ale adaptace byla velmi špatná. Podle vyjádření matky bylo ve školce přísné vedení ze strany pedagogů, na které reagoval chlapec zvrácením a pláčem. Proto zůstal následně doma v péči babičky. Podle matky byl již od útlého věku nejistý, úzkostný, měl obavy ze tmy a odmítal s matkou docházet i na cvičení do Sokola. Další pokus o zařazení chlapce mezi děti v mateřské školce byl v pěti letech. Adaptace byla pozvolná, začal lehce zadržávat v řeči a docházel na logopedii. Pro pomalejší tempo, projevy nejistoty a menší sociální zralost měl odklad školní docházky o 1 rok.

Nástup do základní školy byl těž s problémy, ale hezký a chápatel přístup paní učitelky pomohl chlapci při adaptaci na školu. Učivo zvládal bez problémů, ale v kontaktu s vrstevníky byl nejistý a zažil často výsměch pro svou nadváhu. Na školu se plně adaptoval dle matky asi za 2 roky po nástupu. Od 6. třídy chlapec nastoupil na osmileté gymnázium. Zde se vůbec neadaptoval

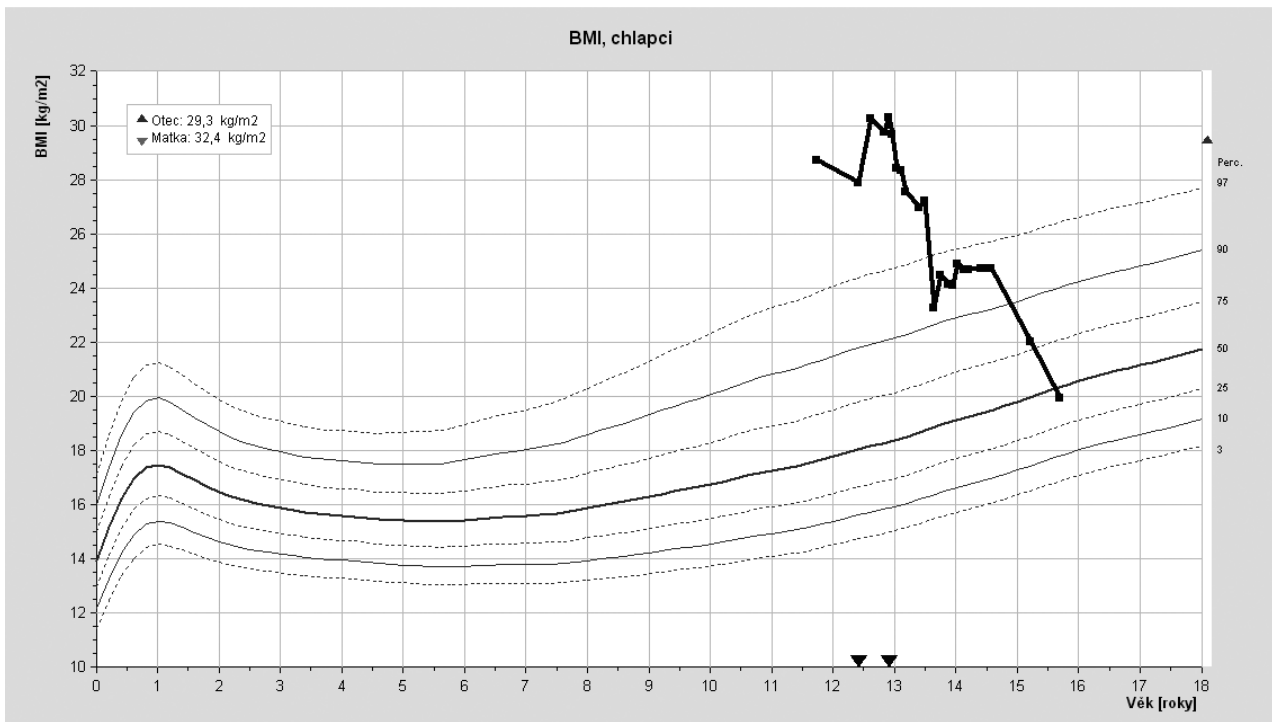
a nezapojil do výuky. Začal si stěžovat na nevolnost, a to vždy po ránu. Zůstával doma. Ředitel gymnázia doporučil docházku ukončit a zařadit chlapce zpět do základní školy. V této době chlapec s rodiči docházel do rodinného centra ve FN Motol a byl vyšetřen pro podezření na autistické rysy, které se nepotvrdily. Postupně se rozvinula separační úzkostná porucha a v červenci 2008 byl hospitalizován na Dětské psychiatrické klinice FN Motol. Nadále byl sledován v rodinném centru a byl v péči pedopsychiatra na medikaci Tiapridal, Wellbutrin a Grandaxin. Večer špatně usínal, v noci se budil a ráno byl málo odpočatý. V té době docházel ještě ke dvěma psychologům na psychoterapii 2–3krát týdně a zde dle vyjádření matky nespolupracoval.

