

Masturbační projevy u kojence jako důsledek břišního diskomfortu?

Mgr. Klára Kůželová

Psychiatrické oddělení, Oblastní nemocnice Jičín, a. s.

Rozpoznat masturbační projevy u kojenců je velice obtížné. Nedochází k přímé manipulaci s genitálem. Typickými projevy jsou překřížené dolní končetiny, rytmické pohyby v pánvi, zčervenání, pocení a zvukový doprovod. To často vyděsí rodiče, ale zneklidní i pediatry a neřídka kdy dochází k hospitalizaci dítěte s podezřením např. na epileptické záchvaty, paroxysmální diskinezie či abdominální bolesti. Na základě těchto diagnóz je dítě invazivně vyšetřováno. V lepším případě je propuštěno s diagnózou kojenecká stereotypie s autostimulačními tendencemi (infantilní masturbace). Ale co dále, když je stereotypie tak urputná, že křížením dolních končetin kojenec stráví většinu dne, několik měsíců?

Klíčová slova: infantilní masturbace, abdominální bolest, psychomotorický vývoj, primární motorické stereotypie.

Infant masturbation as a consequence of abdominal discomfort?

It is difficult to recognize masturbation manifestations in infants. There is no direct manipulation with genitals. Typical manifestations are crossed lower limbs, rhythmic movements in the pelvis, redness, sweating and specific sounds. This often frightens parents and doctors, and often a child is hospitalized with suspected epileptic seizures, paroxysmal dyskinesia or abdominal pain. Based on these diagnoses, the child is invasively examined. In the best case, the child is released with diagnosis of infant stereotypies with self-stimulating tendencies (infantile masturbation). But what if the stereotype is so fierce that the infant spends most of the day doing a crossing?

Key words: infantile masturbation, abdominal pain, psychomotor development, primary motor stereotypes.

Úvod

Masturbace nebo autostimulace genitálií patří mezi běžné lidské chování (1). Při hodnocení a řízení dětské masturbace je třeba vzít v úvahu normální psychosexuální vývoj, stejně jako faktory prostředí a jednotlivce (2). Ačkoliv mezi narozením a pubertou nedochází k žádným zásadním změnám ve fyzickém sexuálním vývoji, psychosexuální vývoj začíná v dětství. Děti často zkoumají a experimentují v prepubertálních letech. Výjimkou nejsou kojenci či batolata a existuje i publikovaný případ masturbace in utero (3). Dítě začne objevovat svět kolem sebe i své vlastní tělo. Reaguje instinktivně a hledá potěšení v jakémkoliv podobě. Objev určitých příjemných

oblastí může být fascinující a může vést právě k masturbaci. Avšak za jejím vznikem může být i urogenitální onemocnění či jiný fyzický či psychický diskomfort. Celková frekvence vrcholí v 5. roce u chlapců i dívek (jiné studie hovoří o 4. roce života (4)). Po tomto věku dochází k poklesu zjevného sexuálního chování u obou pohlaví (3).

Pediatři si jsou obecně vědomi, že k infantilní masturbaci dochází, ale často nejsou schopni poskytnout správnou diagnózu kvůli odlišnému spektru chování u kojenců a malých dětí. Toto chování často nezahrnuje manuální stimulaci genitálií. Charakteristickými projevy jsou překřížené dolní končetiny, rytmické pohyby v pánvi, zčervenání, pocení

a zvukový doprovod. Tyto projevy jsou často zaměňovány za epilepsii, bolesti břicha, paroxysmální dystonii či dyskineze. A. Nechay et al. také zdůraznili, že dochází ke zbytečnému invazivnímu vyšetřování dětí včetně nasazení nevhodné medikace (1).

Kazuistika

Dívka byla v 5. měsících života hospitalizována kvůli atypickému chování. V poloze na zádech se objevovalo křížení nohou (vždy pravá přes levou dolní končetinu). To bylo doprovázeno rytmickými pohyby v pánvi, zčervenáním, pocením. Atypicky se objevovaly také zvednuté ruce nad hlavu. Toto chování trvalo až do úplného vyčerpání, jindy bylo pře-

rušeno otočením dívky na břicho matkou, kde pokračovala ve volné hře. Rodinná anamnéza negativní, porod komplikovaný (dystokie ramínek), Apgar skóre 8, 8, 10. Psychomotorické tempo na spodní hranici normy. Od narození těžké břišní koliky. Od prvních dní dokrmována Nutrilonem 1, od 2. měsíce života plně na náhradním mléčném přípravku. Ve třech měsících vyměněno za Beba Comfort 1, koliky se zmírňují.

Během hospitalizace byl dívce podán diazepam s cílem zjistit, zda atypické chování ustoupí. Účinek byl bez efektu (křížení nohou se objevovalo až do úplného usnutí). Dalšími kroky byly laboratorní testy, UZ vyšetření břicha, hlavy, MR mozku, EEG (opakovaně). Konziliární vyšetření odhalilo funkční patologii v oblasti CC, která neměla kauzalitu se stereotypií, ovlivňovala ale kvalitu organizace držení těla, fázičkou a opěrnou motoriku. Všechna laboratorní vyšetření byla v normě. Vyšetření MR mozku odhalilo hyperintenzní zónu v průměru 3 mm (sledovatelná v bílé hmotě, paraventriculárně okcipitálně směrem k zadní části ramínka capsula interna). Nález nesouvisel s motorickou stereotypií, jde jen o celkové shrnutí vyšetření. Výsledkem bylo vyloučení podezření na epilepsii, paroxysmální dyskinezi aj. Případ byl uzavřen jako komplexní motorická stereotypie s autostimulačními tendencemi (infantilní masturbace).

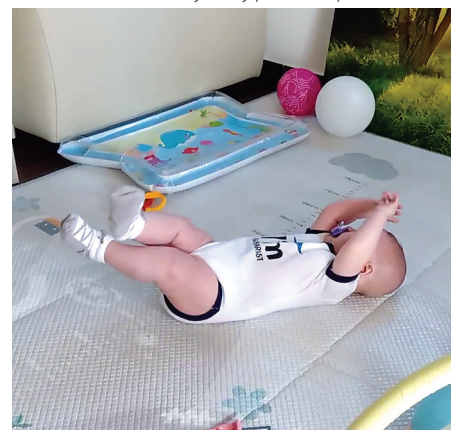
Dívka byla s matkou propuštěna do domácí péče a ambulantně docházely na neurologii a rehabilitaci. Asi tři týdny se stereotypie objevovala pouze na zádech. Při hře na břiše bylo chování klasické. Avšak na začátku 6. měsíce se začala infantilní masturbace objevovat i v poloze na břiše. Opět se objevovaly překřížené nohy. Při křížení upírala oči do prázdna nebo očima fixovala hračku. Na okolní podměty příliš nereagovala. Tato stereotypie na břiše se stupňovala, až nakonec přetrvávala s drobnými přestávkami celý den i v noci při probuzení, několik měsíců. Neurologem bylo doporučeno široké balení alespoň při spánku. To bylo však bez efektu. Jediné, co se ukázalo jako funkční, bylo dětské nosítko (manduca), při kterém je dítě čelem k rodiči a sedí obkročmo. Stereotypie byla dále tlumena novými podněty a za celý den byla dívka bez napětí vždy jen při koupání v teplé vodě. Stereotypie se objevovala jak při volné hře, tak při jídle, před

spánkem, během noci, v autosedačce, v kočárku, před vyprazdňováním, téměř nepřetržitě několik měsíců. Dívku mimo jiné doprovázely časté zácpy a výrazné nadýmání. Došlo k vysazení nadýmajících jídel a byla nasazena probiotika i léky proti nadýmání (Espumisan, Simethicon, později BabyCalm). Břišní diskomfort měl vliv také na kvalitu spánku. Dívka se budila 6–10× za noc s pláčem, soustavně několik měsíců. Úlevu přinášela pozice v klubíčku či pumpování nožičkami a masírování břicha.

Extrémní výskyt stereotypie přetrvává až do začátku 11. měsíce. V tomto měsíci došlo k záměrné výměně značky mléčné formule (z Beba Comfort 2 na Hipp Combiotik 2) s cílem zmírnit zácpu a nadýmání. Zlepšení se dostavilo do několika dnů. Také bylo pozorováno téměř okamžité zastavení extrémní stereotypie. Během dne se vyskytovala pouze před usínáním. I kvalita spánku se zlepšila, urychlilo se psychomotorické tempo (do prvních narozenin se dívka pouze plazila, vůbec nelezla a nestoupala si). Po snížení frekvence stereotypie se batole mění na spokojené, komunikující a reagující na okolní podněty. Kolem 15. měsíce začala dívka obcházet nábytek, chodit s oporou i bez. Vzhledem k předšlému výskytu extrémní stereotypie, se dalo očekávat, že s chůzí začne později. Navíc jí byla ortopedem zjištěna oboustranná planovalgizita v zátěži. Rozumové schopnosti jsou v normě.