Rodinná anamnéza

Matka 42 let s BMI 32, tj. obezita I. stupně. Aprobovaná zdravotní sestra, která v této době pracovala pro kosmetickou firmu. V rozhovoru excentrická, emocionálně plná – osobnostně extrovertní choleric. Otec 40 let s BMI 29, tj. nadváha. Se středoškolským vzděláním, nyní ředitel firmy. V rozhovoru uzavřený, emocionálně nevýrazný – osobnostně introvertní sangvinik. V rodině syn 21 let z prvního dynamického manželství matky s BMI 21, v té době student vysoké školy. Rodinná jednotka úplná, v domácnosti pes. Matka matky hypertenze a hypothyreosa, je v pravidelném kontaktu s rodinou třikrát týdně a zaujímá k našemu klientovi zvýšeně ochranný postoj. Otec otce obezita.



Obr. 1. Postava při vstupu do protokolu



Graf 1. Průběh BMI

Otec se před 4 roky léčil pro úzkostné fobické stavy. Má neshody se starším synem manželky, který má k otčímovi neustálé výhrady, přestože ho otec našeho klienta dlouhodobě finančně podporuje. Otec se dle vyjádření matky nyní k výchově staví pasivně. Bratr je převážně doma u televize a počítače. Často vyvolává konflikty, našeho klienta neustále ponižuje, kritizuje a vztah našeho klienta k bratrovi je ambivalentní. Bratr se s biologickým otcem stýká velmi sporadicky pro jeho agresivitu.

Průběh léčby

Před zahájením léčby v obezitologické ambulanci vyjednááme novou školu, kde učitelé souhlasí s postupnou adaptací na základní školu, tj. první týden na 2–4 hodiny. Jsou ochotni přistoupit i na případný individuální plán výuky, s čímž chlapec i rodiče souhlasí. Chlapec byl zařazen do standardního multidisciplinárního protokolu dětské obezitologické ambulance ve 13 letech s BMI 30,3, tj. 2,75 SD BMI pásma obezity 3. stupně.

V součinnosti dětského obezitologa, pedopsychologa, fyzioterapeuta, nutričního terapeuta a pediatra došlo ke kontinuální redukci hmotnosti, která byla v půl roce léčby potencovaná 6týdenním lázeňským redukčním pobytem v Poděbradech. Po roční léčbě v dětské obezitologické ambulanci došlo k poklesu hmotnosti na BMI 24,9, tj. 1,71 SD BMI pásma nadváhy. Redukci hmotnosti po dalším půlroce stále udržuje na úrovni 24,7 BMI, tj. 1,66 SD BMI. Redukční léčbu hodnotíme jako velmi úspěšnou bez relapsů a s celkovou redukcí $-1,09$ SD BMI. Úspěšná redukční léčba byla doprovázena komplikovanou psychosociální situací klienta, ze které uvádíme některé poznatky.

Z dotazníku zaměřeného na úzkostnost vyplynulo, že má soustavně obavy ze spolužáků a některých pedagogů,

a to především z negativního hodnocení před třídou. Domnívá se, že ostatním dětem jde vše snadněji než jemu. Uvádí obavy z písemných prací, také z vyšetření v nemoc-



Obr. 2. Postava po roce léčby

nici. Naznačuje, že by nechtěl, aby se někomu v rodině něco přihodilo. Na cílený dotaz, co tím myslí, řekl „aby někdo třeba neupadl a něco si neudělal“. Matka se k tomu nevyjádřila, jen byl u ní patrný neklid.

Intelektové schopnosti byly u chlapce nerovnoměrně rozloženy, kdy verbální složka byla v pásmu nadprůměru a složka názorová v pásmu průměru. Z dotazníku zaměřeného na pocity a chování vyplynulo, že by si moc přál být štíhlejší, protože se mu vrstevníci stále kvůli postavě vysmívají, chtěl by vyniknout nad ostatními ve třídě. Má-li problém, zajídá jej jídlem a pochutinami. Totéž praktikuje matka chlapce. Ve škole neměl rád hodiny tělocviku a nejvíce mu vadil běh, šplh, kruhy a bradla. Jinak docházel třikrát týdně na poloprofesionální házenou, kde se cítil spokojený. O víkendech se účastnil turnajů, kde vynikal. S láskou se věnuje rodinnému pejskovi, se kterým rád chodí na procházky.