Infantilní masturbace přetrvávala do konce 16. měsíce, ale ve snesitelné míře (již nezasahovala do běžného fungování a neovlivňovala psychomotoriku). Vyskytovala se pouze před spánkem. Při retrospekci bylo zjištěno, že na začátku 6. měsíce byla mléčná formule Beba Comfort 1 vyměněna za Beba Comfort 2 a s největší pravděpodobností způsobovala dívce zácpu a těžký břišní diskomfort, který se snažila kompenzovat extrémní infantilní masturbací. Nelze však tvrdit, že by břišní diskomfort stál za vznikem samotné infantilní masturbace, ale z pozorování se jeví, že by mohl stát za jejím nadměrným výskytem. Je také třeba zdůraznit, že tuto hypotézu nelze globalizovat. Jde pouze o dlouhodobé pozorování jednoho dítěte. Nelze se opírat ani o výzkumy, které by to potvrzovaly, protože takto úzce zaměřené studie jsou v literatuře uvedeny sporadicky, a to většinou jako jednot-

Obr. 1. Atypicky zvednuté ruce nad hlavou a překřížené dolní končetiny (vždy pravá DK přes levou DK)



Obr. 2. Dívka upírá oči do prázdna a drží hračku, se kterou si chtěla hrát. Objevují se opět překřížené dolní končetiny a na oslovení příliš nereaguje



Obr. 3. Výskyt stavů v kočárku (rytmické pohyby v pánvi, pocení, zčervenání, zadýchávání se)



livé kazuistiky. Ty končí diagnostikováním infantilní masturbace a dále není tato diagnóza zkoumána, protože je pokládána za běžnou.

Diskuze

Z výzkumů vyplývá, že infantilní masturbace se objevuje nejčastěji během únavy dítěte, z přechodu ze spánku do bdělosti či opačně, při frustraci, stresu, úzkosti, nudy nebo odstavení kojence. Tashakori et al. ve své studii nenašli žádnou významnou souvislost mezi odstavením a stereotypií. Co ale potvrdili je souvislost mezi stresujícími okolnostmi dítěte a masturbací (5). Stejně jako Unal ve svém výzkumu (6) do nich zařadil odloučení nebo smrt rodičů, narození nového dítěte aj. Celkově se zdá, že by masturbace mohla být pro dítě strategií, jak se vypořádat s emočním napětím (5). Do dalších tzv. neurotických návyků, které přispívají k uvolnění tenze, můžeme zařadit také např. cucání palce, kousání nehtů, trhání vlasů aj. (8). Tyto „návyky“ se řadí do tzv. primárních motorických stereotypií (PMS), kterým se říká jednoduché stereotypie. Některé z těchto aktivit vymizí věkem, jiné mají tendenci přetrvávat do dospělosti. MUDr. Koumarová mimo jiné poukazuje na sekundární stereotypie, které jsou determinované základní diagnózou, kterou může být mentální retardace, autismus, Rettův syndrom aj. (9). I toto odvětví by mělo být prozkoumáno v souvislosti s infantilní masturbací. Děti s autismem nebo mentální retardací jsou náchylnější k autostimulačnímu chování (2). Dále bylo zjištěno, že infantilní masturbace může být více spojena s opozičními vzorovitými poruchami či poruchami chování, některými

úzkostnými poruchami, motorickými tiky a jiným stereotypním chováním (5).

Je nedostatek odborných dokladů, které by se zaměřovaly úzce na infantilní masturbaci a abdominální bolest. V literatuře se objevují zejména kazuistické případy, z nichž jeden hovoří o 4leté dívce, u níž byly překřížené nohy a držení se v dolní části břicha interpretováno jako bolest. Stav dívky byly uzavřeny jako funkční bolesti břicha. Po dalším půlroce lékaři na základě videozáznamů z domova diagnostikovali infantilní masturbaci (10). Stejně jsou uzavřeny další kazuistiky. Diagnózou to končí a již se nikdo nezabývá, jakou funkci může infantilní masturbace mít. Například v současnosti je vysvětlení vzniku bolesti břicha u funkčních poruch založeno na poměrně složitém biopsychosociálním modelu. Psychický stav (úzkost, stres) může bolest výrazně potencionovat a vést k chronické bolesti bez přítomnosti organického postižení (11). Je tedy otázkou, zda infantilní masturbace není ovlivněna i abdominální bolestí, která má funkční charakter a není možné ji verifikovat zobrazovacími metodami a jinými prostředky.