Při příchodu do nové třídy ve vyjednané základní škole nastává u něj panická úzkostnost, přestože byl v doprovodu matky a chlapce již čekala třídní učitelka. Pozdravil se s paní učitelkou a společně s matkou odchází opět domů, protože by situaci ve třídě se spolužáky nezvládl. Problém konzultován s pedopsychiatrem FN Motol a je dohodnuto, že pokud chlapec během týdne nenastoupí alespoň na dopolední docházku do školy, bude nutná hospitalizace pro vyhýbavé chování a také nedůslednost matky, která k chlapci zaujímá zvýšené ochranné postoj. S chlapcem jsme v rámci dodržování doporučeného jídelního režimu podrobně prohodili nutnost školní docházky.

Během týdne si chlapec začal stěžovat i na bolest nohy, že nemůže popoběhnout, cítí bodavou bolest i večer, když leží. Byl vyšetřen na ortopedii a doporučeno omezit některé cviky. Do školy nastoupil nejprve na 1 hodinu, kdy dostal úkoly. Děti, když u chlapce viděly zavazanou nohu, k němu byly velmi přátelské a postupně začal docházku do třídy navyšovat.

Od chlapce a matky se postupně dozvídáme, že starší syn matky je při studiu na vysoké škole méně úspěšný a je často doma. Doporučený režim a protokol dětské obezitologické ambulance verbálně napadá a spolupracujícím členům domácnosti se vysmívá ze sektářství. Doma je na všechny vulgární. Časté jsou neshody mezi manželem matky a nevlastním synem. Neshody jsou i při jídle u stolu, kdy starší chlapec s křikem odchází. Náš klient v rozhovoru sděluje, že by s ním nechtěl zůstat sám doma, bál by se ho. Starší bratr chlapce často ignoruje, je k němu též vulgární, neumí se omluvit a sedí stále jen u počítače. Chlapec sděluje, že maminka se tímto hodně trápí. V testu tří přání sděluje: aby ho nebolela noha, ve škole si našel hodného kamaráda a aby všichni doma byli zdraví a na sebe hodní.

Starší bratr byl opakovaně zván do dětské obezitologické ambulance. Pozvání však ignoroval a vzhledem k tomu při třetí návštěvě doporučena jeho eliminace z rodinného prostředí. Navrhli jsme odchod bratra k matce matky. Při pokusu o přestěhování protestoval a po přestěhování začal babičku i verbálně napadat. Pro svůj strach z případného psychického a fyzického napadení babičky po 14 dnech matka povoluje opět návrat bratra klienta do rodinného prostředí.



Obr. 3. Postava po 1,5 roku léčby

Na následující kontrolní vyšetření přichází chlapec s matkou, která má v sádře pravou horní končetinu. Nejprve sděluje, že upadla, ale posléze přiznává, že po jejím vstupu do hádky mezi oběma sourozenci došlo k jejímu fyzickému napadení. Její starší syn jí zlomil ruku v předloktí. Po objasnění pojmu šikany a domácího násilí matka přiznává, že je dle určujících znaků tomuto násilí jejich rodina ze strany staršího syna soustavně vystavena. Po objasnění možnosti řešení se domlouváme na pokusu o řešení vlastními rodinnými silami bez vstupu vnějších institucí.

Uvolněním této dlouhodobé stresující situace došlo k pozitivnímu posunu v rodině a v celé dané situaci. Bratřovi klienta byl vymezen přesný prostor a režim spolupráce v rámci rodiny. Na studium dostává finanční podporu, ale rodinného života se aktivně neúčastní. Navázal blízký vztah se svou přítelkyní, u které často přebývá. Matka opustila pečovatelskou pozici vůči všem členům domácnosti, ve které do té doby plnila úlohu „paní domácí“ na plný úvazek a zaměstnala se u jiné rodiny jako „majordomus“. Vnější znakem je, že přestala podlahu v rodinném domě vytírat 2krát denně a domácímu úklidu se věnuje již jen 2krát týdně. V současné době se připravuje na distanční bakalářské studium a aktivně se věnuje propagaci zdravého životního stylu. Svůj osobní život hodnotí vysoce pozitivně a má optimistický výhled do budoucna.

Během sledování syna v obezitologické ambulanci zredukovala sama hmotnost o 12 kg.

Klient v 14,5 roku nastoupil na prestižní šestileté gymnázium, kde dosahuje nadprůměrných výsledků. Školní docházku nevynechává, naopak školu navštěvuje i s lehkými infekty, které v předchozím období vedly k domácímu prodlouženému léčení. Vedle studia na naše doporučení přešel od hry na píšťalu ke hře na příčnou flétnu a od sportovní házené k rekreačnímu squashu. Začíná mít náhled na předchozí situaci a pozitivně kvituje eliminaci bratra z rodinného prostředí. Sebe a svou postavu vnímá pozitivně a zajímá se na naše doporučení o formování postavy a úpravu zevnějšku. V současné době je vyřazen po vysazení medikace z dětské psychiatrické ambulance a je vyřazen i z terapeutického protokolu dětské obezitologické ambulance, kde zůstává v kontrolním režimu. Při kontrolním vyšetření v 15 letech má BMI 22, tj. 0,78 SD BMI, a v 15,5 roku BMI 20, tj. -0,16 SD BMI pásmo normální postavy.

ZÁVĚR

Dovolili jsme si prezentovat kazuistiku dvanáctiletého chlapce s obezitou, která se rozvinula zejména v důsledku ohroženého rodinného prostředí.⁶ Dlouhodobé negativní emoční klima, které vedlo k nevhodnému jídelnímu režimu, bylo vyvolané starším agresivním bratrem. Polovlastní bratr z prvního manželství po rozvodu zůstal s matkou a posléze převzal roli dominantního a agresivního dítěte vůči novému partnerovi matky a zejména vůči matce a svému mladšímu bratrovi.⁷ V rodině se rozvíjela postupně šikana s prvky syndromu týrané rodiny.⁸

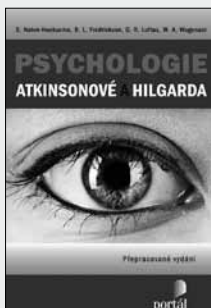
V dětské obezitologické ambulanci jsme se již opakovaně setkali s projevy šikany a napadání rodiče ze strany adolescentního jedince, které prozatím nejsou dostatečně zmapovány. Rodina se za tyto projevy stydí a téměř nikdy na situaci doma neupozorní. Následně obchází řadu odborníků se svými psychosomatickými problémy. To byl i případ našeho klienta.

LITERATURA

1. Marinov Z. Rizika dětské obezity. *ČS pediatrie* 2009; 3: 141–146.
2. Marinov Z. Čepová J. Metabolické parametry pacientů dětské obezitologické ambulance. *ČS Pediatrie* 2010; 2: 72–78.
3. Marinov Z. Léčba dětské obezity. *Vox paediatricae* 2010: 5.
4. Marinov Z. Postavení dietologie v dětské obezitologii. *Vox paediatricae*, 2011; 9: 17–19.
5. Marinov Z. Praktická dětská obezitologie. Praha: Grada; 2012.
6. Šulová L. In: Oliverius R. Psychologické problémy rodiny a rodinných vztahů. Praha: FF UK; 1988.
7. Kolář M. Skrytý svět šikanování. Praha: Portál; 2000.
8. Gjuríčová Š, Kocourková J, Koutek J. Násilí v rodině. Praha: Vyšehrad; 2000.

S. Nolen-Hoeksema, L. B. Frederickson, G. R. Loftus, W. A. Wagenaar

PSYCHOLOGIE ATKINSONOVÉ A HILGARDA



Jedna z nejužívanějších učebnic psychologie na světě podává ucelený přehled nejdůležitějších psychologických poznatků a nových výsledků výzkumů, přičemž kombinuje vědecký přístup se srozumitelným jazykem. Autoři zdůrazňují propojenost psychologického a biologického bádání. V knize jsou pokryty hlavní oblasti psychologie:

historie a metodologie oboru, neurobiologické základy lidského chování, kognitivní psychologie, emoce a motivace, psychologie osobnosti, psychický vývoj, sociální chování, psychopatologie a psychoterapie.

Kniha vychází v novém českém překladu. Ten měl za předlohu patnácté anglické vydání, které bylo důkladně přepracováno a aktualizováno. Kniha je určena vysokoškolským studentům psychologie, učitelství, lékařství a různých sociálních oborů, psychologům, pedagogům, sociálním pracovníkům, zdravotníkům, středoškolským připravujícím se na studium psychologie a dalším zájemcům o psychologii.

2 890 Kč, Portál, patnácté vydání, první české, 888 s., černobíle, 205 × 297 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz

Prímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel. 224 923 115