Jak již bylo zmíněno výše, hypotéza, že břišní diskomfort potencuje výskyt infantilní masturbace, stojí pouze na dlouhodobém pozorování jednoho dítěte a bylo by vhodné se dále tomuto tématu věnovat ve výzkumech.

Přesto platí, jakmile je stanovena tato diagnóza, mělo by dojít k prozkoumání významu tohoto chování. V praxi to znamená důkladné vyšetření vývoje dítěte se zvláště pozorností věnovanou regulaci spánku, krmení, afektivního stavu či chování a pří-

znaků urogenitálních problémů. Také je důležité rodiče upozorňovat na to, že pokusy o okamžité zastavení této činnosti u dítěte povedou k frustraci a jeho zákaz má tendenci posilovat toto chování (2). Jako lepší strategie se ukazuje buď toto chování ignorovat či dítě rozptýlit jiným podnětem. U starších dětí by mělo dojít k vysvětlení o vhodnosti či nevhodnosti tohoto chování ve společnosti a měly by mu být poskytnuty informace o sexuálním chování, odpovídající jeho věku. Tímto způsobem se naučí, co je společensky přijatelné a co nikoliv. Přesto, že infantilní masturbace nakonec spontánně ustává, doporučuje se dítě sledovat v čase (2).

Závěr

Nelze tvrdit, že břišní diskomfort stojí za vznikem infantilní masturbace, ale je velmi pravděpodobné, že by mohl stát za jejím extrémním výskytem v tomto případě. Výzkumy hovoří o tom, že infantilní masturbace funguje u některých dětí jako strategie, jak se zbavit určité tenze, negativních emocí, které se mohou vázat na různé události. Pokud se dítě necítí fyzicky dobře, má to vliv i na jeho psychickou pohodu a opačně. V tom případě se snaží najít fungující strategii, jak se zbavit své frustrace. Některé děti si okusují nehty, jiné si trhají vlasy a některé děti využívají masturbaci. Pokud kojeneček stráví několik měsíců infantilní masturbací, která je téměř nepřetržitá a dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, je potřeba pátrat po příčinách, byť je tato diagnóza považována za běžnou.

LITERATURA

1. Nechay A, Ross LM, Stephenson JBP, O'Regan M. Gratification disorder ("infantile masturbation"): a review. 2004; 89: 225–226.
2. Mallants C, Casteels K. Practical approach to childhood masturbation – a review. Eur J Pediatr 2008; 167(10): pp. 1111–1117.
3. Deda G, Çaksen H, Suskan E, Gümüş D. Masturbation Mimicking Seizure in an Infant. The Indian Journal of Pediatrics 2001; 68(8): pp. 779–781.
4. Leung AK, Robson WL. Childhood masturbation. Clin Pediatr (Phila) 1993; 32: 238–241.
5. Tashakori A, Safavi A, Neamatpour S. Lessons learned from

- the study of masturbation and its comorbidity with psychiatric disorders in children: The first analytic study. Electronic physician, 2017; 9(4): pp. 4096–4100.
6. Unal F. Predisposing factors in childhood masturbation in Turkey. Eur J Pediatr 2000; 159(5): 338–342.
7. Thirunavukkarasu Arun, Babu. Infantile masturbation: Pitfalls in diagnosis and possible solutions. Indian Journal of Psychiatry 2012; 54(4).
8. Říčan P, Krejčířová D, et al. Dětská klinická psychologie. 4. Přepřacované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006: 604.
9. Koumarová L. Primární motorické stereotypie v dětském

věku. Pediatr. praxi 2012; 13(3): 164–166.

10. Couper RTL, Huynh H. Female masturbation masquerading as abdominal pain. J. Pediatr Child Health 2002; 38 (2): 199–200.

11. Schwarz J, et al. Problematika břišní bolesti v dětském věku. Pediatr. praxi 2004; 4: 189–194.